



Caderno CRH

ISSN: 0103-4979

ISSN: 1983-8239

Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Filosofia e
Ciências Humanas - Centro de Recursos Humanos

Telles, Helcimara; Alves da Silva, Arthur Leandro; Bastos, Camila

PROGRAMA MAIS MÉDICOS DO BRASIL: a centralidade
da relação médico-usuário para a satisfação com o programa
Caderno CRH, vol. 32, núm. 85, 2019, Janeiro-Abril, pp. 101-123

Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Filosofia
e Ciências Humanas - Centro de Recursos Humanos

DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.23470>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=347661103007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

PROGRAMA MAIS MÉDICOS DO BRASIL: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa

*Helcimara Telles**

*Arthur Leandro Alves da Silva***

*Camila Bastos****

O artigo examina os fatores associados à satisfação das comunidades atendidas pelo Programa Mais Médicos do Brasil (PMMB), a partir de pesquisas quantitativas realizadas pelo Ministério da Saúde e pela Universidade Federal de Minas Gerais em 2014, ano em que tal programa se iniciou. A abordagem se deu por meio de entrevistas face a face, realizadas com amostras de usuários e não usuários desse programa e residentes, tanto nos municípios atendidos quanto naqueles inscritos, mas ainda não contemplados. As entrevistas foram realizadas em mais de 700 municípios, segmentados em 7 subgrupos segundo os critérios: 20% de pobreza, capital, G100, baixa renda e alta vulnerabilidade econômica, região metropolitana, quilombolas, distrito sanitário especial indígena (DSEI) e demais localidades, totalizando mais de 18.000 informantes. Para a análise das variáveis relacionadas à avaliação do Mais Médicos, foram elaboradas estatísticas descritivas e inferenciais. Demonstra-se, na fase inicial do programa, a presença majoritária de médicos intercambistas cooperados (cubanos), a alta experiência dos profissionais envolvidos com a atenção básica à saúde, a boa qualidade do atendimento médico e sua forma mais humanizada, tendo como determinante a relação entre médico e usuário para a avaliação positiva do programa. Conclui-se que o Mais Médicos atingiu os objetivos de levar atendimento aos municípios de alta vulnerabilidade social, onde ainda não havia médicos ou seu número era pequeno, e que o programa tem potencial para a reconstrução do conceito da Atenção Básica à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Política pública. Programa Mais Médicos. Atenção básica. Comunidades.

INTRODUÇÃO

Um dos principais problemas de saúde no Brasil é o número total de médicos por habitantes, muito inferior à necessidade da população e do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, nos últimos anos, a situação foi se agravando, e cada vez mais a distribuição dos médicos passou a se concentrar em regiões mais ricas e economicamente mais desenvolvidas do país. Ao mesmo tempo, a ampliação da oferta dos serviços de saúde e a elevação da renda da população, entre outros fatores, alargou a demanda por médicos. Além da má distribuição desses profissionais no território brasileiro, a população mais vulnerável possui proporcionalmente menos médicos e grande

parte desse contingente não conta com acesso à consulta médica.

As políticas públicas que propõem a universalização do acesso aos serviços de saúde sempre tiveram de enfrentar dois gargalos: o número escasso de médicos no país para atender a toda a população – em 2011, o Brasil tinha 1,8 médicos por mil habitantes, abaixo de diversos países das Américas e da Europa – e a má distribuição desses profissionais – 22 estados tinham um número de médicos abaixo da média nacional, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do país, e cinco deles com menos de 1 médico por mil habitantes: Acre (0,94), Amapá (0,76), Maranhão (0,58), Pará (0,77) e Piauí (0,92). Mesmo em estados com maior relação de médicos por habitantes, como é o caso de São Paulo (2,49), em alguns municípios desse estado, essa proporção não se mantém.

A partir de 2011, o debate sobre o déficit de médicos se tornou prioridade para os gestores da esfera federal. O Ministério da Saúde viinha intensificando seus esforços para aperfeiçoar o atendimento aos usuários do SUS, com a previsão de investimentos na infraestrutura de hospitais e unidades de saúde, bem como

* Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política.

Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha. Cep: 31270-901. Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil. mara-telles@uol.com.br

** Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Avenida da Arquitetura, s/n, CFCH - 14º andar. Cep: 50740-550. Cidade Universitária – Recife – Pernambuco – Brasil. professor_arthurleandro@hotmail.com

*** Pesquisadora Autônoma.

Rua Aderval Chaves, 296. Boa-viagem – Recife – Pernambuco – Brasil. milabastos@yahoo.com.br

em medidas para atrair médicos para regiões onde havia carência ou inexistência desses profissionais. De acordo com essas metas, foi criado, no governo de Dilma Rousseff, o Programa Mais Médicos (PMM), por meio da Medida Provisória nº 621 de julho de 2013 e convertida na Lei. nº 12.871 em outubro de 2013. O PMM tinha como objetivo ampliar a oferta de assistência médica aos usuários do SUS das periferias, regiões interioranas e remotas do país.

A falta de médicos em regiões brasileiras de alta vulnerabilidade foi o principal motivador para o PMM, no sentido de expandir a acessibilidade ao sistema de saúde e a equidade na atenção primária. No PMM, foram lançadas duas frentes de ações que visavam a gerar resultados em curto e em médio prazo. A primeira frente previa a expansão do número de vagas nos cursos de medicina e de residência, e o aperfeiçoamento da formação médica no Brasil, para garantir a ampliação da oferta desses profissionais no futuro. A segunda foi efetivada pela convocação de médicos para atuarem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios de maior vulnerabilidade social, Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e comunidades quilombolas. Essa segunda frente ficou conhecida como Programa Mais Médicos do Brasil (PMMB), tendo como foco o atendimento à atenção básica, o que decorre do fato de que, nesse atendimento e na estratégia da saúde de família são solucionados cerca de 80% dos problemas de saúde da população.

O PMMB foi criado como o primeiro eixo emergencial do PMM. A realização ou execução desse eixo emergencial se deu de modo articulado, com parceria entre o governo federal e os municípios brasileiros, envolvendo inúmeros atores: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), médicos brasileiros, intercambistas individuais e médicos cooperados,¹ além de gestores municipais e federais.

O objetivo dessa iniciativa era o de atender à população de forma imediata até que as ações com foco na ampliação da formação do médico, que durariam pelo menos seis anos, dessem resultados.

Com essas medidas estruturantes de médio e de longo prazo – entre elas o aumento de vagas na graduação nos locais com maior demanda de médicos, a universalização da residência médica, a formação com foco no aluno e com novas diretrizes e a integração entre ensino e serviço, entre outras –, se pretendia sair da marca de 1,8 médicos/1000 habitantes para 2,7 médicos/1000 habitantes em 2026, parâmetro encontrado no Reino Unido. De acordo com Menicucci (2019),

... considerando apenas o sentido mais restrito desse direito, especificamente no que diz respeito ao setor de saúde, a concepção do *Mais Médicos* guarda um nexo substantivo com os princípios constitucionais – que se transformam em metas a serem alcançadas – de garantir o acesso universal e igualitário às ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como com a busca de observância das diretrizes do SUS, que preconizam “o atendimento integral com prioridade para atividades preventivas”.

Em função da insuficiência de profissionais formados no país, foi aceita, no PMMB, a participação tanto de médicos graduados no Brasil como também em outros países, observando-se que esses últimos seriam chamados a ocupar apenas as vagas não preenchidas por brasileiros. A necessidade de recrutar estrangeiros decorria do fato de que “de 2002 a 2012, o total de médicos formados em todas as escolas do Brasil correspondia a apenas 65% da demanda do mercado de trabalho: o déficit, nesse período, atingiu o índice de 53 mil médicos” (Brasil, 2015, p. 15). O *Mais Médicos* inseriu mais de 14 mil profissionais na atenção básica, no primeiro ano de sua existência. O universo de médicos inscritos inicialmente foi de 14.462, distribuídos da seguinte forma: 1.846 profissionais com CRM Brasil; 1.187 bra pelo processo de revalidação; intercambistas cooperados são os médicos que vieram de Cuba por meio do Convênio do Governo Brasileiro com a OPAS.

¹ Conselho Regional de Medicina Brasil (CRM) são médicos brasileiros ou estrangeiros que tenham se formado em medicina no Brasil, ou cujo diploma tenha sido revalidado pelo Conselho Nacional de Medicina; intercambista individual é o médico brasileiro ou estrangeiro cuja formação em medicina tenha sido feita no exterior, e não passou

sileiros ou estrangeiros formados no exterior e 11.429 intercambistas cooperados,² oriundos de Cuba, através do convênio entre a OPAS e o Brasil, o que permitiu que se trouxessem profissionais desse país para atuar nas UBS brasileiras, recebendo bolsa e os demais benefícios oferecidos pelo programa. Os profissionais inscritos foram distribuídos em 4.053 municípios, a maioria (75%) em regiões de alta vulnerabilidade, sendo o impacto relativo maior nos distritos com até 20% de pobreza e na região Nordeste, como se verá nas seções posteriores.

Observa-se que, em sua abertura, o PMMB contou com o protagonismo dos médicos intercambistas cooperados: os cubanos chegaram a alcançar mais de 70% de participação no princípio do programa. Contudo os conflitos com as associações médicas brasileiras acompanharam a implantação e o desenvolvimento do PMMB, quando foi anunciado pelo Governo Federal que a maioria dos médicos viria de Cuba. As associações argumentavam que os cubanos não possuíam as qualificações necessárias para o atendimento e protestavam pelo fato de eles serem desobrigados a fazer o exame do Revalida.³

Entretanto, de acordo com Telles, Storni e Melo (2018), além da paridade de sexo dos recrutados, “a maioria dos médicos intercambistas cooperados tinha grande experiência profissional, especialmente na atenção básica”. O estudo dos autores registra, ainda, a competência e a elevada qualidade de sua formação, bem como sua cultura mais humanizada e social:

[...] a quase totalidade dos médicos possuía especialização, seja em clínica geral, medicina da família ou comunidade, ou outra especialidade. Ademais, antes de participarem do *Mais Médicos*, quase 100% deles haviam atuado na atenção básica. A maior parte dos intercambistas cooperados já havia estado em outras missões, atendendo a populações carentes

² Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde.

³ Prova criada pelos Ministérios da Educação e da Saúde para simplificar o processo de reconhecimento de diplomas de medicina emitidos por instituições de ensino estrangeiras.

tes em países africanos e latino-americanos, dentre os quais a Venezuela, Bolívia e o Haiti (Telles; Storni; Melo, 2019).

O Ministério da Saúde pretendia, desde o início do Programa, realizar um acompanhamento para identificar pontos fortes e vulnerabilidades dessa medida, além da expectativa em relação ela, por meio da escuta dos principais sujeitos envolvidos: a) profissionais inscritos; b) população usuária dos serviços de saúde dos municípios atendidos; c) gestores públicos dos municípios inscritos; e d) população dos municípios inscritos, mas ainda não contemplados. Nesse contexto, foi realizado um conjunto de pesquisas quantitativas que iriam possibilitar a elaboração de um diagnóstico sobre o funcionamento do *Mais Médicos* e, mais além, fazer um levantamento dos fatores associados à avaliação dos diversos segmentos envolvidos no programa.

A pesquisa foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Grupo de Pesquisa Opinião Pública da Universidade Federal de Minas Gerais⁴ em duas fases. A primeira rodada de entrevistas, realizada em junho de 2014, buscava analisar essa etapa inicial do PMMB a partir de amostras representativas da comunidade residente nos municípios atendidos e nos municípios inscritos, mas ainda sem a assistência do programa, abordando população, médicos e gestores. A segunda, realizada em novembro de 2014, seguiu os mesmos parâmetros, excetuando-se a comunidade residente em municípios inscritos, mas ainda não atendidos pelo PMMB.

Este artigo analisa dados oriundos de parte do universo dessa pesquisa, tendo como objetivo identificar a percepção dos usuários atendidos pelo PMMB sobre a saúde. Para efeitos de comparação entre grupos, foram introduzidas também as opiniões dos usuários da UBS que residiam em municípios que, embora cadastrados para receber o programa, ainda não participavam do *Mais Médicos*. Além des-

⁴ www.opiniaopublica.ufmg.br

ses dados, busca-se apreender quais os principais fatores que determinaram a satisfação das comunidades com essa política. A hipótese principal é a de que a relação entre médico e usuário é determinante para a avaliação global do PMMB por parte das comunidades socialmente vulneráveis, nas quais há mais escassez de médicos nas UBS, e essa falta é um dos principais problemas sentidos pelos brasileiros, sobretudo os de mais baixa renda.

A finalidade do artigo, com a estrutura adotada, é, fundamentalmente, a de avaliar o PMMB, a partir de um conjunto de opiniões coletadas em entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro é constituído de um questionário com perguntas abertas e fechadas, realizadas com integrantes de comunidades assistidas e não assistidas pelo *Mais Médicos*. Para tanto, são apresentadas análises descritivas e estatísticas inferenciais, nas quais se examinam ainda os fatores que se associam mais fortemente com satisfação com o PMMB. O artigo foi organizado em seções que apresentam: a metodologia utilizada; o comportamento da variável dependente (notas dadas ao PMMB pelos usuários e não usuários); as variáveis que mais influenciam a satisfação com o Programa; os testes das hipóteses, a partir de modelos econométricos; e a discussão dos resultados encontrados nas medições estatísticas. Finalmente, são formuladas conclusões, nas quais se arrolam os principais achados da pesquisa e são expostos alguns dos potenciais e dos limites do PMMB, além de seus desafios futuros.

METODOLOGIA

Como foi informado na seção anterior, os dados foram colhidos em 2014, e esse fator é relevante, já que a presença majoritária, nessa etapa, dos médicos intercambistas cooperados pode influenciar as dimensões investigadas. Caso sejam propostos diagnósticos futuros sobre o PMMB, os resultados podem ser diferentes, uma vez que está ocorrendo uma alteração

no perfil dos médicos que participam do programa. Os médicos CRM-Brasil têm aumentado sua participação no *Mais Médicos*, e o perfil desses profissionais é distinto do que caracteriza os intercambistas cooperados (Telles; Storni; Melo, 2019), no que diz respeito a idade, experiência na atenção básica, formação, motivações para participação no programa etc.⁵

Investigam-se, neste artigo, as opiniões e a satisfação das comunidades assistidas e não assistidas pelo PMMB. Essas últimas são aquelas que ainda não haviam recebido os profissionais do PMMB, embora 94% delas dispusessem de serviço de atendimento médico nas UBS no momento em que foi realizada a coleta de dados. Essas comunidades foram incluídas no estudo para servir de parâmetro de comparação para os dados levantados nas comunidades assistidas. Precisávamos de referências para melhor interpretação dos resultados e entendimento da expectativa dessas comunidades não atendidas em relação ao Programa. A segunda pesquisa abrangeu todos os municípios já participantes do Programa, ou seja, apenas a população assistida pelo PMMB.

As entrevistas foram realizadas em duas rodadas, em todas as regiões brasileiras, e distribuídas nos seguintes perfis de municípios: 20% de pobreza; G100 – grupo que reúne cidades brasileiras com mais de 80 mil habitantes; baixa renda e alta vulnerabilidade socioeconômica; região metropolitana; capital; população quilombola; e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).⁶ A primeira buscou avaliar a fase inicial de implementação do Programa, a partir de amostras representativas tanto dos municípios atendidos quanto das comunidades não assistidas. A segunda fase foi realizada somente com os usuários do PMMB.

As informações foram levantadas por

⁵ Recentemente, os médicos cubanos deixaram o país em função de conflitos políticos, o que pode trazer impactos ainda maiores sobre o PMMB.

⁶ Os DSEIs foram contemplados apenas na segunda fase da pesquisa, tendo em vista a dificuldade para obter autorização para a entrada nestes distritos. O mesmo aconteceu com as comunidades Quilombolas, que foram pesquisadas somente na segunda fase desta pesquisa.

meio da aplicação de questionários semiestruturados. Para a comunidade atendida, as entrevistas foram realizadas nas UBS e aplicadas pelo médico do PMMB, de acordo com a listagem entregue pelo Ministério da Saúde. Já nas comunidades não assistidas, a abordagem foi feita na UBS do território inscrito para receber o médico do Programa. Nesse último caso, quando não havia atendimento médico na UBS, as entrevistas foram realizadas nas ruas do entorno. Para participar, as pessoas precisavam ter idade igual ou maior que 18 anos. No caso de o usuário a ser atendido pelo médico ser uma criança, os pais ou responsáveis respondiam ao questionário, mas contavam como usuário para efeitos da pesquisa. Os respondentes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e as entrevistas foram individuais, garantindo o anonimato da colaboração e a confidencialidade de respostas.⁷ Em termos gerais, nas entrevistas, foram feitos levantamentos das seguintes informações:

1. *População atendida pelas Unidades de Saúde da Família onde o profissional do PMMB está atuando:* perfil socioeconômico dos entrevistados (renda, grau de escolaridade, número de pessoas no domicílio, emprego formal ou informal etc.); principais demandas médicas; qualificação do atendimento dos médicos participantes do Programa, percepção da assiduidade dos profissionais, da qualidade do atendimento recebido, do grau de resolutividade; avaliação dos serviços de saúde em seus diversos aspectos (antes e depois da implantação); percepção sobre o acesso à saúde antes e depois da chegada do *Mais Médicos*; comparação da expectativa com a avaliação; identificação das perspectivas acerca da situação futura para a saúde local.
2. *População que ainda não havia recebido o profissional do PMMB:* perfil socioeconômico dos entrevistados (renda, grau de escolaridade, número de pessoas no domicílio, em-

prego formal ou informal etc.); avaliação dos serviços de saúde nos seus diversos aspectos; identificação das principais demandas médicas e de acesso à saúde; levantamento das expectativas quanto à chegada do profissional; verificação das perspectivas acerca da situação futura para a saúde local.

A primeira fase ocorreu no período de 6 de junho a 4 de julho de 2014. O universo de médicos inscritos no programa era de 3.664, em 1.152 municípios assistidos.⁸ A população assistida foi estimada a partir de aproximadamente 1 mil famílias atendidas por médico, o que representava um universo de 15 milhões de usuários.⁹ Para se definir o tamanho da amostra de usuários, decidiu-se utilizar três critérios: que, para o total do universo, a margem de erro fosse inferior a 2,0 %, com uma confiabilidade de 95,45%; que o número de entrevistas, nos municípios de cada perfil, fosse proporcional à distribuição dos médicos no universo por perfil de município; que o número de entrevistas, em cada unidade da federação (estados e Distrito Federal), fosse proporcional ao número de médicos nela existente. Além desses critérios, foi considerada, inicialmente, também a distribuição dos médicos por perfil profissional, inclusive a fim de se poder verificar possíveis influências dessa variável nas opiniões sobre os profissionais.¹⁰ Foram feitas 3.925 entrevistas nas comunidades assistidas pelo PMMB, distribuídas em 191 municípios. A população atendida, em cada um dos perfis dos municípios, foi tomada como base para a distribuição da amostra.

A amostra de comunidades não assistidas

⁸ Dados fornecidos aos pesquisadores pelo Ministério da Saúde.

⁹ O universo da pesquisa é constituído pelo conjunto de todos os usuários do Programa Mais Médicos nos municípios, constantes da relação fornecida pela Coordenação do Programa no dia 30 de outubro de 2013.

¹⁰ Para a elaboração do plano amostral, foi considerado o conceito de “localidade”, que, quase sempre, corresponde a um município; mas há algumas situações nas quais a “localidade” pode abranger mais de um município ou estar restrita a uma área específica do município. Isso porque elas foram classificadas como localidades específicas, distintas dos municípios nos quais elas estão inseridas; os distritos sanitários especiais indígenas (DSEI) e as populações quilombolas.

⁷ Os questionários foram submetidos à aprovação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, antes do início dos trabalhos de campo.

foi elaborada para servir de espelho da amostra da população atendida pelos médicos do Programa Mais Médicos, permitindo a comparação entre as duas populações pesquisadas. Dessa forma, a distribuição da amostra pelos perfis de municípios seguiu a mesma proporção da amostra das comunidades assistidas. Foram realizadas 970 entrevistas em 53 municípios, considerando-se, para o tamanho da amostra, a margem de erro máximo estimada de 3,1 pontos percentuais para mais ou para menos, com a utilização de um intervalo de confiança de 95,5%. Nesse sentido, a distribuição das comunidades assistidas e não assistidas entre os perfis dos municípios criados pelo Programa seguiram os mesmos percentuais, o que resultou em representações semelhantes de usuários, permitindo que a comparação entre os resultados pudesse ser feita de forma mais direta.

No período de 17 de novembro a 23 de dezembro de 2014, pesquisou-se novamente com a população assistida, utilizando-se os mesmos critérios da fase anterior. Contudo o número de médicos e de comunidades atendidas já havia crescido bastante. Eram 14.399 médicos em 4.055 localidades. A estimativa era a de mil famílias atendidas por médicos, o que correspondia a aproximadamente 57 milhões de usuários. A amostra foi de 14.100 casos, distribuídos por 720 municípios. Para esse tamanho de amostra, a margem de erro máxima é inferior a 1,0 pp, com uma confiabilidade de 95,45%.

As análises descritiva e inferencial do conteúdo da base de dados, que foram realizadas, tinham o objetivo de medir a variação na aprovação do PMMB, em diversas localidades do país e entre diversos públicos, a partir da variação das características sociodemográficas dos usuários da UBS. A contribuição marginal dessas características para a aprovação do programa pelo usuário foi medida com o recurso de Análise de Regressão Ordinal Logística (OLR) (Greene, 2008), conforme foi possível identificar tais características nos dados registrados no questionário. Para a finalidade de verificação da adequação do modelo, foram comparados os coeficientes da OLR com as saídas de modelo de

regressão TOBIT para dados censurados (Gujarati, 2000), o que foi realizado com a finalidade de contraprova empírica (Ragin, 1987).

Para a construção do modelo de análise, admitiu-se, como hipótese de trabalho, que a variável “nota atribuída ao programa pelo usuário da UBS” – constante dos questionários aplicados a comunidades de ambos os tipos (atendidas e não atendidas), e apresentada com o enunciado “De um modo geral, que nota você daria ao Programa Mais Médicos?” – sofre o influxo de variáveis relativas ao indivíduo, à comunidade ou ambiente, e à disponibilidade ou qualidade dos serviços de saúde.

Variantes dessa concepção geral são empregadas nessa análise, na qual também se atenta para o efeito de agregação de variáveis individuais presentes nos questionários (como, por exemplo, sexo do respondente) e variáveis ambientais (por exemplo, o perfil do município em que o questionário foi aplicado). Tal risco é tratado, na literatura, como associação ecológica (Silva, 2013). De fato, é preciso considerar que as variáveis ambientais medem variações nas características do meio em que o fenômeno ocorre, mas não as características dos próprios indivíduos. A interpretação das saídas de dados individuais e de dados agregados, em um mesmo modelo, precisa ser feita de maneira criteriosa, já que se trata de diferentes unidades de análise, e que, como tais, fornecem dados que não podem ser pensados como idênticos, nem mesmo como perfeitamente transitivos.¹¹

Uma nova base de dados foi organizada no formato matriz. Nela, o número de observações corresponde à soma das observações das duas bases originais, e o número de variáveis é igual à intercessão das variáveis constantes nas duas bases mais um, que é, precisamente, a variável “critério de pertença ou não à comunidade atendida pelo programa” (Campbell; Stanley, 1963). Para tal, preliminarmente, foi realizada uma verificação da morfologia das variáveis, a

¹¹ Neste trabalho, no qual se empregaram os softwares SPSS® e STATA®, tais saídas foram tomadas separadamente e consideradas uma a uma.

fim de testar a compatibilidade dos arquivos. Daí, foi criada, a partir dos dados disponíveis, a variável “perfil de Bolsa Família”, para cada caso, considerando os critérios do Ministério do Desenvolvimento Social, quais sejam: renda *per capita* familiar de até 0,5 salários mínimos e renda máxima familiar de três salários mínimos. Todas as demais variáveis que eventualmente surgiram ao longo desta análise e que não constavam dos questionários originais foram estabelecidas por recodificação, e, por serem intuitivas, dispensam descrição adicional.

AVALIAÇÃO: notas atribuídas ao *mais médicos*

A principal variável dependente eleita para esta análise foi a nota atribuída pelo respondente ao Programa *Mais Médicos*, obtida junto às comunidades atendidas e não atendidas. Responderam à questão 2650 informantes (54%) do total de 4895 casos, com pronunciada concentração de notas dez, em uma escala de zero a dez; na verdade, mais de 60% das notas válidas foi superior a nove (mediana=9,5). A medida de deformação da distribuição inferior a menos 2 deixa clara a concentração dos casos à direita da média, percepção essa confirmada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ($z=13,02$; $sig<0,001$). Dito de outro modo, parte expressiva dos entrevistados avalia o programa com nota muito superior à média, enquanto um número pequeno de más avaliações faz a média subestimar a tendência central das respostas, configurando uma distribuição não normal.

Vê-se, na Tabela 1, que uma componente essencial da avaliação atribuída pelos entrevistados ao PMMB é o fato de o Programa já estar ou não implantado na comunidade. A expressiva diferença nas médias (Teste T, $sig<0,01$) das notas atribuídas pelos entrevistados dos dois grupos pode revelar correta focalização no processo de implantação do programa, explicando a diferença entre os grupos.

Tabela 1 – Média das notas atribuídas ao PMMB na comunidade atendida e na comunidade não atendida pelo Programa

Tipo de comunidade	Média	N	Desvio padrão	Coeficiente de variação
Comunidade não atendida	7,49	528	2,53	0,34
Comunidade atendida	9,03	2.122	1,45	0,16
Total	8,72	2.650	1,83	0,21

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Pesquisa Nacional de Avaliação do Programa Mais Médicos. UFMG/Grupo Opinião Pública e Ministério da Saúde, 2014.

Ao se compararem as respostas dos entrevistados de comunidades já atendidas pelo programa com os de pessoas que vivem em comunidades que ainda não o foram, a avaliação do PMMB tende a ser mais positiva. Esse elemento, já identificado aqui, foi submetido a teste de hipótese em modelo de regressão, quando foi quantificada sua contribuição marginal sobre a variável dependente.

Outra componente de natureza institucional ligada não apenas à presença do PMMB nas comunidades, mas também à escolha das localidades prioritárias para sua implantação e ao modo como o processo de implantação se deu, ajuda também a entender o sucesso na avaliação. Na Tabela 2, é possível verificar as notas atribuídas ao PMMB a partir das variáveis relativas ao atendimento médico, como o tempo em que a equipe ficou sem médico, a necessidade de enfrentar filas para receber atendimento, a possibilidade de ser encaminhado para médico especialista e a visita de ACS – Agentes Comunitários de Saúde

Submetidas a teste de ANOVA ($sig<0,05$), verificaram-se mais altas e mais homogêneas as médias de avaliação do PMMB nas comunidades em que, antes do Programa, não havia atendimento médico por falta de profissional, e onde, hoje, o atendimento ocorre sem filas, o encaminhamento para os especialistas (referenciamento) se dá sem maiores contratempos, e onde as equipes de Agentes Comunitários de Saúde desempenham mais regularmente o seu papel.

Tabela 2 – Notas atribuídas ao PMMB relativas ao atendimento

A equipe de Saúde ficou algum tempo sem Médico (a)?	Média	N	Desvio padrão	Coeficiente de Variação
Ficou sem médico	8,86	931	1,76	0,20
Sempre teve médico	8,83	1.309	1,61	0,18
Total	8,84	2.240	1,67	0,19
As pessoas precisam enfrentar filas na UBS Saúde para receber atendimento?	Média	N	Desvio padrão	Coeficiente de variação
Não	8,98	512	1,63	0,18
Sim	8,66	2.119	1,87	0,22
Total	8,72	2.631	1,83	0,21
Quando o (a) médico (a) encaminha para o médico especialista, consegue ser atendido?	Média	N	Desvio padrão	Coeficiente de variação
Sim	8,88	1.794	1,67	0,19
Não	8,47	486	1,99	0,24
Total	8,79	2.280	1,75	0,20
Recebe visita de ACS?	Média	N	Desvio padrão.	Coef. Var.
Recebe visitas todos os meses.	8,91	1.258	1,55	0,17
Recebe visitas, mas não todos os meses.	8,70	740	1,91	0,22
Nunca recebeu visitas.	8,38	626	2,15	0,26
Total	8,72	2.624	1,83	0,21

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Pesquisa Nacional de Avaliação do Programa Mais Médicos. UFMG/Grupo Opinião Pública e Ministério da Saúde, 2014.

Uma importante questão é o foco do programa, que pretendia abranger os indivíduos mais vulneráveis. Para isso, foram realizadas análises das notas atribuídas ao PMMB por Cadastro Único, que tem o perfil de beneficiários do Bolsa Família contrastado com as avaliações do programa realizadas por pessoas em diferentes faixas de escolaridade, sexo, renda e ocupação profissional. Os dados podem ser vistos na Tabela 3.

Como pode ser observado na Tabela 3, as médias mais altas de avaliação ocorreram nos segmentos: Cadastro Único (Bolsa Família), renda familiar menor ou igual a 5 SM, não brancos e sem formação superior. Nota-se ainda, na Tabela 4, que os ocupados em atividades de agricultura e os trabalhadores rurais foram os que deram maior nota ao PMMB (9,25), e os profissionais liberais a menor (8,18).

A distribuição das avaliações que acompanha a condição de vulnerabilidade social dos indivíduos pode indicar tanto a precisa focalização do Programa, que conseguiu êxito em satisfazer ao seu público, visando, precisamente, àquelas comunidades que mais precisam do serviço público de Saúde (Cohen; Franco, 1993), como também o baixo grau de expectativa, por esse mesmo público socialmente mais vulnerável quanto ao provisionamento dos serviços. Para além dos indivíduos, outra análise a ser feita é a partir de dados agregados. Para examinar a distribuição territorial da avaliação do PMMB, os municípios e as regiões brasileiras foram separados para efeitos de comparação. Nas Tabelas 5 e 6, podem ser observados os resultados das notas atribuídas pelos municípios com 20% de pobreza e nas 5 regiões do país.

Tabela 3 – Nota atribuída ao PMMB: perfil Cadastro Único, renda, sexo, cor

Perfil Cadastro Único	Média	N	Desvio padrão	Coef. de var.
Sim	8,83	2.093	1,78	0,20
Não	8,35	506	1,84	0,22
Total	8,73	2.599	1,80	0,21
Renda	Média	N	Desvio padrão	Coef. de var.
Renda familiar inferior a 5 SM	8,74	2.603	1,81	0,21
Renda familiar igual ou superior a 5 SM	7,72	47	2,27	0,29
Total	8,72	2.650	1,83	0,21
Sexo	Média	N	Desvio padrão	Coef. de var.
Feminino	8,77	2.147	1,82	0,21
Masculino	8,55	503	1,85	0,22
Total	8,72	2.650	1,83	0,21
Branco	Média	N	Desvio padrão	Coef. de var.
Não branco	8,81	1.794	1,76	0,20
Branco	8,55	856	1,95	0,23
Total	8,72	2.650	1,83	0,21
Formação Superior?	Média	N	Desvio padrão	Coef. de var.
Não tem	8,77	2.468	1,80	0,21
Tem	8,16	182	2,04	0,25
Total	8,72	2.650	1,83	0,21

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Pesquisa Nacional de Avaliação do Programa Mais Médicos. UFMG/Grupo Opinião Pública e Ministério da Saúde, 2014.

Tabela 4 – Nota atribuída ao PMMB por ocupação

Ocupação	Média	N	Desvio padrão	Coef. de var.
Agricultor ou trabalhador rural	9,25	128	1,25	0,13
Dona de casa	8,84	915	1,80	0,20
Autônomo ou conta própria	8,75	384	1,82	0,21
Servidor público	8,72	235	1,63	0,19
Aposentado ou similar	8,68	375	1,96	0,23
Desempregado	8,59	125	1,62	0,19
Empregado do setor privado	8,42	322	1,95	0,23
Estudante (apenas)	8,37	75	1,90	0,23
Profissional liberal	8,18	11	2,23	0,27
Total	8,73	2.570	1,81	0,21

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Pesquisa Nacional de Avaliação do Programa Mais Médicos. UFMG/Grupo Opinião Pública e Ministério da Saúde, 2014.

Tabela 5 – Nota atribuída ao PMMB) em municípios com 20% de pobreza

20% de pobreza	Média	N	Desvio padrão	Coef. de var.
Municípios com pobreza >= 20%	8,98	1.218	1,54	0,17
Outros municípios	8,51	1.432	2,01	0,24
Total	8,72	2.650	1,83	0,21

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Pesquisa Nacional de Avaliação do Programa Mais Médicos. UFMG/Grupo Opinião Pública e Ministério da Saúde, 2014.

No tocante à vulnerabilidade de renda nas comunidades, a mesma tendência observada no âmbito individual (pessoas oriundas de famílias de renda mais baixa) se reproduz no nível agregado (municípios mais pobres), com a tendência de avaliar mais positivamente o programa. Municípios que possuem ao menos 20% de sua população na linha de pobreza ou abaixo desse patamar avaliam muito mais positivamente o PMMB que todos os outros municípios, quanto agregados em uma única categoria de contraste (em média, 8,98 contra 8,51).

O detalhamento por perfil de município revela que a média verificada nos chamados municípios do G100 (8,43), aqueles que reúnem grandes populações e baixa receita *per capita*, é ligeiramente mais baixa que a observada nos outros grupos (região metropolitana: 8,56; capitais: 8,53), mas em geral revela-se bastante similar.

Pelo mesmo raciocínio, é possível observar a tendência a uma avaliação mais positiva nas respostas colhidas em municípios do

Nordeste do Brasil (9,01), quando comparados com municípios das demais regiões (8,49). Mais uma vez, aqui a diferença pode ser a estratégia governamental de priorizar os municípios dessa região na implantação do Programa, o que também pode se combinar com a grande carência de profissionais na região.

Os dados apresentados na Tabela 6 mostram a nota atribuída ao PMMB por região do país ao lado do indicador “Médicos por mil habitantes”, que é a relação entre o total de médicos que atenderam pelo SUS em cada região e a população total residente. Para o teste de correlação parcial entre as variáveis “Nota atribuída ao PMMB” e “Médicos por mil habitantes”, controlados o tamanho da amostra em cada região e a população ali residente, o valor do coeficiente foi de $r = -0,988$ ($p < 0,10$), o que indica, de fato, uma avaliação mais positiva do programa por parte daquelas pessoas que vivem em localidades nas quais é mais escassa a disponibilidade de atendimento médico pelo SUS.

Tabela 6 – Distribuição da avaliação do PMMB entre as regiões brasileiras

Região	Médicos atendendo pelo SUS*	População residente**	Médicos por mil habitantes	Nota atribuída ao PMMB (média)
Região Nordeste	39.298	54.283.884	0,724	9,01
Região Norte	7.797	14.998.214	0,520	8,61
Região Sudeste	107.864	89.552.106	1,204	8,56
Região Centro-Oeste	13.661	14.742.082	0,927	8,35
Região Sul	33.788	28.739.171	1,176	8,34
TOTAIS	202.408	202.315.457	1,000	8,72

Fonte: *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES (2012).

**Projeção IBGE 2013

FATORES PARA A AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO COM O MAIS MÉDICOS

Em situações nas quais o número de variáveis de interesse é grande, é possível estruturar o conjunto de dados a partir das inter-relações entre tais variáveis. Tais inter-relações podem ser expressas pela covariância entre as variáveis. Optou-se, aqui, por traduzir o comportamento de um número grande de variáveis dos questionários, com conteúdo de avaliação do serviço público de saúde pelo respondente, em termos de um número relativamente pequeno de variáveis latentes (ou fatores), que são agrupadas por meio de suas correlações.

Procedeu-se, então, à extração de sete componentes principais, com explicação de 67% da variância total das 39 variáveis com conteúdo de avaliação ou satisfação dos entrevistados (Critério: autovalores iniciais $>= 1,000$; Método de Rotação Varimax). Os resultados são apresentados a seguir e deram origem a 7 fatores: qualidade do atendimento, *rappor*¹² com o

médico (atributos individuais do profissional médico), avaliação da UBS, envolvimento do médico com a comunidade, serviços e equipamentos de apoio, avaliação da farmácia e satisfação com o médico. Apresentamos também as variáveis que deram origem a cada um dos componentes principais.

Para a apresentação dos fatores em escala padronizada, a fim de se obter uma variável cujos valores fossem intuitivamente identificáveis neste artigo, foi realizada a conversão dos escores extraídos em notas apresentadas na escala de 0 a 10, conforme é apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Médias das notas de avaliação atribuídas pelos usuários para sete dimensões dos serviços da Atenção Básica de Saúde

Critério	Média	Mediana	Desvio padrão	Coef. de variação
Nota 1 - Qualidade do atendimento	6,70	6,50	1,63	0,24
Nota 2 - Atributos individuais do profissional médico	8,17	8,50	1,18	0,14
Nota 3 - Avaliação da UBS	6,67	6,80	1,53	0,23
Nota 4 - Envolvimento do médico com a comunidade	6,19	6,70	1,53	0,25
Nota 5 - Serviços e equipamentos de Apoio	7,21	8,10	2,06	0,29
Nota 6 - Avaliação da farmácia	6,62	6,80	1,29	0,19
Nota 7 - Satisfação com o médico	5,00	4,80	1,49	0,30

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Pesquisa Nacional de Avaliação do Programa Mais Médicos. UFMG/Grupo Opinião Pública e Ministério da Saúde, 2014.

Quadro 1 – Quadro-resumo: variância explicada pelos fatores extraídos

Fator	Descrição	Variância explicada (%)
1	Qualidade do atendimento	19,63
2	Rapport	15,98
3	Avaliação da UBS	12,79
4	Envolvimento do médico com a comunidade	5,44
5	Serviços e equipamentos de apoio	5,34
6	Avaliação da farmácia	3,86
7	Satisfação com o médico	3,64
Total		66,68

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Pesquisa Nacional de Avaliação do Programa Mais Médicos. UFMG/Grupo Opinião Pública e Ministério da Saúde, 2014.

¹² Por *rappor* os autores designam toda a classe de vínculos que se estabelecem, numa relação profissional, entre quem compreende as demandas do paciente/cliente e quem se

Vê-se que dois componentes diretamente ligados ao profissional médico se destacam no conjunto da análise, precisamente o Fator 2 (Rapport) e o Fator 7 (satisfação com o médico), conforme o Quadro 2 demonstra. A nota extraída das respostas para o *rappor* com o médico, Fator 2, foi superior a oito, e baixa foi sua variação entre as respostas (coeficiente de variação foi igual a 0,14). Por outro lado, para o Fator 7 (satisfação com o médico), verificou-se a nota mais baixa da bateria (cinco) e pronunciado coeficiente de variação.

Embora o Fator 2 (*rappor*) seja bem mais

sente valorizado e compreendido pelo outro; a partir desse sentimento manifesto pelo paciente em função dos atributos individuais do profissional, cria-se uma relação profissional que facilita todos os demais passos do atendimento.

representativo que o Fator 7, já que aquele foi capaz de explicar cinco vezes mais a variância observada nos dados que este último, parece haver uma disjunção, na avaliação do usuário, entre o reconhecimento da capacidade profissional ou interpessoal do profissional médico e a satisfação com o serviço que tem sido prestado pelo mesmo profissional.

MODELOS DE PROVA E CONTRA-PROVA

a) Modelo de prova – regressão ordinal logística

A variável dependente eleita para a pesquisa não é contínua, mas, antes, uma variável de valores discretos ordenados em uma escala de tipo Likert, com onze pontos e categorias que vão do “zero” (equivalente ao ponto “desaprovo totalmente o PMMB”) a “dez” (que equivale ao ponto “aprovo totalmente o PMMB”). Nesse caso, o fato de a relação de *ordem* entre os valores da variável dependente não estabelecer a constância e a divisibilidade dos intervalos (como ocorre em variáveis contínuas) torna inaplicável a regressão linear múltipla, e faz oportunamente a estimação dos parâmetros de maneira não linear, mediante a operacionalização de uma variável latente não medida ou observada diretamente.

A avaliação da qualidade do ajustamento e do modelo para a estimação da variável dependente pode ser feita de modo equivalente pela verificação dos *p*-valores para cada variável preditora, enquanto a significância geral do modelo pode ser avaliada pelos argumentos de qui-quadrado e Deviance. Aqui, a medida do pseudo- R^2 indica a proporção da variação total observada na variável dependente, que pode ser explicada pelas variáveis independentes já inseridas no modelo.

Quando da aplicação da regressão ordinal logística para modelar a racionalidade da avaliação pelos entrevistados, foi possível verificar que a avaliação é, de fato, multivariada e complexa, mas que as decisões governamen-

tais cumprem papel decisivo no escore atribuído pelos beneficiários aos serviços de saúde prestados a partir da implantação do PMMB. De fato, pode-se afirmar, com níveis de confiança superiores a 95%, que há fatores relevantes para a nota conferida pelo entrevistado ao programa, que são oriundos, majoritariamente, do ambiente em que o indivíduo vive (variáveis ecológicas, ou ambientais – VE), e outros que são majoritariamente adstritos ao próprio indivíduo, e seus atributos pessoais (variáveis individuais – VI). Contudo os fatores mais representativos são primordialmente institucionais (variáveis instrumentais – VS), e advêm, diretamente, das escolhas do governo e de sua capacidade de gerir o programa.

Foram inseridas no modelo, para fins de teste de hipótese, as variáveis: comunidades atendidas pelo PMMB, indivíduo branco, perfil do município, perfil Cadastro Único (Bolsa Família), notas dadas para qualidade do atendimento, *rappor* com o médico, avaliação da UBS, envolvimento do médico com a comunidade, serviços e equipamentos de apoio, avaliação da farmácia, satisfação com o médico; formação superior, faixa de idade, município com 20% de pobreza, município do Nordeste, região do Brasil, a pergunta “Antes desse que atende hoje, havia médico (a) atendendo na ESF de segunda a sexta-feira?”, renda familiar maior que 5 salários mínimos, sexo do responsável e se tinha filhos.

Foram excluídas, por apresentarem *p*-valor maior que o limite do teste, as variáveis: perfil do município ($p = 0.6413 \geq 0.1000$), a pergunta Tem filhos? ($p = 0.3981 \geq 0.1000$), Nota 6, avaliação da farmácia ($p = 0.2977 \geq 0.1000$), a pergunta Antes desse que atende hoje, havia médico (a) atendendo na ESF de segunda a sexta-feira? ($p = 0.2923 \geq 0.1000$), Região Nordeste? ($p = 0.2298 \geq 0.1000$), Nota 5, Serviços e equipamentos de apoio ($p = 0.3102 \geq 0.1000$) e Renda familiar > 5 SM? ($p = 0.2074 \geq 0.1000$). Os dados do teste são apresentados no Quadro 3.

De acordo com a regressão ordinal lo-

Quadro 3 – Saída de regressão ordinal logística para a variável dependente “De um modo geral, que nota você daria ao Programa Mais Médicos?”

Nota	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[Lower Limit 95% Conf. Interval]	[Upper. Limit 95% Conf. Interval]
Qualidade do atendimento	0,460	0,022	21,220	0,000	0,418	0,502
Cursou Educação Superior	-0,392	0,120	-3,260	0,001	-0,628	-0,156
20% pobreza	0,342	0,079	4,320	0,000	0,186	0,497
Envolvimento do Médico com a comunidade	0,336	0,021	16,260	0,000	0,296	0,377
Sexo feminino	0,336	0,080	4,180	0,000	0,178	0,493
Perfil de cadastro único	0,258	0,083	3,110	0,002	0,095	0,420
Fator 2 - RAPPORt	0,257	0,025	10,110	0,000	0,207	0,307

Fator 2: Rapport. Número de Observações = 4068. LR chi2(13) = 1599,39 P-valor > qui-quadrado = 0,0000. Logaritmo da probabilidade = -5003,824. Pseudo R2 = 0,1378.

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Pesquisa Nacional de Avaliação do Programa Mais Médicos. UFMG/Grupo Opinião Pública e Ministério da Saúde, 2014.

gística, foram reconhecidas como as mais influentes variáveis na avaliação do entrevistado, entre as variáveis coletadas (por ordem de influência, para $b > 0,250$):

1. o fato de a comunidade já ter sido beneficiada pelos profissionais do Programa ($b=0,748$, VS);
2. a avaliação geral que o entrevistado faz da qualidade do atendimento recebido (fator1, $b=0,459$, VS);
3. o fato de o entrevistado não ter obtido nível superior de instrução ($b=-0,392$, VI);
4. o fato de o entrevistado morar em município onde pelo menos 20% da população se encontra em situação de conforto material não superior à linha de pobreza ($b=0,341$, VE);
5. o fato de o médico ter uma atuação extra-ambulatorial na comunidade do entrevistado (fator4, $b=0,336$, VS);
6. o fato de o indivíduo ser mulher ($b=0,336$, VI);
7. o fato de o indivíduo ter o perfil social que o habilita ao Cadastro Único do Governo Federal ($b=0,258$, VI);
8. o rapport existente entre o profissional médico e o entrevistado (fator2, $b=0,257$, VS).

Vê-se, então, que, com Pseudo-R² de

aproximadamente 0,14 e Prob>X²≈ 0,0000, influenciam ainda a probabilidade de avaliação negativa do PMMB o fato de ser esse mesmo indivíduo branco ($b=-0,1479109$, VI) e estar em uma das regiões do país que o avaliam mal ($b=-0,004$, VE). Todos os outros fatores predispõem, em maior ou menor intensidade, à boa avaliação, conforme os coeficientes expressos na tabela acima. O modelo de regressão ordinal logística O-LOGIT é adequado para tal mensuração, e o PMMB, dados todos os parâmetros probabilísticos, é bem avaliado pela amostra de respondentes.

b) Modelo de contraprova – regressão logística para dados censurados (TOBIT)

Em questionários de avaliação, é comum os valores de um número razoável de observações se concentrarem nos pontos limítrofes da escala, aglutinando, aí, respondentes cujos atributos pessoais e ecológicos possam ser muito heterogêneos, e isso traz um elemento de perturbação na estimativa dos valores preditos. Em casos como esse, é comum aplicar-se o modelo TOBIT, que se comporta como binário

para os valores limítrofes e como linear para os pontos intermediários da escala. Tal modelo foi desenvolvido por James Tobin (1958), para explicar a heterogeneidade das observações em pesquisas de orçamento doméstico, as quais, na Inglaterra, reportavam consumo igual a zero. Aqui se leva em conta a concentração de observações nas notas “zero” e “dez” atribuídas por respondentes para o PMMB, já que esse tipo de concentração torna inadequado o emprego de modelos lineares.

O modelo TOBIT, dotado de concepção, operacionalização e estimadores diferentes do modelo O-LOGIT, originalmente estabelecido para obtenção dos parâmetros, será empregado para investigação da variável dependente com as mesmas variáveis preditoras e servirá como contraprova de análise.

Como se espera em casos em que a estimação empírica está coerente com os dados analisados, o sentido da influência das variáveis preditoras sobre a variável predita é o mesmo em modelos de prova e contraprova, e

similar é a intensidade da influência dos preditores sobre a variável predita. Entraram, no modelo de contraprova, todas as variáveis do modelo original, e foram excluídas, por apresentarem p-valor maior que o limite do teste, as variáveis Perfil do município ($p = 0.9641 \geq 0.1000$), Tem Filhos? ($p = 0.6882 \geq 0.1000$), Nota 6 - Avaliação da Farmácia ($p = 0.9195 \geq 0.1000$), Antes desse que atende hoje, havia médico (a) atendendo na ESF de segunda a sexta-feira? ($p = 0.4032 \geq 0.1000$), Região Nordeste? ($p = 0.1317 \geq 0.1000$), Nota 5 - Serviços e equipamentos de apoio ($p = 0.3196 \geq 0.1000$), Renda Fam. > 5 SM? ($p = 0.3875 \geq 0.1000$) e Branco ($p = 0.3172 \geq 0.1000$). Essa última variável foi aprovada no teste das probabilidades acumuladas, mas reprovadas no teste das significâncias do modelo quase-linear. O resultado da regressão segue conforme se apresenta no Quadro 4:

A seguir, verifica-se que a relação das variáveis presentes no modelo TOBIT é a mesma que se vê no modelo O-LOGIT:

Quadro 4 – Saída de Regressão Tobit, com censura nos valores 0 e 10, para a variável dependente “De um modo geral, que nota você daria ao Programa Mais Médicos?”

Nota	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[Lower Limit 95% Conf. Interval]	[Upper. Limit 95% Conf. Interval]
Base	1,026	0,101	10,160	0,000	0,828	1,223
Qualidade do atendimento	0,537	0,024	22,160	0,000	0,489	0,584
Cursou Educação Superior	-0,467	0,149	-3,140	0,002	-0,758	-0,176
20% pobreza	0,459	0,095	4,860	0,000	0,274	0,645
Envolvimento do Médico com a comunidade	0,402	0,024	16,680	0,000	0,355	0,449
Sexo feminino	0,388	0,098	3,960	0,000	0,196	0,581
Perfil de cadastro único	0,329	0,099	3,320	0,001	0,135	0,524
Fator 2 - RAPPORT	0,319	0,029	10,870	0,000	0,262	0,377
Fator 7	0,218	0,026	8,460	0,000	0,168	0,269
Fator 3	0,210	0,026	8,060	0,000	0,159	0,261
Constante	-3,004	0,429	-7,010	0,000	-3,845	-2,163
Sigma	2,120	0,038				2,194

Fator 2: Rapport. Fator 3: avaliação da UBS; Fator 7: satisfação com o médico.

Sumário dos casos: 18 observações censuradas à esquerda para nota estimada ≤ 0 ; 1938 observações não censuradas; 2112 observações censuradas à direita para nota estimada ≥ 10 .

Número de Observações = 4068. Logaritmo da razão (qui-quadrado) = 1611.57. P-valor > qui-quadrado = 0.0000. Logaritmo da probabilidade = -5449.0085. Pseudo R² = 0.1288

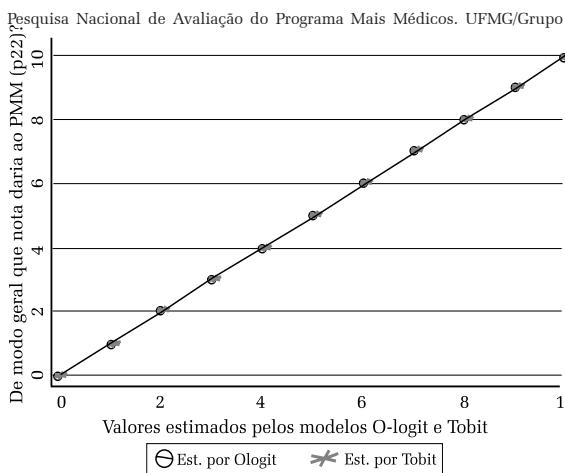
Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Pesquisa Nacional de Avaliação do Programa Mais Médicos. UFMG/Grupo Opinião Pública e Ministério da Saúde, 2014.

1. o fato de a comunidade já ter sido beneficiada pelos profissionais do Programa ($b=1,026$, VS);
2. a avaliação geral que o cidadão faz da qualidade do atendimento recebido (fator1, $b=0,537$, VS);
3. o fato de o indivíduo não ter obtido o nível superior de instrução ($b=-0,467$, VI);
4. o fato de morar em um município no qual pelo menos 20% da população vive em situação de conforto material não superior à linha de pobreza ($b=0,459$, VE);
5. o fato de o médico ter uma atuação extra-ambulatorial na comunidade do entrevistado (fator4, $b=0,402$, VS);
6. o fato de o indivíduo de ser mulher ($b=0,388$, VI);
7. o fato de o indivíduo ter perfil social que o habilita ao Cadastro Único do Governo Federal ($b=0,319$, VI);
8. o *rapport* existente entre o profissional médico e o entrevistado (fator 2, $b=0,257$, VS).

Gráfico 1 – Ajuste entre as estimativas pelos métodos de prova (O-LOGIT) e contraprova (TOBIT)

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).



Opinião Pública e Ministério da Saúde, 2014.

Nota-se a quase superposição das linhas de estimação para um (linha amarela) e outro método (linha alaranjada). A correlação de Pearson entre os vetores é de: $r>0,993$; $p<<0,01$. Nota-se, então, que, com uma variável predito-

ra a menos e Pseudo- R^2 de aproximadamente 0,13 (praticamente igual ao modelo O-LOGIT) e $\text{Prob}>X^2 \approx 0.0000$, o TOBIT informa que influenciam a probabilidade de avaliação negativa do PMMB pelo indivíduo o fato de ter educação superior (variável individual) e estar em uma das regiões do país que o avaliam mal (variável ecológica). Todos os outros fatores predisponem à boa avaliação, conforme coeficientes expressos na tabela posta acima. O modelo de regressão ordinal logística O-LOGIT é adequado, e o PMMB é, dados todos os parâmetros probabilísticos, bem avaliado pelos usuários.

DISCUSSÃO

Analisando o perfil dos respondentes, é possível perceber que o Programa tem conseguido atingir um dos seus objetivos, que era o de prover médicos para os locais onde a população estivesse em situação de maior vulnerabilidade social (Brasil, 2013). A maioria é formada por mulheres com filhos, de nível fundamental, com renda de até 2 salários mínimos. Percebe-se que pertencem aos segmentos mais vulneráveis da população, com baixa renda e baixa escolaridade, e são do sexo feminino.

Esse é também o perfil de maior aprovação do Programa no conjunto da amostra. São pessoas com renda familiar não superior a um salário mínimo e que, coerentemente, têm o perfil de Cadastro Único do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). São majoritariamente mulheres com filhos, que não se identificam como de cor branca e têm idade que varia entre 25 e 39 anos, com instrução não maior que o ensino fundamental, e que se enquadram nas categorias ocupacionais de trabalhadora rural, autônoma ou dona de casa. Entre as mulheres, aquelas que se passaram pela condição de gestante tendem a apresentar uma avaliação ainda mais positiva que a média. Informa-se que a altíssima qualidade do atendimento de gestantes em Cuba certamente tem relação com os resultados da avaliação das

brasileiras gestantes. Além disso, constatou-se que a frequência com que o usuário é atendido nas UBS aumenta a avaliação positiva do PMMB. E, certamente, pelo seu estado, as gestantes são aquelas que, com mais frequência, são atendidas, em função da necessidade de realizar o pré-natal.

As parcelas da população caracterizadas por mais baixa eficácia política interna (Craig; Niemi; Silver, 1990) e *lócus* de controle predominantemente externo (Anderson, 1977) revelam a tendência a avaliar mais positivamente o PMMB que suas contrapartes. No primeiro caso, o conceito se aplica aos indivíduos que não se sentem em condições de interferir no sistema político, ou de defender seus próprios interesses, percebendo-se mais como clientes passivos do sistema político do que como protagonistas. No segundo caso, a literatura designa como indivíduos de *lócus* de controle externo aqueles que tendem a acreditar que a realidade de sua vida resulta da ação de terceiros, ou de fatores externos à sua capacidade de influência. Nos dois casos, tem-se a caracterização de uma condição de vulnerabilidade social, que é a percepção, pelo indivíduo, de que lhe faltam condições de prover suas necessidades por si mesmo. Tal condição corresponde também aos níveis mais altos de aprovação do PMMB. Baixa eficácia política interna, e predominância do *lócus* de controle externo se veem mais frequentemente entre os indivíduos mais pobres, do sexo feminino, não brancos, menos escolarizados e que têm ocupação de mais baixo *status* social e econômico (Silva, 2013).

A distribuição das avaliações que acompanham a condição de vulnerabilidade social dos indivíduos pode indicar tanto a precisa focalização do Programa, que conseguiu êxito em satisfazer o seu público, visando, precisamente, àquelas comunidades que mais precisam do serviço público de Saúde (Cohen; Franco, 1993), como também o baixo grau de expectativa desse mesmo público, socialmente mais vulnerável, quanto ao provisionamento dos serviços. De fato, em apoio a essa hipótese,

a literatura revela que, em situação de baixa expectativa quanto a uma rotina, um produto ou um serviço, a tendência do usuário desse mesmo benefício é introduzir um viés positivo em sua avaliação (Vroom, 1964).

Para os serviços prestados pelo SUS de assistência à saúde, o aumento do número de médicos foi a melhoria indicada com maior frequência, seguida pela redução do tempo para marcar consultas ou para ser atendido. Isso é consistente com os principais problemas indicados: falta de médicos e demora no atendimento. Esses achados sugerem que a população almeja um acesso mais fácil, rápido e oportunamente aos serviços. Contudo, quando comparadas as avaliações sobre o Programa entre as comunidades assistidas e não assistidas, percebe-se que ele era mais bem avaliado entre aqueles que já estavam sendo beneficiados. Esse tipo de diferença na avaliação é percebido, também, nas pesquisas que avaliam o Sistema Único de Saúde. No SUS, aqueles que utilizaram os serviços tendem a avaliar melhor do que aqueles que não o utilizaram.

A proporção de avaliações positivas dos serviços públicos de saúde prestados pelo SUS foi maior entre os entrevistados que haviam utilizado um dos serviços pesquisados ou acompanhado algum familiar na utilização desses serviços, pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Ou seja, ao que parece, as pessoas que utilizam os serviços prestados pelo SUS têm uma percepção melhor a seu respeito do que aquelas que não os utilizam (Piola et al., 2011). Nos dois casos, na pesquisa sobre o SUS e sobre o PMMB, essa diferença na avaliação, entre quem é usuário e quem não é usuário, parece indicar que, no primeiro caso, a sua experiência pessoal na utilização do serviço é levada em consideração na avaliação, enquanto os não usuários estão mais suscetíveis a informações de fontes externas, como a mídia, por exemplo, na construção da sua percepção. O PMMB recebeu uma cobertura significativa dos meios de comunicação. Inicialmente, a mídia adotou posturas bastante críticas, dando

maior destaque ao posicionamento de entidades médicas brasileiras, contrárias ao Programa (Carvalho, 2014).

Os achados sobre a melhora na qualidade do atendimento, com referência a uma maior atenção dada ao paciente pelo médico, bem como, às consultas com maior tempo de duração, são corroborados por outros estudos do tipo qualitativo realizados com usuários do Programa. “Introduzidos nesse contexto de comparações, os participantes acreditam que os médicos bolsistas estrangeiros são profissionais ‘especiais’ devido ao tratamento que dispensam aos pacientes, mais disponíveis e humanizados” (Melo; Baião; Costa, 2016, p. 1308). Para o autor, também nessa pesquisa, a relação entre médico e usuário igualmente despontou como questão central. Os entrevistados informaram que se sentiam acolhidos e encorajados a participar ativamente das consultas médicas. Além disso, de forma geral, revelaram-se satisfeitos, elogiando atitudes do médico, como olhar no rosto e dar oportunidade para falar (Silva et al., 2016).

Outra pesquisa quantitativa nacional, realizada apenas em municípios com 20% de extrema pobreza, chegou praticamente ao mesmo percentual de satisfação com o médico por parte dos usuários. Nesse caso, 94,6% declararam o estado de satisfação como bom e muito bom, enquanto, na presente pesquisa, 94% declararam-se satisfeitos ou muito satisfeitos (Comes et al., 2016). Identificou-se que o alto nível de satisfação se devia, em grande medida, à forma mais humanizada de atendimento do médico. Dos dados obtidos das perguntas abertas, os principais comentários centraram-se no bom atendimento dos médicos. Em segundo lugar, dentre os argumentos que justificam a alta satisfação geral, foi indicado o fato de não haver médico antes do PMMB, o que os obrigava a realizar deslocamentos para outros municípios. Outros usuários sustentaram suas respostas com comentários positivos sobre a postura ou atitude dos médicos, que foram descritos como sempre “sorridentes, aten-

ciosos, humildes e educados”. Outro conjunto de usuários avalia favoravelmente a sua vivência dentro da consulta, seja no consultório ou no domicílio, apontando para o fato de que foram bem tratados, que se sentiram considerados, que os médicos se interessavam sobre a sua vida. Como frase que ilustra boa parte dos depoimentos, um usuário manifestou que “[...] eles nos tocam e não têm nojo da gente” (Comes et al., 2016, p. 2754).

Dos itens avaliados neste artigo, a partir dos dados descritivos e inferenciais, tiveram maior destaque – por revelarem melhoria em relação aos anteriores – os que se referem ao momento do atendimento, que dependem de características inerentes ao médico: a qualidade do atendimento, a duração da consulta, o esclarecimento sobre o problema de saúde, o conhecimento do médico sobre o problema de saúde apresentado, a experiência do médico, a resolução do problema durante a consulta. É possível perceber que as comunidades assistidas estão mais satisfeitas e avaliam melhor o médico do Programa, quando comparadas às comunidades não assistidas, mas também atendidas por médicos que não participavam do Programa. Os dados sugerem ainda que a forma como os médicos do Programa tratavam os pacientes pode ter influenciado nessa maior satisfação dos usuários com o atendimento.

Como era permitida a participação de médicos estrangeiros no Programa, uma das preocupações dizia respeito à língua, ou seja, o grau de dificuldade dos usuários para entenderem o profissional. Essa questão suscitou um debate sobre as barreiras que a língua poderia trazer para o atendimento (Caramelli, 2013). Mesmo com um percentual maior dos usuários que revelaram dificuldade, a maior satisfação com o médico do Programa indica que essa não foi uma questão que obstaculizou o atendimento, o que corrobora o achado das pesquisas qualitativas realizadas por Melo, Baião e Costa (2016, p. 1308) com usuários: “[...] apesar de os participantes reconhecerem a questão da comunicação com o médico estrangeiro como

uma limitação do programa, a mesma não se configura como um impedimento".

Em pesquisa qualitativa realizada com usuários em Mossoró, no Estado do Rio Grande do Norte (Silva et al., 2016), ficou claro que as estratégias adotadas pelo médico e pela equipe para melhorar a compreensão da língua pelo paciente foram bem-sucedidas:

Observou-se que o fato de os médicos serem oriundos de países que não adotam o português como língua oficial não se configurou como impedimento à interação entre os sujeitos, ante o emprego de estratégias comunicacionais, como linguagem não verbal, fala pausada e repetida e auxílio de outros profissionais na transmissão das mensagens (Silva et al., 2016, p. 2867).

Em nossa pesquisa sobre a satisfação com o PMMB, a disponibilidade de medicamentos foi o item com pior avaliação: apenas 46% nas comunidades assistidas e 43% nas comunidades não assistidas avaliaram a disponibilidade dos medicamentos como ótima ou boa. A oferta de materiais de primeiros socorros também foi um dos itens com pior avaliação, na frente apenas da disponibilidade de medicamentos, indicando que os maiores problemas da UBS estão mais relacionados aos insumos para a prestação do serviço médico do que à estrutura física em si.

Do exposto, destaca-se a avaliação positiva do Programa em toda a extensão da amostra, devido aos recortes possibilitados pelas questões de identificação do perfil do respondente. A maior satisfação está claramente relacionada com os usuários de baixa renda e do perfil de Cadastro Único. Tal aprovação, contudo, não foi uniforme: embora haja nichos da população nos quais o Programa é especialmente bem avaliado, há outros, contudo, minoritários e, ainda assim, bem configurados, nos quais o Programa pode melhorar a sua avaliação.

Sobressai a localização de avaliação negativa em indivíduos e situações específicas entre os segmentos representados de usuários. Cabe destacar, entre os atributos pessoais, que indivíduos com escolaridade superior, pro-

fissionais liberais, com renda familiar maior que cinco salários mínimos e que se autodeclararam brancos tendem a ter uma avaliação menos positiva do PMMB. Em termos ecológicos, esses entrevistados se localizavam, majoritariamente, em municípios da Região Sul do Brasil. Os jovens mais escolarizados também são os mais críticos ao programa.

Algumas medidas podem ser proeminentes para populações específicas, com base em raça, cor e etnia. Como é evidente, em função da enorme desigualdade social e racial no Brasil, a cor branca está associada a mais anos de educação e maior renda familiar. Maior escolaridade e renda são dois atributos que posicionam os indivíduos nas classes médias. As classes têm percepções diferentes dos serviços públicos de saúde e expectativas também distintas quanto a esses serviços. A caracterização da posição social das pessoas, mediante indicadores empíricos, admitiu estabelecer a existência da desigualdade de classe em saúde. Em relação à conexão entre classe social e saúde Witt (1967), desde a década dos anos sessenta, já evidenciava alguns trabalhos realizados no campo da saúde, nos quais era observada a influência de forças sociais tanto no comportamento da população quanto na conduta do médico, que comprometiam algumas atividades relacionadas com a saúde. Segundo Santos (2011, p. 30),

a invariância das desigualdades em saúde – quanto pior a posição social, tanto pior a saúde – mantém-se verdadeira mesmo nos países mais avançados. A padronização das desigualdades observadas é usualmente bastante clara e a dimensão das desigualdades absolutas é frequentemente ampla.

Testes de regressão em prova e contra-prova atestaram a adequação desse diagnóstico e, sobretudo, demonstraram a centralidade da figura do médico para a avaliação positiva do *Mais Médicos*. Embora tal constatação seja evidente, importa ainda reiterar que a comunicação com o usuário deve propiciar fácil entendimento – um elemento fundamental do *rappor* é a qualidade da comunicação –, principalmente

ao se considerar que a maioria que recebe os médicos possui baixa escolaridade. Trata de um público majoritariamente feminino e com filhos, cujo principal meio utilizado para se manter informado é a televisão (resultado respaldado por outras pesquisas com essa população).

Cumpre, assim, destacar que o profissional médico, sua atuação e seu relacionamento com o paciente usuário, é o principal determinante no sucesso ou insucesso do programa.¹³ Sua simples presença na UBS, sem dúvida, já é um ganho. A propósito, o acesso ao médico é o objetivo original do *Mais Médicos*. Entretanto, se, além do acesso, a população recebe do médico seu interesse e sua disponibilidade, o impacto no grau de satisfação é muito grande. A satisfação com o atendimento do médico resume, muitas vezes, a satisfação com o *Mais Médicos*.

CONCLUSÃO

No Brasil, o acesso à saúde pública é um direito de todos os cidadãos desde que foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Mas, em regiões periféricas e distantes dos grandes centros urbanos, ainda é muito difícil encontrar médicos e equipes completas nas UBS. As experiências para atrair profissionais para as regiões remotas do país e para a interiorização do atendimento médico ocorreram desde a ditadura militar, com o Projeto Rondon, em 1968. O governo Fernando Henrique Cardoso também fez um programa para isso. Contudo, as políticas públicas lidaram com diferentes desafios para atrair e fixar os médicos no interior do país: falta de programas de educação continuada, pressão do mercado de trabalho, que valoriza o médico especialista, condições difíceis de trabalho no serviço público nos municípios. O *Mais Médicos* foi o programa mais exitoso, dentre os demais, em relação

¹³ Cabe destacar, aqui, que o critério considerado – isto é, a variável dependente dos modelos de prova e contraprova – é a satisfação do paciente. Não há medidas objetivas sobre erro diagnóstico ou procedimentos clínicos inadequados, por exemplo.

aos ensaios antecedentes de interiorização do atendimento médico e expansão do ensino da medicina. Em apenas cinco anos do PMMB, foram abertas mais de 18 mil vagas para médicos em cidades que sofriam com a escassez desses profissionais. Além disso, foram criadas mais de 11 mil vagas em cursos de medicina, sendo 65% delas no interior do país.

Ao longo dos últimos anos, o SUS brasileiro vem sendo reestruturado, com ações que priorizam a atenção básica. As iniciativas empreendidas propõem-se a diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão expostos. O *Mais Médicos* foi, em seu início, um Programa muito bem avaliado pelos diversos atores envolvidos, atingindo uma elevada nota média e obtendo alto grau de satisfação por parte dos usuários assistidos. Nesse sentido, representa um grande avanço na área da Saúde, que é considerada pela população como prioritária e cujo problema mais urgente era a falta de médicos. Considerando-se variáveis ambientais (ligadas ao contexto social e espacial da avaliação) e institucionais (decorrentes de fatores de gestão do Programa), viu-se que o PMMB é especialmente bem avaliado nas UBS já atendidas por ele. Ressalta-se, então, que isso é um fator muito importante para o entendimento de que o Programa pode ser ampliado entre as comunidades de mesmo perfil, com risco baixo de reprovação ou de subutilização dos serviços.

O Programa foi alvo de diversas críticas no seu início, várias delas provenientes da classe médica, sobretudo em relação à participação dos médicos intercambistas cooperados (cubanos), o que gerou receio por parte da opinião pública em relação ao PMMB. Este estudo demonstra que o funcionamento do *Mais Médicos* invalidou muitas dessas críticas, sobretudo dirigidas aos médicos estrangeiros – baixa qualificação, dificuldade com linguagem etc. – que não encontraram respaldo nas opiniões das comunidades onde se desenvolveu a pesquisa. Seus resultados mostram a capacidade dos intercambistas cooperados de superarem esses

obstáculos e mostrarem a qualidade do serviço oferecido. Isso não significa que todos os médicos sejam bem avaliados, mas que, no geral, eles são muito bem avaliados pelos usuários.

Os resultados efetivos do Programa, a satisfação da população e o reconhecimento dos médicos desmistificam eventuais críticas, e abrem caminhos para o aperfeiçoamento e ampliação do *Mais Médicos*. É importante fazer desses médicos os porta-vozes do sucesso do Programa, além da apresentação de indicadores objetivos, para que a opinião pública, em geral, passe a valorizá-lo, com repercussão na percepção do seu impacto na melhoria da Saúde em geral.

É fundamental destacar que o médico, sua atuação e seu relacionamento com o paciente, é quem dá a “cara” ao Programa. Sua simples presença na UBS, sem dúvida, já é um ganho; a propósito, o acesso ao médico é o objetivo original do *Mais Médicos*. Entretanto, se, além do acesso, a população recebe do médico seu interesse e sua disponibilidade, o impacto no grau de satisfação é muito grande. Por isso, seria importante divulgar a satisfação das comunidades com os profissionais que fazem parte do *Mais Médicos*, o que pode ajudar a melhorar o diálogo com essa categoria profissional, especialmente se puder demonstrar uma preocupação não apenas em levar os médicos para a comunidade, mas de dar a eles condições de trabalho, o que é uma das principais reivindicações dessa categoria.

A análise da avaliação e satisfação das comunidades se deu primeiramente com a verificação morfológica das variáveis explicadas (de avaliação) e explicativas (de atributos), propondo-se a verificar a distribuição das médias de avaliação nos mais diferentes nichos da população. Tomou-se o cuidado de examinar separadamente as variáveis que tratavam de atributos individuais e as que traziam atributos da comunidade (variáveis ecológicas). Verificou-se especial aprovação em municípios da região Nordeste do Brasil, com, pelo menos, 20% da população vivendo em condição de

pobreza. Em sua experiência com o serviço público de saúde, o cidadão que mais bem avalia o PMMB tem recebido em domicílio visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e tem conseguido ser atendido pelo médico da UBS sem ter que esperar em filas. Além disso, também tem sucesso quando precisa ser atendido pelo especialista, uma vez encaminhado pelo médico da Unidade de Saúde, e também relata que a UBS que frequenta ficou um tempo sem médico antes do médico que atende agora.

Ora, a conjunção dos fatores indicados entre os itens acima enumerados sinaliza que outros elementos de saúde pública também potencializam a satisfação do cidadão com o Programa, sendo relevantes, nesse quadro, os serviços prestados pelos ACS, a redução no tempo médio de espera nos atendimentos, a integração do atendimento de baixa complexidade com as redes de média e alta complexidade – nas quais atendem os médicos especialistas – e a manutenção dos serviços médicos nas Unidades Básicas de Saúde.

Apesar dessa avaliação bastante positiva, o *Mais Médicos* possui alguns pontos que precisam ser aprimorados e alguns desafios futuros. Embora as vulnerabilidades identificadas não causem grande impacto na avaliação do Programa, as que se destacam são: a dificuldade de acesso ao medicamento e as condições de infraestrutura das UBS. Por outro lado, há um claro corte entre as classes sociais na satisfação com essa política. Os mais ricos tendem a uma avaliação muito mais negativa do sucesso do programa na UBS que os mais pobres. Eles também avaliam mais negativamente que os mais pobres os médicos e seu trabalho, bem como os serviços de farmácia. Os mais escolarizados são mais críticos quanto à estrutura física da UBS que os menos escolarizados.

Embora evidente, importa reiterar que a comunicação com o usuário deve ser de fácil entendimento, considerando que a maioria que vai receber a mensagem possui baixa escolarização. Além disso, deve-se ressaltar que se trata de um público majoritariamente femini-

no e com filhos, cujo principal meio utilizado para se manter informado é a televisão (resultado respaldado por outras pesquisas com população). Por outro lado, o público mais crítico ao Programa são os jovens e os mais escolarizados. Nesse sentido, é interessante pensar numa linha de comunicação e veículos mais adequados para esses segmentos.

Contudo as entrevistas com a população evidenciaram, de forma inicial (até pela metodologia com uso de questionário semiestruturado), o potencial do Programa para a reconstrução do conceito da atenção básica pelo usuário e a confiança no serviço. Ao reestruturar a forma como são alocados os profissionais e transformar a lógica de formação médica, o PMM coloca a provisão de médicos para a APS no centro do debate político em saúde do país, além de ser uma estratégia fundamental para a superação das injustiças sociais e das desigualdades regionais no Brasil (Barbosa et al., 2018).

O desafio para o futuro é manter esse padrão *Mais Médicos* de qualidade no atendimento, mesmo com as mudanças já esperadas para o Programa, como a expansão de médicos com perfil diferente daqueles que majoritariamente faziam parte do início do Programa, a ampliação dos médicos do CRM – Brasil e a redução dos intercambistas cooperados, que possuíam extensa experiência e especialização na atenção primária.

Recebido para publicação em 05 de agosto de 2017
Aceito em 15 de março de 2019

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, C. R. Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: a longitudinal study. *Journal of applied Psychology*, v. 62, n. 4, p. 446-451, sept. 1977.
- ARRETCHÉ, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1998.
- BARBOSA, A. C. Q. et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. *Rev. Panam. Salud. Pública*, v. 42, p. 1-8, 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49564>>. Acesso em: 15 dez. 2018.
- BRASIL. Medida Provisória n. 621, de 9 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 jul. 2013. Seção 1.
- _____. *Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 15.
- CAMPBELL, D.; STANLEY, J. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand-McNally, 1963.
- CARAMELLI, B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. *Revista da Associação médica brasileira*, v. 59, n. 5, p. 407-408, 2013. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.08.001>>. Acesso em: 12 maio 2018.
- CARVALHO, F. C. de. A consolidação do Programa Mais Médicos na opinião pública e na cobertura jornalística. In: CONGRESSO DE CIÉNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUL, 15., 2014, Palhoça. *Anais...* Palhoça: [S.n.], 2014. Disponível em: <<http://www.portalintercom.org.br/anais/sul2014/resumos/R40-0325-1.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2018.
- COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes, 1993.
- COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciéncia & saúde coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.
- CRAIG, S. C.; NIEMI, R. G.; SILVER, G. E. Political efficacy and trust: a report on the NES pilot study items. *Political Behavior*, [S.I], n. 3, p. 289-314, 1990.
- GREENE, W. H. *Econometric analysis*. 6. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2008.
- GUJARATI, D. *Econometria básica*. São Paulo: Makron books, 2000.
- MELO, C. de F.; BAIÃO, D. C.; COSTA, M. C. A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos. *Revista eletrônica gestão & sociedade*, v. 10, n. 26, p. 1302-1312, maio/ago. 2016. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2087>>. Acesso em: 10 maio 2017.
- MENICUCCI, T. A relação entre o público-privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional. Santiago: CEPAL, 2014. (Série Política social, n. 196).
- _____. O Programa Mais Médicos no âmbito da política de saúde no Brasil. In: TELLES, H. (Org.). *Mais Médicos: vozes dos atores e impactos do programa*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019. No prelo.
- _____; MARQUES, A. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 59, p. 823-865, jul./set. 2016.
- MINAYO, M. C.; SOUZA, L. G. Pesquisas sobre o Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciéncia & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, set. 2016.
- PIOLA, S. F. et al. Percepção social sobre a saúde do Brasil. In: SCHIAVINATTO, F. (Org.). *Sistema de indicadores de percepção social (SIPS)*. Brasília: Ipea, 2011. p. 88.
- RAGIN, C. *The Comparative method: moving beyond qualitative and quantitative strategies*. Berkeley: University of California Press, 1987.
- RUA, M. das G. *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. Washington: Indes: BID, 1997. Mimeografado.
- SANTOS, J. A. F. Classe social e desigualdade no Brasil. *RBCS*, v. 26, n. 75, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsc/v26n75/02.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2018.
- SILVA, A. L. A. da. *Atitude política e migração de retorno*

para o Nordeste do Brasil: adaptação, racionalidade e inovação. 2013. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

SILVA, T. R. B. da et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. *Ciência & Saúde coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2861-2869, 2016.

TASCA, R. Entrevista: avaliação de impactos do Programa Mais Médicos: como medir os resultados? Entrevista concedida a Raquel Abrantes Pêgo. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n. 9, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2917.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

TELLES, H. Mais médicos. In: CONGRESSO ABRASCO, 11., 2015, Goiânia. *Anais...* Goiânia: [S.n.], 2015.

_____. (Org.). *Mais Médicos: vozes dos atores e impactos do programa*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019. No prelo.

_____; STORNI, T. P.; MELO, P. V. A voz dos médicos. In: _____. (Org.). *Mais Médicos: vozes dos atores e impactos do programa*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019. No prelo.

TOBIN, J. Estimation of relationships for limited dependent variables. *Econometrica*, v. 26, n. 1, p. 24-36, 1958. Disponível em: <<http://cowles.yale.edu/sites/default/files/files/pub/d00/d0003-r.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

VROOM, V. H. *Work and motivation*. New Jersey: John Wiley & Sons, 1964.

WITT, A. Saúde pública e o problema de classificação social. *Rev. Saúde pública*, São Paulo, v. 1, n. 2, dez. 1967. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101967000200004>. Acesso em: 14 dez. 2018.

PROGRAMA MAIS MÉDICOS DO BRASIL: the centrality of the doctor-patient relationship for satisfaction with the program

Helcimara Telles
Arthur Leandro Alves da Silva
Camila Arruda Vidal Bastos

The article examined the factors associated with the satisfaction of the communities served by the Mais Médicos Program (PMMB), based on quantitative research carried out by the Ministry of Health and the Federal University of Minas Gerais in 2014, the year in which this program started. The approach occurred through face-to-face interviews, conducted with samples of users and non-users and residents in municipalities registered, but not yet covered. The interviews were carried out in more than 700 cities, segmented into 7 subgroups according to the criteria: 20% of poverty, capital, G100, low income and high economic vulnerability, the metropolitan, quilombolas, special indigenous sanitary district (DSEI) and other locations, totaling more than 18,000 informants. For the analysis of the variables related to evaluation of *Mais Médicos*, were elaborated descriptive statistics and inferences. Demonstrates, in the initial phase of the program, the majority presence of doctors cooperated (Cubans), the high experience of professionals involved with the basic attention to health, the good quality of medical care and your more Humanized, with the decisive relation between doctor and user to the positive assessment of the program.. It is concluded that the *Mais Médicos* reached the goals of bringing service to the municipalities of high social vulnerability, where there was still no doctors or your number was small, and that the program has potential for the reconstruction of the concept of the basic attention to health.

PROGRAMME MAIS MÉDICOS DO BRASIL: la centralité de relation médecin-patient pour la satisfaction du programme

Helcimara Telles
Arthur Leandro Alves da Silva
Camila Arruda Vidal Bastos

L'article examine les facteurs associés à la satisfaction des communautés desservies par le "Programma Mais Médicos do Brasil" (PMMB), sur la base d'une recherche quantitative réalisée par le ministère de la Santé et l'Université Fédérale de Minas Gerais (UFMG) en 2014, année d'initiation de ce programme. L'abordage a été réalisée au moyen des interviews en personne, réalisés avec des échantillons d'utilisateurs et de non-utilisateurs de ce programme et de résidents, dans les villes desservies et dans ces qui sont inscrites, mais ne sont pas encore visées. Les interviews ont été réalisées dans plus de 700 villes et villages, ont été segmentées en 7 sous-groupes par les critères suivants: 20% de pauvreté, la capitale familiale, G100, un faible revenu et une grande vulnérabilité économique, région métropolitaine, quilombolas, District Sanitaire Spécial Autochtone (DSEI), ils totalisant plus de 18 000 informateurs. Pour l'analyse des variables liées à l'évaluation de Mais Médicos ont été élaborées des statistiques descriptives et inférentielles. Dans le début du programme, il y a une présence majoritaire de médecins en échange coopératif (cubains), la grande expérience des professionnels impliqués dans l'attention de base à la santé, la bonne qualité des services médicaux et leur forme plus humanisée, ce qui détermine l'évaluation positive du programme c'est principalement la relation entre le médecin et le patient. Nous concluons que le programme Mais Médicos a atteint l'objectif de prendre en charge les villes de forte vulnérabilité sociale, où ils n'y avait pas de médecins ou le nombre était faible, et que le programme pouvait potentiellement reconstruire le concept de attention à la santé primaires.

KEYWORDS: Public policy. Mais Médicos Program. Basic care. Communities.

MOTS-CLÉS: Politique publique. Programma Mais Médicos. Attention basique. Communautés.

Helcimara Telles – Doutora em Ciência Política com estágio pós-doutoral nas universidades de Salamanca e Complutense de Madrid. Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenou a avaliação nacional com comunidades assistidas e não assistidas, médicos e gestores do Programa Mais Médicos do Brasil. Diretora da Regional Sudeste da Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP). Principais publicações: *Mais médicos: vozes dos atores e impactos do programa*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019 (No prelo); LAVAREDA, Antonio; TELLES, Helcimara de Souza (Org.). *A lógica das eleições municipais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2016. v. 1, 420p.; TELLES, Helcimara de Souza; LAVAREDA, Antonio (Org.). *Voto e estratégias de comunicação política na América Latina*. Curitiba: Appris, 2015. v. 1, 280p.

Arthur Leandro Alves da Silva – Doutor em Ciência Política. Professor-Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPE e pesquisador do Grupo Opinião Pública da UFMG.

Camila Arruda Vidal Bastos – Mestre em Ciência Política pela Universidade Federal de Pernambuco, desenvolveu pesquisas na área de Sociologia, Opinião Pública. Já trabalhou com temas relacionados ao Sistema de Justiça e Opinião Pública. Atualmente trabalha como Psicanalista Clínica.