

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

Programa Mais Médicos: a radiografia de seus entraves e potencialidades

More Doctors Program: the radiography of its obstacles and potentialities

Programa Más Médicos: una radiografía de sus obstáculos y potencialidades

Darli Chahine Baião¹ & Cynthia de Freitas Melo²

¹ Universidade de Fortaleza. Email: darlibaiao@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4548-2205>

² Universidade de Fortaleza. Email: cf.melo@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3162-7300>

RESUMO

O Programa Mais Médicos foi criado para amenizar a falta de médicos no país e é alvo de opiniões divergentes, necessitando de análise. Objetivou-se avaliar o programa a partir das atitudes dos médicos e criar um instrumento psicometricamente válido. Trata-se de uma pesquisa multimétodo, em duas fases. Na primeira, realizaram-se entrevistas com 10 médicos, utilizando roteiros semiestruturados, com dados compreendidos por análise de conteúdo. Na segunda, contou-se com uma amostra não probabilística nacional composta por 377 médicos que responderam à escala construída, com dados analisados por meio de estatística descritiva e multivariada. Os resultados identificaram que a eficácia geral do programa é positiva. Avaliou-se positivamente a gestão municipal, bolsa e benefícios, o processo de implementação e a participação dos médicos estrangeiros; e negativamente o treinamento e as condições de trabalho. Conclui-se a necessidade de revisão dos entraves na operacionalização do programa.

PALAVRAS-CHAVE:

Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Médicos; Acesso aos Serviços de Saúde; Medidas de Atitude.

ABSTRACT

The More Doctors Program was created to alleviate the shortage of doctors in the country and is subject to divergent opinions, needing analysis. The objective was to evaluate the program based on the attitudes of physicians and to create a psychometrically valid instrument. A multi-method research was carried out in two phases. In the first, interviews were conducted with 10 doctors, using semi-structured scripts, with data comprised by content analysis. In the second, there was a national non-probabilistic sample composed of 377 physicians, who answered the constructed scale, with data analyzed by descriptive and multivariate statistics. The results identified that the overall effectiveness of the program is positive. The municipal management, scholarship and benefits, the implementation process and the participation of foreign doctors were positively evaluated. Training and working conditions were negatively evaluated. It concludes the need to review the obstacles in the operationalization of the program.

KEYWORDS:

Program Evaluation; Primary Health Care; Physicians; Health Services Accessibility; Attitude Measures.

RESUMEN

El Programa Más Médicos fue creado para aliviar la escasez de médicos en el país y es objeto de diferentes opiniones, que requieren análisis. El objetivo era evaluar el programa con base en las actitudes de los médicos y crear un instrumento psicométricamente válido. La investigación de métodos múltiples se llevó a cabo en dos fases. En la primera, se realizaron entrevistas con 10 médicos, utilizando entrevistas semi estructuradas, que fueron comprendidas con el Análisis de Contenido. En la segunda, hubo una muestra nacional no probabilística compuesta por 377 médicos que respondieron a la escala construida, siendo los datos analizados por medio de estadística descriptiva y multivariada. Los resultados identificaron que la efectividad general del programa es positiva. La gestión municipal, los beneficios, el proceso de implementación y la participación de médicos extranjeros fueron evaluados positivamente. La capacitación y las condiciones de trabajo fueron evaluadas negativamente. Se concluye la necesidad de revisar los obstáculos en la operacionalización del programa.

PALABRAS CLAVE:

Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Atención Primaria de Salud; Doctores; Acceso a Servicios de Salud; Mediciones de Actitud.

Informações do Artigo:

Cynthia de Freitas Melo
cf.melo@yahoo.com.br

Recebido em: 17/01/2020
Aceito em: 07/05/2020

O Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como um modelo de atenção à saúde com base teórica ideal, mas que apresenta divergências na sua realidade operacional devido às diversas dificuldades existentes no cotidiano dos seus serviços. Um dos maiores obstáculos vivenciados e denunciados pela população é a falta e má distribuição dos profissionais médicos atuantes na Atenção Básica (Oliveira et al., 2015).

Para mitigar esse problema, algumas estratégias de caráter emergencial foram criadas pelo Governo Federal, em parceria com o Ministério da Saúde (MS), com o intuito de atrair médicos para a Atenção Básica do SUS, em especial, para as localidades com maior vulnerabilidade social. Entre essas ações, destaca-se a criação do “Programa Mais Médicos” (PMM), regulamentado pela Lei nº 12.871 (2013), que integra um amplo projeto demarcado por três grandes dimensões centrais, com a finalidade minimizar os problemas existentes na Atenção Básica: (1) Ampliação e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS); (2) Reorientação da formação para o SUS; e, prioritariamente, (3) O provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros para atuar na Atenção Básica de municípios menos favorecidos socialmente e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Na última dimensão, pretende-se amenizar os problemas existentes na Atenção Básica relacionados à grande disparidade da proporção de médicos por habitantes, aumentando a quantidade desses profissionais e proporcionando sua melhor distribuição nas diferentes regiões do país.

Passados alguns anos de existência, o programa trouxe diversos benefícios, tais como a interferência do Ministério da Saúde na Atenção Básica, o aumento no número e melhor redistribuição de profissionais médicos atuantes e a mudança na formação médica (Campos & Pereira Júnior, 2016; Collar, Almeida Neto, & Ferla, 2015; Pereira, Silva, & Santos, 2015; Oliveira, Santos, & Shimizu, 2019). Existe, todavia, um cenário de posicionamentos controversos sobre o programa entre a população, os *experts* em saúde e, principalmente, os médicos (Costa, Melo, Maciel, & Santos, 2014; Storti, Oliveira, & Xavier, 2017). Entre os elementos que contribuem para esse cenário, estão: o viés político do programa, criado para fortalecimento de campanha eleitoral e revisto a cada nova gestão; a inclusão de médicos estrangeiros sem a necessidade de revalidação de diploma; a forma de criação e implementação, sem diálogo com os médicos ou órgãos responsáveis pela categoria; e a interferência na pontuação das seleções de residência médica (Campos & Pereira Júnior, 2016; Melo, Baião, & Rodrigues, 2016; Ribeiro, 2015). Surgem também críticas à qualificação e língua dos médicos estrangeiros (Caramelli, 2013), condições de trabalho na Estratégia Saúde da Família e insuficiência no acompanhamento e supervisão dos médicos (Castro, 2015).

Nesse contexto de divergências de opiniões, baixa produção de literatura sobre avaliação do PMM (Melo, Baião, & Costa, 2016; Kemper, Mendonça, & Sousa, 2016; Medina, Almeida, Lima, Moura, & Giovanella, 2018) e até de seu desconhecimento entre alguns médicos (Villa Real, Succi, Montalli, & Succi, 2017), as pesquisas de avaliação de programas podem ser úteis por detectarem seus entraves e pela potencialidade de oferecer *feedback* a gestores, profissionais e usuários sobre a implementação, processo e resultados alcançados. A partir dessas informações, pode-se obter subsídios para auxiliar e direcionar as futuras decisões sobre sua reformulação ou até exclusão (Melo, Costa, & Magalhães, 2017).

Destaca-se, todavia, que a maioria das pesquisas de avaliação dos programas contempla apenas os seus resultados a partir da perspectiva dos usuários. Um reducionismo que não permite compreender toda a complexidade das variáveis que influenciam o programa. Defende-se, então, a importância de avaliar o PMM a partir da perspectiva dos profissionais, que são os seus agentes implementadores, aqueles que possuem o poder de modificá-lo e os que conhecem as limitações e potencialidades das condições de trabalho e oferta de serviços (Melo, Alchieri, & Araújo Neto, 2012).

Uma atividade que pode ser realizada de forma multidisciplinar, inclusive pelos psicólogos que, embora ainda tenham pouco interesse em incluir em suas práticas a avaliação de políticas públicas, são conhecedores de conteúdos sobre crenças coletivas, psicometria, entre outras ferramentas fundamentais para esse tipo de trabalho (Melo, Alchieri, Magalhães, & Araújo Neto, 2017). Dentro do amplo arcabouço teórico, a presente pesquisa utiliza a teoria da atitude, considerada um dos construtos básicos da Psicologia Social (Bem, 1973; Rokeach, 1981).

Tal teoria está integrada à cognição social, que reconhece que, por meio do processo de socialização, as pessoas coletam informações, sintetizando cognitivamente estímulos internos e externos e criando impressões sobre si mesmo e o seu mundo (Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2009). Essas impressões formam um sistema cognitivo funcionalmente integrado e interdependente, composto por valores, atitudes e crenças (Krüger, 2004; Rokeach, 1981).

As atitudes possuem uma organização duradoura de cognições, baseadas em quatro atividades do homem: pensar, sentir, comportar-se e interagir com os outros (Bem, 1973). Com base em um modelo tridimensional, as atitudes são formadas por três componentes distintos: o cognitivo, relacionado ao conhecimento que se tem do objeto social; o afetivo, referente aos sentimentos direcionados a ele, possuindo forte caráter avaliativo; e o comportamental, relativo à intenção de comportamento (Fishbein & Ajzen, 1975).

A partir do entrelaçamento desses componentes, as atitudes são caracterizadas como posicionamentos pró ou contra pessoas, coisas ou instituições, com quem indivíduos ou grupos entram em contato, podendo influenciar o comportamento humano (Rokeach, 1981). Por isso, podem ser consideradas importantes preditoras do comportamento manifesto humano. Embora essa relação não seja de causalidade linear, isto é, um comportamento deve ser entendido como resultante de múltiplas atitudes (Rodrigues et al., 2009), acredita-se que conhecer o que as pessoas pensam acerca de um determinado objeto social é importante para a compreensão de seus possíveis comportamentos e, conseqüentemente, dos argumentos que justificam as suas ações (Oliveira, 2010).

Além disso, as atitudes possuem uma forte função social que diz respeito à sua capacidade de fortalecimento da identidade social, do sentimento de pertença e de diferenciação grupal (Oliveira, 2010). Ou seja, os médicos constroem atitudes positivas ou negativas perante o PMM, a partir do contato direto ou indireto com o programa, e estas podem influenciar seu comportamento de aceitação, participação ou rejeição, repercutindo, inclusive, na atitude de outros médicos. Variáveis que, embora se refiram a fenômenos psicológicos não acessíveis à observação direta, podem ser inferidas e integrar hipóteses empíricas, pois são acessíveis à mensuração ainda que de forma indireta (Krüger, 2004).

Diante do exposto, conhecer as atitudes dos médicos em relação ao PMM é de suma relevância, na medida em que as atitudes se constituem como forma de compreensão de sua realidade e podem desencadear opiniões, sentimentos e comportamentos direcionados ao programa. Além disso, a partir da avaliação que os profissionais fazem do programa, é possível identificar seus aspectos positivos e negativos sob a ótica de seu principal ator social. Com essa meta, a presente pesquisa objetivou avaliar o Programa Mais Médicos (PMM)

em âmbito nacional, a partir das atitudes dos médicos, como também criar e apresentar evidências de validade psicométrica da “Escala de Atitudes dos médicos em relação ao Programa Mais Médicos” para instrumentalizar futuras pesquisas.

Método

Delineamento da Pesquisa

A presente pesquisa foi realizada em dois estudos. O Estudo 1, de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, ofereceu subsídios para a construção do instrumento que foi utilizado na fase seguinte. No Estudo 2, de abordagem quantitativa, realizou-se um levantamento nacional de avaliação do programa.

Amostra

Para o Estudo 1, contou-se com a participação de 10 médicos (cinco bolsistas ou ex-bolsistas do PMM e cinco que nunca participaram do PMM), dois por região do país (um bolsista e um não participante do programa), seguindo o critério de saturação. Teve como critérios de inclusão: ser médico, conhecer o programa e residir no Brasil, podendo ser de qualquer sexo ou idade. Justifica-se que a inclusão de médicos não participantes do programa na amostra é respaldada na teoria da atitude. Parte-se do pressuposto que as atitudes que os médicos possuem em relação ao PMM podem influenciar seu modo de pensar e agir, conduzindo-os a rejeitar ou não considerar o programa como uma opção de experiência profissional. Faz-se, portanto, igualmente importante reconhecer as atitudes dos médicos não bolsistas.

Para o Estudo 2, contou-se com uma amostra não probabilística parametrizada por cota de regiões do país, composta por 377 participantes, que representam a população médica brasileira de 435.000 médicos, com nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e grau de homogeneidade 80/20. Os médicos residiam no Brasil e representavam todas as regiões e estados do país. Entre os participantes que compõem a amostra, verificou-se que a maioria dos médicos era do sexo masculino (53,10%), nunca tinha participado do programa (59,20%), era da região Sudeste (43,50%), com atuação no interior (51,50%), com vínculo de trabalho (36,30%), brasileira (78,20%) e formada no Brasil (61,30%). A idade média era de 36,10 anos (DP = 10,66), com mínima de 23 anos e máxima de 80 anos. O tempo de formação era de 10,47 anos (DP = 10,91), com variação de 0 anos até 60 anos de formado.

Instrumentos

Para o Estudo 1, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado com 31 questões norteadoras, baseado em Costa et al. (2014). Totalizaram-se oito temáticas: (1) Motivação para entrada no PMM; (2) Processo de recrutamento e seleção; (3) Capacitação e supervisão dos bolsistas no PMM; (4) Atuação do bolsista em Estratégia Saúde da Família (ESF) e a gestão municipal; (5) Bolsa; (6) Implementação e objetivos; e (7) participação dos médicos estrangeiros.

Para o Estudo 2, utilizaram-se dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e a escala “Atitudes dos médicos frente ao Programa Mais Médicos”, desenvolvida neste estudo com parâmetros psicométricos adequados. A escala é composta por 29 itens organizados em um único fator, com alfa de Cronbach ótimo ($\alpha = 0,95$). As respostas são dadas com base em uma escala do tipo *likert* de seis pontos, com os seguintes extremos: 1= *Discordo totalmente* a 6 = *Concordo totalmente*. Ressalta-se que os itens dos dois instrumentos foram elaborados de acordo com a teoria das atitudes, tendo como foco o modo como os médicos pensam, sentem e, possivelmente, agem em relação ao programa.

Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer Nº 1.415.802/2016, iniciou-se a coleta de dados, que ocorreu por meio da técnica da bola de neve e convite em redes sociais. No Estudo 1, as entrevistas foram realizadas pessoalmente ou por telefone. No Estudo 2, a escala foi inserida em plataforma *online* e divulgada em redes sociais. Os procedimentos seguiram todas as normas para pesquisa com seres humanos, de acordo com as Resoluções nº 466/12 e 510/16.

Análise dos Dados

Os dados do Estudo 1 foram compreendidos por meio de análise de conteúdo de Bardin (1977), em cinco etapas: 1) Delimitação dos objetivos; 2) Constituição do *corpus*; 3) Codificação; 4) Categorização; e 5) Interpretação e inferência. Os dados do Estudo 2 foram analisados com o auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20, em quatro etapas: (1) Análise fatorial; (2) Descrição da amostra (frequência, porcentagem, média, desvio padrão); (3) Análise dos dados descritivos da escala; e

(4) As comparações das avaliações do PMM, segundo dados sociodemográficos, com testes escolhidos respeitando os critérios de normalidade e estratificação dos grupos.

Resultados

Os resultados são apresentados seguindo a sequência de execução de análises: 1) Dados exploratórios oriundos da pesquisa qualitativa; 2) Aspectos iniciais da construção do instrumento; 3) Busca de evidências de validade psicométrica do instrumento; 4) Resultados das atitudes dos médicos perante o PMM; e 5) Comparação das atitudes dos médicos segundo as variáveis sociodemográficas.

Dados Exploratórios Oriundos da Pesquisa Qualitativa - Estudo 1

A análise dos resultados apresentou, inicialmente, 3.526 Unidades de Contexto Elementar (UCEs), correspondendo a aproximadamente 90% do total de UCEs do estudo. Foram descartados apenas 10% (352 UCEs), por não possuírem conteúdos que fossem relacionados à temática, não podendo ser categorizados. As UCEs foram distribuídas em sete classes temáticas distintas.

Classe temática 1 - Entrada do médico no Programa Mais Médicos.

A classe temática 1 (392 UCEs; 12% do *corpus* total) apresentou as principais razões que levaram os médicos a ingressarem no programa. Para os médicos brasileiros, as principais motivações para participar do PMM relacionam-se ao aspecto financeiro - “Muito raramente é a medicina. Parece um absurdo essa declaração, mas especialmente pelo dinheiro” (P2), à aquisição de experiência e à bonificação obtida para prova de residência. Entre as motivações dos médicos estrangeiros e formados no exterior, destacaram-se também a questão financeira - “Então, é juntar dinheiro, coisas que eles nunca teriam condição se ficassem lá trabalhando. Então não é pra trocar experiência, é pelo lado financeiro mesmo” (P8) e a oportunidade de atuar no Brasil.

Classe temática 2 – Treinamento e supervisão dos médicos no Programa Mais Médicos.

A classe temática 2 (182 UCEs; 6% do *corpus* total) fala sobre o treinamento introdutório e as supervisões recebidas pelos médicos no programa. Os médicos avaliaram negativamente a duração e as temáticas abordadas no treinamento introdutório - “Então, conheço e não acho suficiente. Não aprovo” (P2).

Quanto às supervisões dos médicos durante a atuação no PMM, houve relatos divergentes sobre sua periodicidade (mensal até semestral), conteúdos trabalhados e papel do supervisor, o que demonstra um distanciamento entre a teoria e a prática ou a falha na prescrição da função de supervisor:

Era mais para melhorar a relação prefeitura-médico, quais as demandas, o que estava faltando.

Por exemplo, ajuda de custo (...). Então assim, eles iam para tentar articular essa relação, que não adiantava de muita coisa, mas eles tinham boa vontade, tentavam pelo menos. (P3)

Classe temática 3 – Condições de trabalho do médico bolsista em Estratégia Saúde da Família.

A classe temática 3 (483 UCEs; 15% do *corpus* total) retrata, prioritariamente, as más condições de trabalho dos médicos do PMM na ESF. Foram evidenciadas falta de condições de infraestrutura, equipamentos e insumos, dificuldade de atuação com equipes de trabalho incompletas e de acesso aos postos de trabalho e a deficiência no processo de encaminhamento para atenção secundária e terciária - “Não há suporte de estrutura para se fazer um atendimento. O problema do Brasil não é médico, médico tem muito. É de estrutura, de condições de vida dignas para aquele profissional” (P10).

Classe temática 4 – Gestões municipais do Programa Mais Médicos.

A classe temática 4 (265 UCEs; 8% do *corpus* total) sinalizou o despreparo dos gestores, a marca da corrupção e interesses políticos sobre a gestão e o interesse na isenção da prefeitura do pagamento do médico no PMM - "Os prefeitos, se eles recebem médicos grátis, de uma forma gratuita, sem ônus para a prefeitura, eles não se importam não. Você vem para cá? Pronto!" (P1). Houve ainda poucos relatos que reconheciam o comprometimento dos gestores com o programa:

Então assim, eles acatam tudo, eles respeitam a supervisão, eles não ficam colocando empecilhos, deixam bem à vontade. É bem legal. A gente tem bastante abertura... dá para chegar ao prefeito, secretário, ter diálogo, assim, é aberto (P8).

Classe temática 5 – Pagamento, benefícios e contrato laboral no Programa Mais Médicos.

A classe temática 5 (219 UCEs; 7% do *corpus* total) evidenciou a insatisfação dos participantes com o caráter temporário do vínculo e a falta de clareza no contrato:

Como é que vai mudar uma coisa no meio do caminho? Ah, tudo bem, se fala a partir de agora tem uma lei, tudo bem. Mas, a gente que já engravidou antes, tem que valer o trato anterior. Mas, eles só falam que é uma adequação. (P8)

Por outro lado, ressaltou-se a pontualidade da bolsa recebida pelo Governo Federal, em detrimento do atraso dos pagamentos que eram realizados via Prefeitura - “Porque o pagamento é feito na mesma folha de pagamento de todos os funcionários federais” (P6).

Classe temática 6 – Processo de implementação e objetivos do Programa Mais Médicos.

A classe temática 6 (915 UCEs; 29% do *corpus* total) mostra que o processo de implementação do PMM aconteceu em meio a um planejamento incipiente, marcado por resistência médica e com caráter político - “Deu-se muito desorganizadamente, muito improvisadamente” (P10). Com relação à eficácia do PMM, criticaram o foco apenas no médico, em detrimento dos demais profissionais da saúde, e a não fixação do médico do PMM na localidade. Por outro lado, reconhecem a melhoria nos índices de saúde básica - “A gente vai ver que existe grandes resoluções, grandes mudanças em números de saúde pública, como mortalidade infantil, desnutrição, como morte perinatais” (P6).

Classe temática 7 - Participação dos médicos estrangeiros no Programa Mais Médicos.

A classe temática 7 (722 UCEs; 23% do *corpus* total) fala sobre a participação e atuação dos médicos estrangeiros no programa. Entre os aspectos negativos, pontuou-se a falta de conhecimento e técnica, em especial dos médicos cubanos - “Eu, por exemplo, fui herdeira de um posto de saúde que um cubano passou antes e diante do que eu vi, umas coisas absurdas, entendeu? Uma sífilis na gravidez maltratada. Erroneamente tratada, na verdade” (P3). Também foram ressaltados como aspectos negativos o distanciamento da família e o isolamento social vivido pelos cubanos, a diferença na língua e cultura, a não exigência da revalidação do diploma de médicos estrangeiros, a restrição da participação de médicos brasileiros e o contrato temporário, o que impossibilita que os médicos estrangeiros possam renovar seu contrato. Entre os aspectos positivos, lembrou-se da atuação de cubanos com maior foco na humanização e na medicina preventiva - “Eu acho que o foco na Estratégia de Atenção Primária, eu acho que eles têm o foco

melhor do que o médico recém-formado, por exemplo” (P5).

Aspectos Iniciais da Construção do Instrumento – Estudo 2

Para construção de um instrumento válido e preciso para a apuração das atitudes dos médicos sobre o PMM, seguiu-se o modelo respaldado nos três polos elaborados por Pasquali (2007): 1) No polo teórico, enfocou-se a teoria acerca do construto a ser medido pelo instrumento; 2) No polo empírico ou experimental, definiram-se as etapas e técnicas de avaliação do instrumento-piloto, objetivando um instrumento com boa qualidade psicométrica; e 3) No polo analítico, estabeleceram-se os procedimentos de análises estatísticas dos dados na verificação da validade e a precisão do instrumento.

Primeiramente, no polo teórico, selecionaram-se atributos que são representativos para os médicos sobre o PMM, emergidos no Estudo 1 e na literatura. Com base nesses atributos, estabeleceu-se um modelo teórico inicial para construção do instrumento contendo 42 itens, com afirmações favoráveis ou desfavoráveis (balanceados com igual quantidade de itens positivos e negativos). O procedimento da busca de evidências de validade aparente e de conteúdo foi realizado por um grupo de oito juízes (docentes considerados *experts* em Pesquisa Quantitativa, Psicometria, Políticas públicas em Saúde e/ou Avaliação de Programas), buscando analisar adequação dos itens propostos ao construto teórico e análise semântica. Após análise das sugestões dos juízes, realizaram-se, então, as devidas alterações e excluídos nove itens.

Em um segundo momento e de forma complementar à busca de evidências de validade aparente, fez-se a busca de evidências de validade semântica. Para tal, foram escolhidos, por conveniência, três médicos e dois profissionais de outras áreas que se dispuseram a colaborar. Solicitou-se que eles discorressem sobre o que entendiam em relação aos itens da versão preliminar contribuindo com sugestões para a redação dos itens visando melhorar sua compreensão. Concomitantemente, pediu-se que inserissem sinais positivos e negativos nos itens do instrumento para confirmar seu balanceamento – igual quantidade de itens com afirmações positivas e negativas sobre o PMM. Destaca-se que esse processo não tinha o propósito de ser um estudo piloto ou coletar respostas dos itens. Procurou-se que os profissionais explanassem o que compreenderam sobre os itens, certificando, dessa forma, a clareza no significado dos enunciados.

Após modificações e conclusão da etapa teórica, em sua versão final para aplicação, o instrumento utilizado na coleta contou com 33 itens distribuídos em seis fatores: 1) Treinamento e supervisão dos médicos no PMM; 2) Condições de trabalho do médico do PMM em ESF; 3) Gestões Municipais do PMM; 4) Bolsa, benefícios e estabilidade dos médicos do PMM; 5) Processo de implementação e objetivos do PMM; e 6) Participação dos médicos estrangeiros. A ordem dos itens ficou de forma aleatória.

Busca de Evidências de Validade Psicométrica do Instrumento – Estudo 2

Na sequência, após coleta de dados, para realização da etapa empírico/experimental, verificou-se adequação dos dados para se efetuar uma análise fatorial com o conjunto de 33 itens com KMO (0,95) e pelo Teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 6846,09$ $p < 0,05$), sendo esses dados considerados excelentes (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005). A análise dos 377 sujeitos atendeu também ao critério proposto por Hair et al. (2005) sobre o número mínimo amostral ser acima de 100 sujeitos e cinco vezes o número de itens, pois havia uma proporção de 11,42 pessoas/ item.

Em seguida, realizou-se uma primeira análise fatorial com uso do método “Componentes Principais” (*Principal Components- PC*), sem rotação, verificando-se que todos os itens possuem coeficientes com carga fatorial acima de 0,30. Nessas primeiras análises, foram encontrados seis fatores com *eigenvalues* superiores a 1, que explicavam 59,54% da variância total. Mantendo essa análise, que aglomerou melhor os itens no *scree plot* e mostrou-se mais adequada teoricamente, o modelo final foi mantido com um fator, com *eigenvalue* de 12,10 e explicação de 36,67%. Possui índice de consistência interna alfa de Crombach ótimo ($\alpha = 0,95$), somando 29 itens (sendo eliminados os itens 4, 21, 27, 31 da escala original). Os resultados dessas análises com os itens que compõem o instrumento final e suas cargas fatoriais podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1.

Análise Fatorial da Escala Atitudes dos médicos frente ao PMM (N = 377)

Itens	Carga
1. Acredito que o PMM atingiu o objetivo de atrair médicos para lugares onde não havia médicos.	,832
2. O pagamento da bolsa do PMM pelo Governo Federal é realizado na data prevista.	,612
3. Acho errado os médicos estrangeiros atuarem em localidades que interessam aos médicos brasileiros.	,640
4. Um aspecto negativo do PMM é abranger, dentre os profissionais da área da saúde, apenas médicos.	,483
5. O PMM proporciona maior estabilidade do que o contrato via prefeitura.	,835
6. O conteúdo do treinamento introdutório oferecido aos médicos para ingresso no PMM é satisfatório.	,559
7. Os medicamentos disponíveis para realização do trabalho dos médicos do PMM na ESF são suficientes.	,847
8. Sou contra a participação de médicos estrangeiros no PMM sem a revalidação do diploma.	,841
9. Um aspecto positivo na atuação dos médicos estrangeiros é o atendimento humanizado.	,601
10. Os insumos (luvas, gases, seringas) disponíveis para a realização do trabalho dos médicos do PMM na ESF são escassos.	,500
11. Os médicos bolsistas brasileiros do PMM são mal remunerados.	,434
12. As gestões municipais desempenham um importante papel no funcionamento do PMM.	,453
13. Os gestores do PMM são mal informados sobre o funcionamento do programa.	,593
14. Existe comprometimento dos gestores com os médicos do PMM.	,836
15. O PMM conseguiu ampliar o acesso à saúde para a população.	,541
16. Os benefícios (alimentação, moradia, combustível) via prefeitura são pagos regularmente.	,750
17. Acredito que o PMM seja uma medida provisória adequada para amenizar o problema da falta de médicos no Brasil.	,751
18. Estou insatisfeito com o PMM.	,558
19. As equipes de trabalho dos médicos do PMM na ESF são incompletas.	,577
20. É inadequada a forma de contrato (vínculo não trabalhista) utilizada pelo PMM.	,443
21. Sou contra o valor recebido pelos médicos cubanos ser inferior ao valor dos demais médicos do PMM.	,882
22. O bônus na nota da prova de residência médica é uma forma adequada de atrair médicos para o PMM.	,796
23. Os médicos estrangeiros possuem conhecimento técnico suficiente para atuar no PMM.	,376
24. As condições de trabalho dos médicos do PMM na ESF são adequadas.	,543
25. O treinamento introdutório oferecido aos médicos para ingresso no PMM deveria ter uma carga horária maior	,468
26. Os médicos, brasileiros e estrangeiros, do PMM possuem uma boa relação.	,613
27. O PMM faz com que os médicos brasileiros sintam suas vagas de trabalho ameaçadas.	,667
28. As gestões municipais do PMM estão mal capacitadas para gestão em saúde pública.	,700
29. Os locais de atuação dos médicos do PMM na ESF possuem infraestrutura precária.	,376

O único fator, denominado “Atitudes dos médicos frente ao Programa Mais Médicos”, foi composto por 29 itens, com saturação mínima 0,38 (Item 25) e máxima 0,88 (Item 23). O fator é composto por itens

que refletem as atitudes dos médicos perante o PMM, sendo subdividido, teoricamente, em seis subfatores, baseado no modelo teórico apresentado anteriormente que foi utilizado na construção da escala.

Resultados das Atitudes dos Médicos Frente ao PMM– Estudo 2

Para melhor apresentação didática e interpretação dos resultados das médias do fator e seus subfatores, as pontuações foram convertidas em notas de 0 a 10 e divididas em quartis: “0 - 2,5 = Péssimo”, “2,6 - 5 = Ruim”, “5,1 - 7,5 = Bom” e “7,6 - 10 = Ótimo”. A avaliação geral da eficácia do PMM foi positiva, com avaliações do quartil “Bom” na maioria dos seus subfatores, sendo apenas o treinamento/supervisões e condições de trabalho avaliados negativamente (ver Tabela 2).

Tabela 2.

Estatística descritiva dos itens do Fator e Subfatores (N = 377)

Atitudes dos médicos frente ao PMM	M	DP	Quartil
Subfator 1 - Treinamento e supervisão dos médicos no PMM	4,97	2,31	Ruim
Subfator 2 - Condições de trabalho do médico do PMM em ESF	4,35	2,05	Ruim
Subfator 3 - Gestões municipais do PMM	5,12	1,83	Bom
Subfator 4 - Bolsa, benefícios e estabilidade	5,93	1,91	Bom
Subfator 5 - Processo de implementação e objetivos do PMM	5,44	2,53	Bom
Subfator 6 - Participação dos Médicos estrangeiros	5,38	2,74	Bom
Fator Geral	5,22	1,91	Bom

Nota: Média (M); Desvio Padrão (DP)

Comparação das Atitudes dos Médicos entre Grupos Sociodemográficos – Estudo 2

Após análise descritiva dos dados, foi possível verificar ainda que grupos de diferentes variáveis sociodemográficas atribuíram notas diferenciadas de avaliação sobre o PMM. Para apurar essas diferenças, considerou-se que todas as variáveis são não normais, conforme apresentado no teste de Shapiro-Wilk: fator geral ($W = 0,96$; $p < 0,01$), subfator 1 ($W = 0,95$; $p < 0,01$), subfator 2 ($W = 0,95$; $p < 0,01$), subfator 3 ($W = 0,98$; $p < 0,01$), subfator 4 ($W = 0,99$; $p=0,02$), subfator 5 ($W = 0,93$; $p < 0,01$) e subfator 6 ($W = 0,90$; $p < 0,01$). Por isso, utilizaram-se os testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. A seguir serão elencadas apenas as análises que se destacaram por apresentarem diferença estatisticamente significativa: participação no PMM, região do país, localidade da cidade onde residem e nacionalidade.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas comparações das atitudes entre bolsistas/ex-bolsistas e não bolsistas. Observou-se que as avaliações mais positivas diante do fator e subfatores foram dos médicos bolsistas/ex-bolsistas: fator ($U = 5802,00$, $p < 0,05$) [bolsistas/ex-bolsistas ($M = 6,56$; $DP = 1,68$); não bolsistas ($M = 4,34$; $DP = 1,48$)]; subfator 1 ($U = 7023$, $p < 0,05$) [bolsistas/ex-bolsistas ($M = 6,39$; $DP = 2,23$); não bolsistas ($M = 3,98$; $DP = 1,78$)]; subfator 2 ($U = 8696,50$, $p < 0,05$) [bolsistas/ex-bolsistas ($M = 5,36$; $DP = 1,99$); não bolsistas ($M = 3,64$; $DP = 1,67$)]; subfator 3 ($U = 11929,50$, $p < 0,05$) [bolsistas/ex-bolsistas ($M = 5,75$; $DP = 2,06$); não bolsistas ($M = 4,69$; $DP = 1,52$)]; subfator 4 ($U = 7675,00$, $p < 0,05$) [bolsistas/ex-bolsistas ($M = 6,99$; $DP = 1,82$); não bolsistas ($M = 5,20$; $DP = 1,61$)]; subfator 5 ($U = 6271,50$, $p < 0,05$) [bolsistas/ex-bolsistas ($M = 7,10$; $DP = 2,17$); não bolsistas ($M = 4,30$; $DP = 2,09$)]; subfator 6 ($U = 5797,50$, $p < 0,05$) [bolsistas/ex-bolsistas ($M = 7,32$; $DP = 2,38$); não bolsistas ($M = 4,02$; $DP = 2,07$)].

Constatou-se que no fator e em quase todos os subfatores (exceto subfator 3) houve diferenças estatisticamente significativas entre as regiões do país: fator [$\chi^2(5, N = 377) = 21,58$; $p < 0,05$] - Norte ($M = 6,41$; $DP = 1,56$) e Sudeste ($M = 4,94$; $DP = 1,97$); subfator 1 [$\chi^2(5, N = 377) = 25,70$; $p < 0,05$] - Norte ($M = 6,43$; $DP = 1,98$) e Sudeste ($M = 4,56$; $DP = 2,33$); subfator 2 [$\chi^2(5, N = 377) = 27,03$; $p < 0,05$] - Norte ($M = 5,40$; $DP = 1,81$) e Nordeste ($M = 3,67$; $DP = 1,76$); subfator 4 [$\chi^2(5, N = 377) = 21,91$; $p < 0,05$] - Norte ($M = 6,97$; $DP = 1,91$) e Sudeste ($M = 5,48$; $DP = 1,98$); subfator 5 [$\chi^2(5, N = 377) = 19,13$; $p < 0,05$] - Norte ($M = 6,96$; $DP = 2,31$) e Sudeste ($M = 5,07$; $DP = 2,50$); subfator 6 [$\chi^2(5, N = 377) = 20,10$; $p < 0,05$] - Norte ($M = 6,94$; $DP = 2,49$) e Sudeste ($M = 5,00$; $DP = 2,73$). As piores avaliações foram feitas pelos participantes que residem nas regiões Sudeste e Nordeste e as melhores avaliações dadas pelos participantes que residem nas regiões Norte e Sul.

Constataram-se diferenças estatisticamente significativas nas comparações das avaliações por local de atuação (capital e interior), tanto no fator como em todos os subfatores. Os participantes que atuam no interior atribuíram melhores notas em relação aos que atuam na capital: fator ($U = 9992,50$, $p < 0,05$) [capital ($M = 4,50$; $DP = 1,66$); interior ($M = 5,95$; $DP = 1,87$)]; subfator 1 ($U = 10575,50$, $p < 0,05$) [capital ($M = 4,14$;

$DP = 2,02$); interior ($M = 5,74$; $DP = 2,30$)]; subfator 2 ($U = 10701,50$, $p < 0,05$) [capital ($M = 3,68$; $DP = 1,87$); interior ($M = 4,97$; $DP = 1,91$)]; subfator 3 ($U = 13975,50$, $p < 0,05$) [capital ($M = 4,80$; $DP = 1,60$); interior ($M = 5,43$; $DP = 1,99$)]; subfator 4 ($U = 11298,50$, $p < 0,05$) [capital ($M = 5,34$; $DP = 1,71$); interior ($M = 6,49$; $DP = 1,93$)]; subfator 5 ($U = 10701,50$, $p < 0,05$) [capital ($M = 4,52$; $DP = 2,32$); interior ($M = 6,30$; $DP = 2,42$)]; e subfator 6 ($U = 10394,50$, $p < 0,05$) [capital ($M = 4,32$; $DP = 2,39$); interior ($M = 6,37$; $DP = 2,68$)].

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas comparações das avaliações por nacionalidade (brasileiros e estrangeiros), tanto no fator como em todos os subfatores. Observa-se que os participantes estrangeiros demonstraram atitudes mais positivas perante o programa em relação aos brasileiros, em todos os grupos: fator ($U = 4238,00$, $p < 0,05$) [brasileiros ($M = 4,77$; $DP = 1,79$); estrangeiros ($M = 6,97$; $DP = 1,25$)]; subfator 1 ($U = 4731,00$, $p < 0,05$) [brasileiros ($M = 4,44$; $DP = 2,15$); estrangeiros ($M = 6,87$; $DP = 1,78$)]; subfator 2 ($U = 6365,00$, $p < 0,05$) [brasileiros ($M = 4,00$; $DP = 1,91$); estrangeiros ($M = 5,58$; $DP = 1,79$)]; subfator 3 ($U = 7984,50$, $p < 0,05$) [brasileiros ($M = 4,88$; $DP = 1,74$); estrangeiros ($M = 5,99$; $DP = 1,93$)]; subfator 4 ($U = 5891,50$, $p < 0,05$) [brasileiros ($M = 5,58$; $DP = 1,86$); estrangeiros ($M = 7,20$; $DP = 1,55$)]; subfator 5 ($U = 4257,50$, $p < 0,05$) [brasileiros ($M = 4,82$; $DP = 2,37$); estrangeiros ($M = 7,66$; $DP = 1,72$)]; subfator 6 ($U = 4036,50$, $p < 0,05$) [brasileiros ($M = 4,65$; $DP = 2,50$); estrangeiros ($M = 8,00$; $DP = 1,81$)]. Destacam-se as melhores médias dos médicos estrangeiros nos subfatores 5 e 6 e as piores médias dos médicos brasileiros nos subfatores 1 e 2.

Discussão

O estudo apresenta evidências satisfatórias de validade fatorial e consistência interna de uma medida acerca das atitudes dos médicos sobre o Programa Mais Médicos. Representa, assim, uma nova possibilidade de ferramentas de avaliação contínua do PMM (Melo et al., 2012).

A avaliação geral do programa foi considerada boa, o que possibilita inferir que o PMM é reconhecido como uma boa solução para sanar a lacuna da falta de médicos no SUS. Corroboram-se os achados da literatura sobre os pontos positivos do programa, como os avanços na promoção de saúde, a melhoria da saúde

pública e a maior distribuição e disponibilidade de médicos na Atenção Básica (Collar et al., 2015; Costa et al., 2014).

O subfator 1, “Treinamento e supervisão dos médicos no PMM”, apresentou uma avaliação negativa. Confirma-se que existe baixa carga horária e limitação dos conteúdos do treinamento introdutório. Igualmente, foram sinalizadas irregularidades nas supervisões oferecidas aos médicos bolsistas. Realidade preocupante, uma vez que a literatura discute a importância do treinamento introdutório e das supervisões para a atuação dos médicos no PMM (Caramelli, 2013; Castro, 2015).

O subfator 2, “Condições de trabalho do médico do PMM em ESF”, apresentou uma predominância de atitudes negativas perante o programa, sendo a pior avaliação feita pelos participantes. Confirma a literatura de avaliação das políticas públicas de saúde e da Atenção Básica, que evidencia entraves na ESF e diferentes aspectos, como condições de trabalho e de infraestrutura precárias, falta de insumos e medicamentos e equipes incompletas de trabalho (Malta et al., 2016; Melo et al., 2012; Pereira et al., 2015).

O subfator 3, “Gestões municipais do PMM”, demonstrou a predominância de atitudes positivas perante o programa. Os resultados evidenciam a importância das gestões para o seu funcionamento, todavia ressaltam a falta de capacitação dos gestores para atuação em saúde pública, ratificando a literatura que evidencia os entraves com a qualificação dos gestores que atuam na saúde pública (Melo et al., 2012).

O subfator 4, “Bolsa, benefícios e estabilidade”, apresentou uma predominância de atitudes positivas perante o programa, sendo o subfator com melhor avaliação. Destacam-se as atitudes positivas referentes ao valor da bolsa recebida e à pontualidade do pagamento via Governo Federal. Por outro lado, a forma de vínculo não trabalhista estabelecida pelo programa demonstrou a pior avaliação do subfator. Confirma-se a literatura que expõe as dificuldades com a precariedade e instabilidade dos vínculos de trabalho, com consequente rotatividade dos médicos nas equipes da ESF (Costa et al., 2014; Melo et al., 2016).

O subfator 5, “Processo de implementação e objetivos do PMM”, apresentou a predominância de atitudes positivas, especialmente sobre o alcance dos objetivos. Corroborar a literatura que sinaliza a

ampliação do acesso à saúde para a população e a melhoria na disponibilidade de médicos a partir do PMM (Collar et al., 2015; Costa et al., 2014).

O último subfator, “Participação dos médicos estrangeiros”, apresentou predominância de atitudes positivas, sendo o único com avaliações positivas em todos os seus itens. Verificou-se que os médicos brasileiros não são contra a atuação dos estrangeiros, mas queriam que eles ocupassem apenas as vagas que os brasileiros não queriam ocupar. Dados que não apoiam a literatura, na qual os médicos estrangeiros vivenciam a tensão de terem sua formação e conhecimento questionados (Carameli, 2013). Contudo, percebe-se uma tensão no que se refere à ocupação do espaço dos médicos brasileiros pelos médicos estrangeiros.

Em relação às comparações a partir dos dados sociodemográficos, observou-se que os médicos não bolsistas (que nunca fizeram parte do programa) possuem atitudes mais negativas em relação ao programa que os médicos bolsistas, podendo-se sugerir que as vivências no PMM e ganhos obtidos com ele influenciam a atitude dos médicos bolsistas. Verificou-se que os médicos que atuam na capital possuem atitudes mais negativas em relação ao programa que os médicos que atuam no interior. Detectou-se, ainda, que os médicos brasileiros possuem atitudes mais negativas em relação ao programa que os médicos estrangeiros, demonstrando, assim, a insatisfação de grande parte dos médicos brasileiros e a resistência em relação ao programa; enquanto que para os médicos estrangeiros o PMM é visto como uma oportunidade de atuar no Brasil (Castro, 2015; Collar et al., 2015).

Considerações Finais

A presente pesquisa buscou dar voz aos médicos, categoria mais afetada (positivamente e negativamente) pelo PMM. A partir das duas etapas de pesquisa, pôde-se oferecer uma visão mais aprofundada e outra mais generalizada das atitudes dos médicos sobre o PMM. Como principais resultados, observou-se que os médicos apresentam uma avaliação geral positiva do programa, especialmente sobre o alcance do objetivo de atrair médicos para a Atenção Básica, garantia do pagamento da bolsa e participação de médicos estrangeiros. Em contrapartida, permanecem os problemas relacionados às más condições de trabalho nos postos de saúde e pouca disponibilidade de treinamento e supervisão dos médicos no PMM.

Sabe-se que, na prática, o SUS e especialmente a Atenção Básica, apesar de fazerem parte de um modelo teórico ideal, não funcionam como deveriam. Com o PMM parece não ser diferente. Observa-se a criação e implantação de um programa sem que os seus principais atores sociais, os médicos, fossem envolvidos nesse processo. Por isso, recomenda-se repensar o PMM enquanto política pública de saúde, de modo que ele possa ser (re)construído com seus atores sociais. Além disso, reforça-se que, além de “Mais Médicos”, o país necessita de mais saúde, na integralidade do cuidado em saúde. Assim sendo, recomenda-se repensar as condições de trabalho na Atenção Básica e participação de outras categorias profissionais no programa.

Como limitação de pesquisa, considera-se a coleta *online*, que se restringiu à participação dos médicos que utilizam redes sociais ou aplicativos mobile de troca de mensagens. A presente pesquisa cumpre, entretanto, a função de propiciar ao leitor uma reflexão sobre um tema distante da maioria da população. Por essa razão, esse trabalho não finaliza aqui, é apenas um convite para que a comunidade, profissionais de saúde, *experts*, acadêmicos e gestores discutam, pesquisem e revisem constantemente o PMM.

Referências

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bem, D. J. (1973). *Convicções, atitudes e assuntos humanos*. São Paulo, SP: Editora pedagógica e universitária.
- Campos, G. W., & Júnior, N. P. (2016). Primary care in Brazil, and the Mais Médicos (More Doctors) Program in the Unified Health System: achievements and limits. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2655-2663. doi: [10.1590/1413-81232015219.18922016](https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016)
- Caramelli, B. (2013). Os médicos estrangeiros: a questão da língua. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 59(5), 407-408.
- Castro, T. F. (2015) *Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos*. (Dissertação de mestrado). Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- Collar, J. M., Almeida Neto, J. B. de A., & Ferla, A. A. (2015). Formulação e impacto do programa mais médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. *Saúde em Redes*, 1(2), 43-56. doi: [10.18310/2F2446-4813.2015v1n2p43-56](https://doi.org/10.18310/2F2446-4813.2015v1n2p43-56)
- Costa, M. C., Melo, C. F., Maciel, R. H., & Santos, J. B. F. (2014). A representação social dos cearenses sobre o programa mais médicos. Em *Anais do XX Encontro de Iniciação à Pesquisa – Universidade de Fortaleza*, Fortaleza. Recuperado de <https://sistemas.unifor.br/encontroscientificos/2015/encontro/918>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Kemper, E. S., Mendonça, A. V. M., & Sousa, M. F. (2016). The *Mais Médicos* (More Doctors) Program: panorama of the scientific output. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2785–96. doi: [10.1590/1413-](https://doi.org/10.1590/1413-)

81232015219.17842016

Kruger, H. (2004). Crenças compartilhadas, preconceitos e discriminações. In: Sociedade Brasileira de Psicologia [SBP] (Org.), *XXXIV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*, Ribeirão Preto, SP.

Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. “Programa mais médicos” e o “Projeto Mais médicos para o Brasil”.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm

Medina, M. G., Almeida, P. F. Lima, J. G., Moura, D., & Giovanella, L. (2018). Programa Mais Médicos:

mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde em Debate*, 42(esp),

346-360. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S124>

Malta, D. C., Santos, M. A. S., Stopa, S. R., Vieira, J. E. B., Melo, E. A., & Reis, A. A. C. dos. (2016). A

Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde,

2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 327-338. doi:[10.1590/1413-81232015212.23602015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015)

Melo, C. F., Alchieri, J. C., & Araújo Neto, J. L. (2012). Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em

Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Psico-USF*, 17(1), 63-72. doi: [A-29399-Texto do artigo-116184-](https://doi.org/10.1590/1413-812320120117.asd.doc)

[1-4-20200117.asd.doc](https://doi.org/10.1590/1413-812320120117.asd.doc)

Melo, C. F., Alchieri, J. C., Magalhães, B. J., Araújo Neto, J. L. (2017). Evaluation of Family Health Strategy

in Natal from the beliefs of its users. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)*, 9(3),

620-626. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.620-626>

Melo, C. F., Baião, D. C., & Costa, M. C. (2016). A percepção dos usuários cearenses sobre o programa mais

médicos. *Gestão e Sociedade (UFMG)*, 10(26), 1302-1312. doi:

<https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2087>

Melo, C. F., Baião, D. C., & Rodrigues, S. L. (2016). Avaliação do programa mais médicos: uma revisão

sistemática da literatura. *Scientia*, 3(6), 1-17. Recuperado de [https://flucianofejiao.com.br/novo/wp-](https://flucianofejiao.com.br/novo/wp-content/uploads/2016/12/AVALIACAO_DO_PROGRAMA MAIS MEDICOS.pdf)

[content/uploads/2016/12/AVALIACAO_DO_PROGRAMA MAIS MEDICOS.pdf](https://flucianofejiao.com.br/novo/wp-content/uploads/2016/12/AVALIACAO_DO_PROGRAMA MAIS MEDICOS.pdf)

Melo, C. F., Costa, M. C., & Magalhães, B. J. (2017). Escala de Avaliação das Percepções sobre o Programa

Mais Médicos. *Psico-USF*, 22(3), 501-513. doi: [10.1590/1413-82712017220310](https://doi.org/10.1590/1413-82712017220310)

Oliveira, F. P., Vanni, T., Pinto, H. A., Santos, J. T. R., Figueiredo, A. M., Araújo, S. Q.... & Cyrino, E. G. (2015). Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 623-634. doi: [10.1590/1807-57622014.1142](https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142)

Oliveira, S. F. (2010). *Estratégia Saúde da Família: avaliação das crenças dos profissionais que atuam em municípios rurais paraibanos*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB. Recuperado de http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1093

Oliveira, F. P., Santos, L. M. P., & Shimizu, H. E. (2019). Programa mais médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), 1-19. doi: [10.1590/1981-7746-sol00184](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00184)

Pasquali L, org. (2007). *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. Brasília: Universidade de Brasília.

Pereira, L. L., Silva, H. P. da, & Santos, L. M. P. (2015). Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Revista da ABPN*, 7(16), 28-51. Recuperado de <http://www.abpn.org.br/Revista/inde>

Ribeiro, R. C. (2015). Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 421-424. doi: [10.1590/1413-81232015202.00812014](https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.00812014)

Rodrigues, A., Assmar, E. M., & Jablonski, B. (2009). *Psicologia Social*. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Rokeach, M. (1981). *Crenças, Atitudes e Valores*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Interciência.

Storti, M. M. T., Oliveira, F. P., & Xavier, A. L. (2017). A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(Supl. 1), 1301-1314. doi: [10.1590/1807-57622016.0511](https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0511)

Villa Real, G. G. O., Succi, G. M., Montalli, V. A. M., & Succi, R. C. M. (2017). Estudantes e Professores da Área da Saúde Conhecem o Programa Mais Médicos?. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(1), 110-116. doi: [10.1590/1981-52712015v41n1rb20160036](https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1rb20160036)