

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Demétrio de Lacerda Caetano dos Santos

PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE MÉDICOS, USUÁRIOS E
GESTORES SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS:
Síntese de evidências qualitativas

Brasília
2022

Demétrio de Lacerda Caetano dos Santos

PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE MÉDICOS, USUÁRIOS E
GESTORES SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS:
Síntese de evidências qualitativas

Dissertação de mestrado apresentada à Escola
Fiocruz de Governo como requisito parcial para
obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde, na linha de pesquisa de
Vigilância e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Otávio Maia Barreto

Brasília
2022

S237p

Santos, Demétrio de Lacerda Caetano dos
Percepções e experiências de médicos, usuários e gestores sobre o
Programa Mais Médicos: Síntese de evidências qualitativas / Demétrio de
Lacerda Caetano dos Santos. - 2022

128f.: il.; 30cm

Orientador: Prof. Dr. Jorge Otávio Maia Barreto
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Fundação
Oswaldo Cruz, Brasília, DF

1. Atenção primária à saúde. 2. Sistema Único de Saúde - SUS.
3. Programas e projetos de saúde - Avaliação. 4. Programa Mais Médicos.
5. Recursos humanos. I. Santos, Demétrio de Lacerda Caetano dos.
II. FIOCRUZ Brasília. III. Título

CDD: 362.1

CDU: 364.444

Bibliotecária Responsável: Cleide Nascimento Pimentel – CRB6/3238

Demétrio de Lacerda Caetano dos Santos

PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE MÉDICOS, USUÁRIOS E
GESTORES SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS:
Síntese de evidências qualitativas

Trabalho de Conclusão de Dissertação
apresentada à Escola Fiocruz de Governo como
requisito parcial para obtenção do título de
mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha
de pesquisa de Vigilância e Gestão em Saúde.

Aprovado em 23/02/2022

BANCA EXAMINADORA



Jorge Otávio Maia Barreto
Pesquisador em Saúde Pública
FIOCRUZ - DIREB
SIAPE: 1043857

Jorge Otávio Maia Barreto – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Éverton Nunes da Silva – Universidade de Brasília (Unb)

Evelina Chapman – Organização Pan Americana de Saúde (OPAS)

Luciano Bezerra Gomes (suplente) – Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Dedico este trabalho a todos os profissionais da atenção primária à saúde, pela competência, bravura e espírito de humanidade.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao meu orientador, professor Jorge Barreto, por acreditar no meu potencial, pelas trocas e discussões, pela paciência e disponibilidade.

Um agradecimento muito especial a Laura Boeira Santos, pelo apoio, pela caminhada junto, pelas oficinas, pela disponibilidade para o debate, pelo tempo dispendido comigo e pelas incontáveis discussões.

Agradeço a minha mãe, irmã e as minhas queridas tias Suzane, Eliane e Jucléa – essas mulheres fortes e exemplares que tenho na minha vida, pelo apoio e respeito as minhas escolhas, pelo incentivo ao estudo e por acreditarem no meu potencial.

Agradeço aos colegas de mestrado da Turma nº 02/2019 pela caminhada conjunta.

Agradeço aos meus coordenadores por permitirem que eu me ausentasse do trabalho para acompanhar as disciplinas e apoiarem a formação constante dos profissionais do SUS.

Agradeço ao queridíssimo amigo Samuel Lopez Bello pelas dicas e discussões.

Agradeço a querida amiga Isabel Sivieiro (*in memoriam*) por me incentivar e inspirar no trabalho com políticas públicas.

Agradeço aos professores e funcionários da Fiocruz Brasília pela excelente formação recebida.

“[...]
O Brasil é um caboclo sem dinheiro
Procurando o doutor nalgum lugar
Ou será o professor Darcy Ribeiro
Que fugiu do hospital pra se tratar
[...]
O Brasil encharcado, palafita?
Seco açude sangrado, chapadão?
Ou será que é uma Avenida Paulista?
Qual a cara da nação?”
(A Cara do Brasil - Celso Viáfora)

RESUMO

Contexto: O desequilíbrio entre a provisão de médicos e as necessidades dos sistemas de saúde e das populações é um problema mundial. No Brasil, faltam médicos em diversas localidades e em determinadas especialidades médicas, com destaque na atenção primária à saúde (APS). Para intervir nessa realidade, o governo brasileiro lançou o Programa Mais Médicos (PMM), abarcando ações de melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde, mudanças na formação médica e provimento emergencial. **Objetivos:** Compreender as percepções e as experiências de usuários, gestores e médicos sobre o PMM. **Métodos de pesquisa:** Pesquisamos no PUBMED, BVS Saúde e Plataforma de Conhecimento do Mais Médicos, fontes de literatura cinzenta e referências dos estudos incluídos. **Critério de seleção:** Foram incluídos estudos qualitativos e de métodos mistos com componente qualitativo identificável. **Coleta e análise de dados:** Os dados foram extraídos utilizando o formulário de extração de dados. As limitações metodológicas dos estudos foram avaliadas com a adaptação da *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP). Foi utilizada a abordagem de síntese temática para analisar e sintetizar as evidências e a CERQual (*Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research*) para avaliar a confiança em cada achado. **Resultados principais:** 27 estudos foram incluídos na revisão. Todos os estudos foram desenvolvidos no Brasil, contemplando todas as regiões do país e perfis de municípios, incluindo os com população quilombola e indígena. Os estudos foram realizados com usuários e gestores do SUS, além de médicos brasileiros, estrangeiros, supervisores e tutores do PMM. Os gestores expressaram satisfação com o programa que permitiu estruturar as equipes de APS, os sistemas locais de saúde, promovendo ampliação de acesso aos serviços e diversidade de ofertas de cuidado. Os usuários expressaram satisfação com o atendimento recebido, conhecimentos e atitudes dos médicos e a humanização do cuidado. Destacaram a facilidade de acesso aos serviços, após o PMM. Os médicos estrangeiros sentiram-se acolhidos nas equipes, estabeleceram boas relações com gestores, profissionais e usuários. Valorizaram o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS) e avaliaram positivamente o curso de especialização ofertado, a bolsa e o treinamento inicial. A revisão identificou desafios do PMM, como a supervisão, o idioma e as estratégias de comunicação do programa. Por fim, desvendou desafios da APS e do SUS, como os processos de trabalho das equipes, à falta de insumos e equipamentos, a infraestrutura precária das unidades de saúde, o sistema de referência e contrarreferência, o acesso ao médico especialista e a falta de transporte adequado para acessar os serviços, em regiões rurais e remotas. A confiança em vários achados

foi rebaixada de alta para moderada, baixa ou muito baixa. As razões para isso foram às limitações metodológicas dos estudos primários incluídos, assim como quando os achados da revisão foram suportados por poucos dados e as pesquisas realizadas com poucos participantes. Outra razão para o rebaixamento da confiança foi à ausência de representatividade das regiões e dos perfis de municípios do país. **Conclusão dos autores:** Com a revisão pode-se afirmar que o PMM foi bem aceito pelos três públicos, nos diversos contextos em que foi implementado. A aceitabilidade superou os desafios do PMM em todos os subgrupos analisados, porém os desafios desvendados pelo PMM são muitos e comprometem o cuidado ofertado na APS e a materialização dos princípios do SUS. Entendemos que o PMM mudou a APS brasileira e se estabeleceu como um programa de sucesso, devendo ser aperfeiçoado para a garantia da universalidade e do acesso às populações ao SUS.

Palavras-Chave: Recursos Humanos. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Programa Mais Médicos.

ABSTRACT

Background: The imbalance between the supply of doctors and the needs of the health systems and the populations is a worldwide problem. In Brazil, there is a lack of doctors in several locations and mainly certain medical specialties, especially in primary health care (PHC). To intervene in this reality, the Brazilian government launched the More Doctors Program (MDP), including actions to improve the health services infrastructure, changes in medical training, and emergency provision. **Objectives:** To understand the perceptions and experiences of users, managers, and doctors about the MDP. **Methods:** The search was performed in PUBMED, BVS Saúde, Mais Médicos Knowledge Platform, gray literature sources, and references of the included studies. **Selection criteria:** Qualitative and mixed-method studies with an identifiable qualitative component were included. **Data collection and analysis:** Data were extracted using the data extraction form. The methodological limitations of the studies were evaluated with the adaptation of the Critical Appraisal Skills Program (CASP). The thematic synthesis approach was used to analyze and synthesize the evidence and CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research) to assess confidence in each finding. **Main results:** 27 studies were included in the review. All studies were developed in Brazil, containing all regions of the country and profiles of municipalities, including those with quilombola and indigenous populations. The studies were carried out with SUS users and managers, as well as Brazilian and foreign doctors, supervisors, and tutors from the MDP. Managers expressed satisfaction with the program, which allowed structuring PHC teams, local health systems, promoting an increase in access to services and diversity of care offerings. Users expressed satisfaction with the care received, knowledge and attitudes of doctors, and the humanization of care. They highlighted the ease of access to services after the MDP. Foreign doctors felt welcomed in the teams and established good relationships with managers, professionals, and users. They valued the role of community health agents (CHA) and positively evaluated the specialization course offered, the payment, and the initial training. The review identified MDP challenges such as program oversight, language, and communication strategies. Finally, it unveiled challenges of PHC and SUS, such as the teams' work processes, the lack of supplies and equipment, the precarious health units' infrastructure, the referral and counter-referral system, the access to specialist doctors, and the lack of adequate transport to access services in rural and remote regions. Confidence was lowered in several findings from high to moderate, low, or very low due to the methodological limitations of the primary studies included, as well as when the

review's findings were supported by limited data and research conducted with few participants. Another reason for the lowering of confidence was the lack of representation of the regions and the profiles of municipalities in the country. **Authors' conclusions:** With the review, it can be said that the MDP was well accepted by the three audiences, in the different contexts in which it was implemented. Acceptability overcame the challenges of the MDP in all subgroups analyzed, but the challenges revealed by the program are many and compromise the care offered in PHC and the materialization of the SUS principles. We understand that the MDP changed Brazilian PHC and established itself as a successful program, which must be improved to guarantee universality and access to the SUS for populations.

Keywords: Workforce. Primary Health Care. Program Evaluation. More Doctors Program.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Mapa de matrículas em cursos de Medicina, no Brasil, nos períodos de 2009 e 2017.	24
FIGURA 2 – Mapa da cobertura populacional do ESF por município em 2007 e 2017.....	28
FIGURA 3 – Diagrama PRISMA.....	44

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Programas de interiorização implementados no Brasil.....	18
QUADRO 2 – Descrição dos perfis de municípios do Brasil, segundo perfil de vulnerabilidade.	26
QUADRO 3 - <i>Critical Appraisal Skills Program (CASP)</i>	51
QUADRO 4 - Resumo dos Achados Qualitativos.	58

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Evolução do número vagas de Residência em Medicina da Família e Comunidade R1 autorizadas, por região no Brasil, no período de 2014 a 2017.	24
---	----

LISTA DE SIGLAS

ADAPS	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CERQual	<i>Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research</i>
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRM	Conselho Regional de Medicina
DSEI	Distrito Especial Sanitário Indígena
EPOC	<i>Cochrane Effective Practice and Organisation of Care</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIE	Políticas Informadas por Evidências
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMPB	Programa Médicos pelo Brasil
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SEQ	Síntese de Evidência Qualitativa
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 CONTEXTO	15
1.2 DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO	19
1.3 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO E DE COMO ELA FUNCIONA	22
1.4 POR QUE É IMPORTANTE FAZER ESTA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS?	30
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3 MÉTODOS.....	34
3.1 CRITÉRIOS PARA CONSIDERAR ESTUDOS PARA ESTA REVISÃO.....	34
3.1.1 Tipo de estudos	34
3.1.2 Tipo de participantes.....	35
3.1.3 Fenômeno de interesse.....	35
3.2 MÉTODOS DE PESQUISA PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS	36
3.2.1 Buscas eletrônicas	36
3.2.2 Pesquisando outros recursos	36
3.2.3 Buscas Manuais	37
3.2.4 Seleção dos estudos	37
3.3 EXTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DOS DADOS	38
3.4 SÍNTESE DOS DADOS.....	38
3.5 AVALIAÇÃO DAS LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	40
3.6 AVALIAÇÃO DA CONFIANÇA NOS ACHADOS DA REVISÃO	41
4 RESULTADOS	44
4.1 DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	45
4.2 PARTICIPANTES DOS ESTUDOS	46
4.3 CONTEXTO E CENÁRIO DOS ESTUDOS.....	47
4.4 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DOS ESTUDOS – CASP.....	49
4.5 CONFIANÇA NOS ACHADOS DA REVISÃO.....	55
4.6 ACHADOS	56
4.6.1 Resumo das Constatações.....	57

4.6.2 Subgrupo: gestores	63
4.6.3 Subgrupo: usuários.....	66
4.6.4 Subgrupo: médicos.....	70
5 DISCUSSÃO	79
5.1 RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS.....	79
5.2 COMPLETUDE GERAL E APLICABILIDADE DA EVIDÊNCIA.....	88
5.3 CONFIANÇA NOS ACHADOS.....	88
5.4 REFLEXIVIDADE DA EQUIPE E DO AUTOR DA REVISÃO.....	89
6 CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A – ESTUDOS EXCLUÍDOS APÓS LEITURA DO TEXTO COMPLETO X MOTIVAÇÃO	103
APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE EXTRAÇÃO DE DADOS	105
APÊNDICE C – PERFIL DE EVIDÊNCIAS.....	119

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO

O desequilíbrio entre a provisão de médicos e as necessidades dos sistemas de saúde e das populações é um problema mundial (1). Em muitos países, incluindo o Brasil, faltam médicos em diversas localidades, em serviços de saúde e em determinadas especialidades médicas, além dos profissionais estarem mal distribuídos geograficamente (entre regiões urbanas, suburbanas, periféricas e rurais) e no sistema de saúde, entre os setores público e privado, entre serviços de saúde e entre os níveis de Atenção Primária à Saúde (APS), ambulatorial e hospitalar (2).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 50% da população mundial vive em áreas rurais e remotas, que são cobertas por apenas 38% da força de trabalho de enfermagem e, aproximadamente, por 25% da força de trabalho médica (3). Para o enfrentamento dessa realidade, um conjunto de diretrizes e estratégias foi proposto pela OMS para apoiar a melhoria da atração, retenção e recrutamento de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas e envolvem educação, regulação, incentivos financeiros e apoio pessoal e profissional (4).

Evidências de pesquisa informam que as políticas de recursos humanos adotadas para o enfrentamento das lacunas de distribuição de profissionais de saúde pelos territórios devem considerar treinamento, regulamentação, financiamento, melhoria de mecanismos organizacionais e macro política (5). Além disso, existe a necessidade de reconhecer os fatores que influenciam a tomada de decisão desses profissionais para atuarem em regiões remotas e rurais. Esses fatores são individuais, ambientais, de trabalho, e os relacionais aos contextos nacional e internacional. A escolha do local de atuação dos profissionais de saúde também pode

ser influenciada pelas políticas governamentais, recrutamento e treinamento para prática rural, o uso de incentivos e serviços obrigatórios e a melhoria das condições de trabalho e de vida nesses locais (6,7). Assim percebe-se a complexidade dos fatores envolvidos na problemática de distribuição de profissionais pelos territórios.

É correto dizer que a má distribuição de profissionais dificulta o acesso à assistência em saúde pela população, criando barreiras. Essas barreiras podem se relacionar com fatores contextuais, tais como características dos territórios, arranjos estruturais e organizativos, oferta de serviços e de equipamentos de saúde, lógicas econômicas e sociais para o desenvolvimento da profissão, escolhas e motivações dos profissionais, migrações internas e imigração, determinantes sociais de morbidade e mortalidade, situação socioeconômica e características das populações, como emprego, renda, escolaridade, idade, sexo, etnia (8).

As desigualdades na distribuição de profissionais de saúde são realidade na América do Sul, principalmente na APS (9). Um estudo comparativo sobre a oferta de profissionais para atenção primária na América do Sul, encontrou problemas de oferta insuficiente de médicos, dificuldades para provisão e fixação desses profissionais em zonas remotas e na própria APS, apontando, nos países pesquisados, a baixa atuação estatal no direcionamento da força de trabalho para o sistema público de saúde, levando à exclusão do acesso a serviços de saúde das populações residentes nessas áreas (10).

Entretanto, nas respostas existentes para a má distribuição de profissionais pelo território, em especial médicos, os governos têm combinado medidas variadas que incluem aumento de vagas na graduação, incentivos financeiros, medidas regulatórias para deslocar os profissionais para determinadas regiões e até alternativas que envolvem outros profissionais de saúde combinadas com tecnologia de telemedicina e assistência à distância (11).

O Brasil enfrenta problemas de distribuição de médicos na APS (12). O censo da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, de 2018, aponta que há, no país,

5.438 médicos generalistas com especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC), para atender a uma população de aproximadamente 210 milhões de pessoas (13). Tal número representa 2,64% do total de médicos em atuação no país e 0,75% do total de médicos em formação, residentes na especialidade de MFC (14). Em outros países com sistemas universais de saúde, como o Canadá e a Inglaterra, as proporções de médicos generalistas são de 55% e 51%, respectivamente, em relação ao total de médicos em atividade (13).

O mercado de trabalho médico no Brasil é um dos mais fechados do mundo, com elevado protecionismo e restrição da entrada de profissionais formados em outros países (15). A pesquisa da Demografia Médica, publicada em 2013, encontrou que apenas 1,9% dos médicos que atuavam no Brasil eram estrangeiros (16), número muito inferior ao Reino Unido, com 37%, e aos Estados Unidos, com 22% (17). A formação de médicos em determinadas especialidades é insuficiente e ainda dirigida às necessidades e aos interesses do mercado privado de saúde(15), o que influencia no desequilíbrio entre o número de médicos e o perfil requerido para o SUS e também para o subsistema privado de saúde (18).

A forma como o Estado brasileiro lidou com essa problemática oscila entre intervenções ora focadas na extensão universitária, ora na oferta de incentivos e benefícios para os profissionais que se disponham a atuar nas áreas mais carentes, rurais e remotas do país (19). Tais intervenções iniciaram na década de 1960, com a criação de programas governamentais que objetivavam a interiorização dos profissionais de saúde. Destaca-se o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (19), o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) (20) e o Programa Mais Médicos (PMM) (21).

O QUADRO 1 descreve as principais intervenções governamentais para a interiorização dos profissionais de saúde, desde os anos 60, quando tiveram início, até os dias atuais (19).

QUADRO 1 - Programas de interiorização implementados no Brasil.

(continua)

Programa	Duração	Objetivo
Projeto Rondon	1968 a 1989	Programa de extensão universitária de abrangência nacional com finalidade de promover estágios de serviço para estudantes universitários. A participação no Projeto abrangia estudantes de todos os cursos universitários para desempenhar atividades em localidades do interior do país, desprovidas de infraestrutura econômica e social.
PIASS	1976 a 1985	Finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública (Unidades Básicas de Saúde - UBS) nas comunidades de até 20.000 habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população. Inicialmente foi implantado na Região Nordeste e posteriormente em todo o país. Além da implantação de UBS, previa: a instalação de saneamento básico; destinação correta de lixo; o desenvolvimento de ações coordenadas com programas de desenvolvimento socioeconômico.
PISUS	1993 a 1994	Estruturado em quatro subprogramas: Unidades de Pronto Atendimento; Interiorização do Médico; Interiorização do Enfermeiro; Agente Comunitário de Saúde. A Interiorização do Médico consistia na fixação de pelo menos um médico, com residência, no respectivo município participante do programa. A implantação ocorreu na Região Norte, cobrindo 398 municípios localizados nos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins.
PITS	2001 a 2004	Estabelecido para promover maior e melhor distribuição de médicos e enfermeiros no país, aperfeiçoar a formação desses profissionais e impulsionar a Atenção Básica via Programa de Saúde da Família (PSF). Propunha-se a estimular a ida de médicos e enfermeiros para os municípios mais carentes e distantes, por meio de incentivos financeiros e de formação profissional. O Programa previa tutoria e supervisão.
PROVAB	2011 a 2015	Estimular e valorizar o profissional de saúde que atuava em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Inicialmente proposto para profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas para atuarem em municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade. Contou com a supervisão presencial e à distância e oferta de especialização em Saúde da Família. O médico aprovado fazia jus à bonificação de 10% para o ingresso em Programa de Residência Médica.

QUADRO 1 – Programas de interiorização implementados no Brasil.

(conclusão)

Programa	Duração	Objetivo
PROGRAMA MAIS MÉDICOS	2013 – até os dias atuais	Programa com finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS), de abrangência nacional. Objetivos principais: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de Atenção Básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS.

Fonte: Maciel Filho (19); Ministério da Saúde (20); Brasil (21).

1.2 DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO

No Brasil, a saúde pública, gratuita e universal, foi inscrita na Constituição Federal, e é fruto dos movimentos pela redemocratização do Estado e da Reforma Sanitária. A saúde passou a ser entendida no texto Constitucional como

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 201) (22).

Para materializar esse direito, a legislação regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis nº 8080 e nº 8.142, ambas de 1990 (23). Tal lei conceitua o SUS como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, ou privadas contratados e conveniados que integram o sistema, que são desenvolvidos de acordo com os preceitos constitucionais e as normativas instituidoras (23). O SUS tem como princípios a universalidade de acesso aos serviços; a integralidade; a igualdade; a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa (23). Tais princípios orientam a implementação do sistema, das políticas e dos programas de saúde.

Ao longo dos 30 anos de implementação do SUS, ainda apresentam-se desafios estruturantes, tais como: as desigualdades regionais na prestação dos serviços de saúde, o financiamento insuficiente e a complexa relação público-privado (24). Somado a isso, há a expansão e a organização dos serviços em redes de atenção, a partir da APS (25).

A APS tem na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sua normatização no país. A política passou por duas revisões, desde a sua instituição em 2006 (26). Foi revisada em 2011 (27) e novamente em 2017 (28). A APS é definida de acordo com a PNAB de 2017

como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvido por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizado com equipe multiprofissional e dirigido à população em território definido. Constitui-se como a principal porta de entrada do sistema de saúde e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (Ministério da Saúde, 2017, p. 17) (28).

O Brasil institucionalizou a concepção integral de APS no âmbito das políticas nacionais que apresentam componente familiar e comunitário, base territorial, equipe multidisciplinar, com a incorporação de agentes comunitários de saúde e fomento à participação social (10). A APS integral apresenta melhores resultados em saúde, acesso, equidade, eficiência, qualidade da atenção prestada, custos e satisfação das pessoas atendidas quando comparada a outros modelos (29).

A APS, de acordo com estudos clássicos de Starfield, é constituída de atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, e atributos derivados, como a focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (30). O acesso de primeiro contato consiste na utilização de um mesmo serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde. A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A integralidade remete ao leque de serviços disponíveis e

prestados pelo serviço de APS, ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, mesmo que algumas não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Inclui os encaminhamentos para especialidades médicas, hospitais, e outros pontos de atenção. A coordenação pressupõe continuidade do cuidado, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja pelo reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e sua integração no cuidado global do paciente (30).

Os três atributos derivados da APS, ainda segundo Starfield, são: orientação familiar que considera o contexto familiar e seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde; orientação comunitária, com reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade, por meio de dados epidemiológicos e do contato direto, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços; e competência cultural, com a adaptação da equipe e dos profissionais de saúde às características culturais da população para facilitar a relação e a comunicação (30).

A PNAB de 2006 estabeleceu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária para a expansão da APS (26). Ao longo dos anos, foi implantada em todo o país, com indução financeira e coordenação realizada pelo governo federal. Em 1998, 50% dos municípios brasileiros não haviam implementado a ESF, em 2012, apenas 5%. Esta expansão apresentou padrões distintos no país, principalmente quando considerado o tamanho dos municípios. Os menores municípios tenderam a atingir maiores coberturas, enquanto os municípios de médio e grande porte tiveram um ritmo mais lento de expansão (31,32).

Em 1998, havia 4,4% de cobertura de APS no território brasileiro. Em julho de 2013, ano de implantação no PMM, havia 34.644 equipes cobrindo 56,28% do território (cerca de 109.171.597 de brasileiros). Já em dezembro de 2020, última competência com informação no sistema e-Gestor Atenção Básica, havia 43.286 equipes de ESF cobrindo 63,62% do país (cerca de 133.710.730 brasileiros) (33). A expansão e interiorização da ESF apresentou maior robustez e velocidade com o PMM (34). A cobertura total da APS no Brasil, utilizando como

base o mês de dezembro de 2020, é de 76.06%. Além da ESF, há outro modelo de APS no país, chamado de equipes de atenção básica parametrizadas. Essas são compostas de acordo com características e necessidades dos municípios onde são implantadas. A PNAB recomenda que sejam formadas, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliares e ou técnicos de enfermagem. Podem agregar dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias (28).

De 2007 a 2013, a ampliação de cobertura de APS estava quase estagnada, apresentando um aumento de aproximadamente 1,5% por ano (35). Havia aumento da demanda de profissionais de saúde, tanto no setor público quanto no privado (36). O suprimento de médicos era um desafio para o SUS alcançar níveis mais elevados de cobertura (31).

A fim de superar esta árdua realidade, o governo brasileiro criou o Programa Mais Médicos (PMM), aprovado em Lei nº. 12.871, de 22 de outubro de 2013 (21). O PMM estruturou-se sobre três eixos: formação, infraestrutura e provimento emergencial (37).

O eixo formação propôs a reestruturação dos currículos da graduação de medicina e a ampliação da oferta de vagas, aliado a universalização da residência médica de MFC. O eixo da infraestrutura buscou a melhoria da estrutura física das unidades de saúde e sua informatização. O eixo provimento emergencial, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), objetivou a contratação imediata de médicos para atuarem na APS.

1.3 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO E DE COMO ELA FUNCIONA

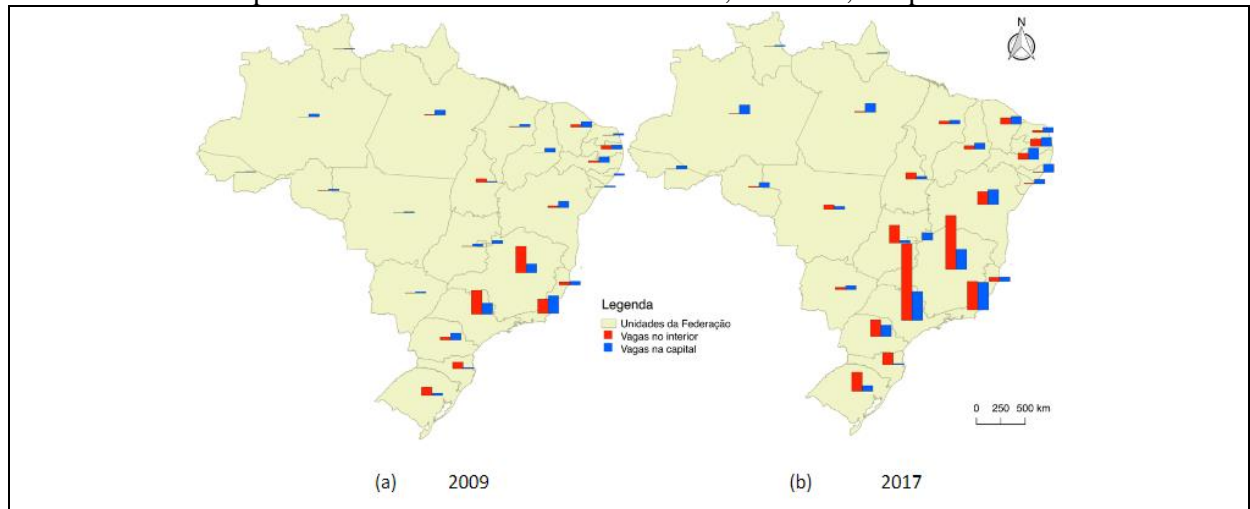
O PMM foi implantado em todas as regiões do país (38). Decorridos sete anos de implementação, vários resultados foram identificados. A seguir apresentaremos alguns resultados do PMM, por eixo.

No eixo infraestrutura, ocorreu um incremento substancial no orçamento do governo federal para financiamento de obras nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O orçamento teve significativos aportes e passou de R\$ 1,7 bilhão para R\$ 4,9 bilhões de reais, entre os anos de 2013 e 2015. As ações ocorreram por meio do Programa Requalifica UBS que previu o repasse de recursos para os governos municipais para reformas, ampliações, construções e informatização de UBS. Os resultados mostram que ocorreram reformas em 9.800 UBS e construção de mil novas em todo país. Investiu-se R\$ 100 milhões na informatização das unidades e na implantação de sistemas de informação no período de 2013 a 2015 (37). O Requalifica atingiu quase a metade das UBS do país e, além da ampliação do acesso à APS, garantiu alguma regularidade na permanência do profissional médico nas equipes de APS (39).

No eixo educacional, ocorreu a criação de vagas de graduação em medicina e de pós-graduação na residência em MFC. A ampliação das vagas de graduação teve maior crescimento a partir de 2013, devido a implementação do PMM, e a expansão média anual foi 3,5 vezes maior do que o período anterior (de 2003 a 2012) (40). Essa expansão priorizou a abertura de cursos em regiões com menor relação médico por habitante, com o objetivo de fortalecer a interiorização da formação e a redução das desigualdades regionais (40).

O mapa abaixo mostra as matrículas nos cursos de graduação em medicina em 2009, anteriormente ao PMM, e em 2017, após sua implementação (FIG 1).

FIGURA 1 – Mapa de matrículas em cursos de Medicina, no Brasil, nos períodos de 2009 e 2017.



Fonte: Carvalho et. al (34).

As vagas de residência em MFC foram expandidas em 150% entre 2014 e 2017. Essa expansão foi concentrada na região Sudeste e em algumas capitais, apresentando problemas na interiorização da formação do médico generalista (34). A TAB 1 mostra a evolução das vagas na residência de MFC.

TABELA 1 - Evolução do número vagas de Residência em Medicina da Família e Comunidade R1 autorizadas, por região no Brasil, no período de 2014 a 2017.

Região	2014 vagas	Aumento %	2015 vagas	Aumento %	2016 vagas	Aumento %	2017 Vagas
Norte	109	6,42	116	46,55	170	2,94	175
Nordeste	268	47,01	394	67,51	660	6,67	704
Sudeste	587	13,12	664	75,30	1.164	35,40	1.576
Sul	285	8,42	309	84,79	571	4,03	594
Centro-Oeste	40	30,0	52	188,46	150	10,0	165
Brasil	1.289	19,08	1.535	76,87	2.715	18,38	3.214

Fonte: Carvalho et. al., 2019 (34).

A distribuição das vagas de graduação e residência de MFC, evidenciam uma redução parcial das desigualdades regionais, de forma a vislumbrar a diminuição das

iniquidades na oferta de atenção em saúde (40,41). Houve melhoria na distribuição territorial da formação, porém aquém do necessário para cobrir o território nacional, permanecendo notória a concentração na região sudeste e nas capitais.

Por fim, e não menos importante, o eixo provimento emergencial envolveu a contratação direta de médicos, via editais públicos de seleção para médicos brasileiros com registros nos respectivos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), e médicos sem registro nos conselhos, estrangeiros e brasileiros formados no exterior, autorizados pela Lei que instituiu o PMM (21).

Na primeira chamada pública, realizada em julho de 2013, 3.511 municípios se inscreveram para aderir ao programa, solicitando 15.460 médicos. Como resultados, 1.096 médicos brasileiros com registro no CRM foram contratados, enquanto outras 522 vagas foram ocupadas por médicos formados no exterior, atendendo juntos 10,5% das vagas solicitadas. Esses médicos foram enviados para trabalhar em 579 municípios, 16,4% dos municípios que solicitaram médicos (42). Além do chamamento público de médicos, o Governo Brasileiro estabeleceu um Termo de Cooperação com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), focado no fortalecimento do acesso da população brasileira à APS.

O eixo provimento emergencial foi executado por meio de parceria entre os Governos Federal e Municipais com o estabelecimento de instrumento jurídico, o Termo de Adesão e Compromisso, que traz as competências de cada ente em relação ao PMM (43). O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde realizava a seleção dos médicos e dos municípios para participarem do PMM, por meio de Editais de Chamamento Público, e autorizava o quantitativo de vagas por município. Para isso, os municípios foram classificados em oito perfis de vulnerabilidade, estabelecidos em ordem decrescente, como apresentado abaixo no QUADRO 2.

A autorização do quantitativo de vagas por município considerava indicadores como estimativa de população coberta por APS, quantidade de equipes existentes de APS e possíveis de serem expandidas e infraestrutura das UBS. A prioridade na autorização de vagas foi estabelecida aos municípios com maior vulnerabilidade e menor condição de enfrentar o problema da escassez de profissionais médicos (44).

QUADRO 2 – Descrição dos perfis de municípios do Brasil, segundo perfil de vulnerabilidade.

Perfil	Descrição
PERFIL 1	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
PERFIL 2	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo conforme IBGE
PERFIL 3	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme IBGE
PERFIL 4	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo conforme IBGE
PERFIL 5	Municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;
PERFIL 6	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis
PERFIL 7	Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)
PERFIL 8	Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)

Fonte: Ministério da Saúde (44).

O Ministério da Saúde realizava o pagamento dos médicos participantes, por meio de uma bolsa de formação, e cobria as despesas de deslocamento dos médicos participantes e seus familiares aos municípios de atuação. Além disso, era responsável pela articulação com instituições de ensino para oferta do curso de especialização em Saúde da Família a todos os médicos participantes do PMM (44).

Os gestores municipais definiam o local de atuação dos médicos nas equipes de APS locais e forneciam as condições adequadas para atuação (infraestrutura, insumos, recursos humanos). Esses também eram responsáveis pela oferta de alimentação e moradia aos médicos participantes, bem como o transporte para áreas de difícil acesso (43).

A partir deste processo, os médicos desenvolviam suas atividades nas UBS dos diversos municípios do país, integrando as equipes, preferencialmente de ESF, compostas por médico, enfermeiro, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, as quais são responsáveis pelo atendimento de uma população delimitada previamente, sobre a qual assumem responsabilidade sanitária (28).

Em agosto de 2013, primeiro mês de implantação do PMM, 111 equipes de ESF foram incorporadas ao programa, representando 0,3% do total de equipes implantadas na época. A partir daí a expansão da ESF manteve-se crescente, com um aumento significativo de 228 equipes por mês, valor 26,7% superior ao período anterior. O número de ESF aumentou 16,2% entre 2012 e 2015 e mais de 70% dos municípios do país contavam com equipes formadas por profissional médico participante do PMM (45).

No primeiro ano do PMM, entre julho de 2013 e julho de 2014, ocorreram cinco chamadas públicas por meio de Editais e Cooperação em Saúde, que atraíram 93,5% dos médicos demandados pelos gestores municipais. Dessa forma, 3.785 municípios receberam médicos. A distribuição desses por perfil de participação configurou-se da seguinte forma: 12,8% brasileiros com registro CRM; 3,1% brasileiros formados no exterior; 79% provenientes da Cooperação com Cuba; e 5,1% estrangeiros de outras nacionalidades (42).

Estudo que avaliou o impacto do PMM na redução da escassez de médicos na APS encontrou que houve um incremento absoluto de 12.652 médicos de 2013 a 2015. A região Nordeste recebeu o maior número de médicos do programa. O número de municípios com

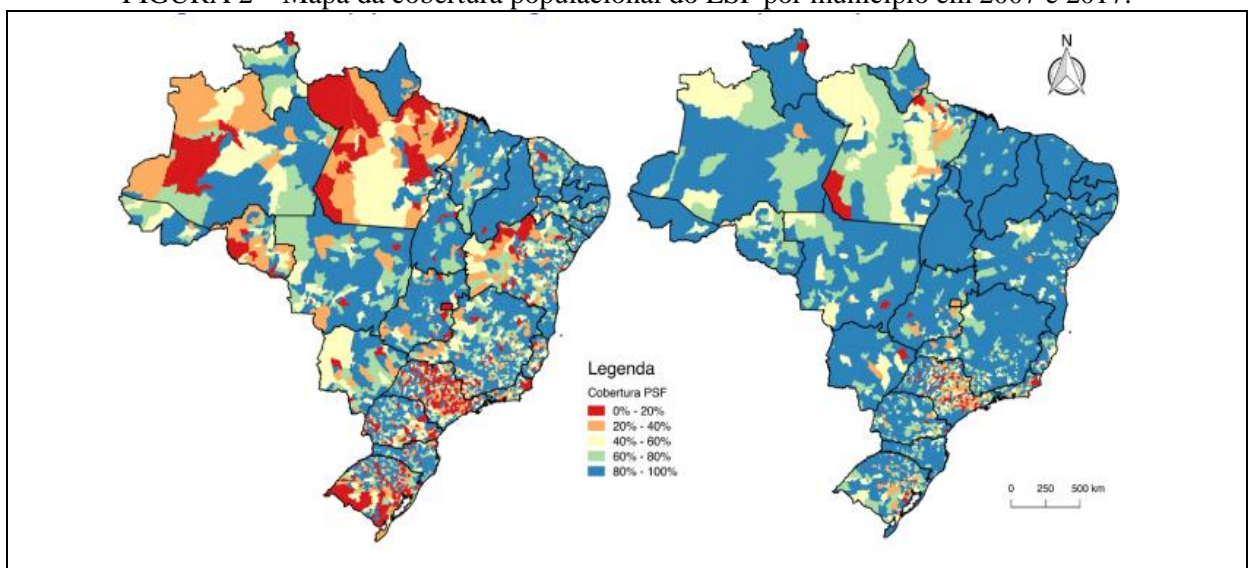
menos de 0,1 médicos por mil habitantes teve uma redução de 75%, passando de 374 para 95 municípios (42,46).

No que diz respeito ao porte populacional, os dados evidenciam que os municípios de pequeno porte, entre 20 e 50 mil habitantes, e as capitais e regiões metropolitanas foram os que mais receberam médicos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (46).

Com o PMM, ocorreu expansão das equipes, ampliação da cobertura de ESF e melhorias do acesso ao sistema de saúde. Tais efeitos também são encontrados nas zonas rurais e nos Distritos Sanitários Indígenas (DSEI), que ampliaram o número de atendimentos realizados por médicos (38,46). O provimento emergencial reduziu em 53% o número de municípios com escassez de médicos no país (47).

Estudo mostrou a expansão da cobertura de ESF no território brasileiro anteriormente ao PMM, em 2007 e após a implementação, em 2017, evidenciando relevante interiorização da cobertura nos municípios brasileiros, especialmente nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais (FIG 2) (34).

FIGURA 2 – Mapa da cobertura populacional do ESF por município em 2007 e 2017.



Fonte: Carvalho et. al., 2019 (34).

Quando analisado o efeito do PMM relacionado à redução das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP), estudos mostraram efeitos consistentes. Houve redução desse indicador em todas as faixas etárias analisadas, com maior efeito entre crianças (0 a 4 anos), grupo que apresentou redução correspondente a 3,7%. Em adultos (20 a 64 anos), a redução foi de 3,1% (48). Além disso, verificou-se que quanto maior a exposição do município ao PMM, maior o efeito na redução das ICSAP (49). Os resultados também indicam que a oferta de médicos de APS contribuiu para o declínio da mortalidade infantil no Brasil, mostrando que o aumento de um médico de APS por 10.000 habitantes foi associado a 7,08 menos mortes de bebês por 10.000 nascidos vivos (50).

Evidências de pesquisa avaliativa multicêntrica apontaram que ocorreu desenvolvimento da atenção médica em municípios onde antes não havia médicos; melhoria da qualidade e aumento da quantidade de médicos formados no país; atuação dos médicos do PMM em áreas rurais e remotas; redução de municípios com carência de médicos; provimento de médico em áreas Quilombolas e em todos os DSEIs. Como resultados do PMM, também foram encontrados fortalecimento e aumento da cobertura da APS em todo o território nacional; redução de hospitalizações por causas evitáveis; criação de vínculo entre médico e paciente; atendimento humanizado; e maior satisfação da população e dos gestores com os serviços de saúde (51).

Um estudo de custo do provimento de médicos para áreas rurais e remotas estimou um custo anual de US\$ 1,1 bilhão, que cobriu provisões médicas, educação continuada e supervisão, sendo que a maior parte foi financiada pela União, com percentual de 92,6%. Conclui que o gasto com o PMM foi moderado em relação aos benefícios em potencial à saúde da população (52).

O estudo que analisou o PMM à luz das recomendações da OMS relacionadas ao aprimoramento da atração, do recrutamento e da retenção de profissionais de saúde em áreas

remotas e rurais encontrou que o PMM atendeu 37,5% das recomendações feitas pela OMS e, alguns itens não contemplados pelo PMM já estavam contemplados na PNAB (53). Essas recomendações são relativas à educação, à regulação, aos incentivos financeiros e ao apoio pessoal e profissional (4). Em relação à educação, o PMM convergiu quando propôs escolas médicas fora das grandes cidades e o desenvolvimento profissional contínuo (curso de especialização). O incentivo financeiro foi implementado por meio de rendimento mensal não tributável e outros auxílios para deslocamento, moradia e alimentação. No item apoio profissional, o PMM atendeu apenas a recomendação de aprimoramento das condições de trabalho por meio do eixo infraestrutura (53).

1.4 POR QUE É IMPORTANTE FAZER ESTA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS?

Diante da relevância do cenário apresentado, com a verificação de resultados importantes do PMM em relação aos seus objetivos, pode-se afirmar que o programa modificou significativamente o cenário da APS no país. Tal importância se refletiu também na academia, com crescente interesse na pesquisa relacionada ao programa. Muitos estudos foram propostos e envolveram os três eixos, com destaque aos relacionados ao eixo do provimento emergencial (39,40,45,46).

Após anos apresentando dificuldades para a expansão dos serviços de APS e intervenções com efeitos limitados sobre a distribuição de médicos em áreas rurais e remotas, o PMM apresentou resultados animadores para o fortalecimento da APS e do SUS.

O governo federal com o lançamento do PMM resolveu mesmo priorizar a APS, o acesso ao sistema e a população brasileira. O programa foi desenhado com bases em análises técnicas, políticas, financeiras e estudos científicos. Este estudo pretende adicionar e contribuir

para a base de evidências sobre o Mais Médicos. Para isso, propõe abordar os estudos qualitativos sobre as percepções e experiências de usuários, gestores e médicos sobre o PMM. A proposta justifica-se pela percepção de que há uma lacuna de estudos que consolidem e sistematizem a dimensão qualitativa dos estudos, apontando para os atores interessados. Não menos importante é a inovação na aplicação da metodologia da Síntese de Evidência Qualitativa (SEQ) nos estudos sobre o PMM, ainda não realizada, apesar do número expressivo de estudos qualitativos produzidos e que tem despertado cada vez mais interesse no cenário de pesquisas sobre políticas públicas.

Compartilhamos da premissa de que a tomada de decisão em políticas públicas deve ser orientada pela melhor informação disponível, entendendo como essencial o papel das evidências científicas para informar as políticas públicas. Entender como o PMM atinge os principais interessados é fundamental para levantar questões referentes a aceitabilidade e viabilidade. Para fins deste estudo, definiremos “aceitabilidade” como o grau que a intervenção é considerada razoável entre os beneficiários afetados por ela. A viabilidade refere-se à probabilidade que a intervenção pode ser executada ou implementada adequadamente em determinado contexto. Está relacionada à satisfação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado, quanto ao PMM e quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (54).

A partir da verificação da existência de uma quantidade importante de estudos qualitativos sobre o PMM (47,55-57), consideramos que esta SEQ complementou às evidências levantadas sobre os efeitos da intervenção nos resultados de redistribuição de profissionais médicos no território nacional, na redução de inequidades regionais e dos vazios assistenciais, na ampliação da cobertura de APS, na redução das ICSAP e nos valores gastos com o programa. As evidências qualitativas também nos informaram sobre fenômenos e potenciais resultados indesejados ou inesperados (58).

Este estudo fornece informações úteis à discussão governamental sobre a reformulação do programa, podendo contribuir significativamente com o processo, no momento que o PMM está em fase de reestruturação, fornecendo indicativos sobre os mecanismos e caminhos para a mudança e uma melhor intervenção futura.

Por fim, e não menos importante, esta SEQ contribuiu para o desenvolvimento da pesquisa na área de políticas públicas no Brasil, aplicando e disseminando a metodologia ainda pouco explorada no país e poderá informar desenhos futuros de pesquisas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as percepções e experiências de usuários, gestores e médicos acerca do Programa Mais Médicos (PMM).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar experiências e vivências de usuários, gestores e médicos sobre o PMM.
- b) Identificar aceitabilidade/satisfação de usuários, médicos e gestores com o PPM.
- c) Identificar os principais desafios do PMM na visão de usuários, gestores e médicos.

3 MÉTODOS

Como proposta metodológica, este trabalho elabora uma SEQ, com vistas a explorar as percepções e experiências de médicos, usuários e gestores sobre o PMM, seguindo os passos e orientações para elaboração de sínteses da *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care* (EPOC) (59). Informamos que a forma de apresentação dos dados está de acordo com o referido protocolo.

As SEQ nos informam como diferentes atores e grupos populacionais valorizam desfechos distintos, sejam eles clínicos ou não clínicos (uso de recursos, serviços e satisfação) e são usadas para avaliar como os benefícios e malefícios de uma intervenção são importantes para as pessoas e a implementação de intervenções em diferentes contextos (54).

A metodologia para o desenvolvimento da SEQ seguiu rigorosos padrões metodológicos, prezando pela transparência. É operacionalizada por etapas que incluíram a pergunta de revisão, a elaboração de estratégias de busca e as buscas nas bases de dados, o desenvolvimento de critérios de seleção de estudos (inclusão e exclusão), a extração de dados, avaliação da qualidade dos dados dos estudos primários, a análise e a síntese (60).

3.1 CRITÉRIOS PARA CONSIDERAR ESTUDOS PARA ESTA REVISÃO

3.1.1 Tipo de estudos

Esta é uma revisão sistemática de estudos primários qualitativos. Foram incluídos todos os estudos que usaram métodos qualitativos para a coleta de dados (por exemplo, entrevistas de grupo focal, entrevistas individuais, observação, análise de documentos) e que utilizaram métodos qualitativos para a análise de dados (por exemplo, análise temática, análise

de estrutura, teoria fundamentada). Foram excluídos estudos que coletaram dados usando métodos qualitativos, mas não realizaram uma análise qualitativa (por exemplo, perguntas de pesquisa aberta onde as respostas foram analisadas usando estatística descritiva). Estudos de métodos mistos foram incluídos, quando foi possível extrair os resultados derivados de pesquisas qualitativas.

3.1.2 Tipo de participantes

Foram incluídos estudos que focaram nas percepções e experiências de médicos participantes do PMM – brasileiros e estrangeiros, médicos supervisores, médicos tutores, usuários do SUS, incluindo indígenas, quilombolas, mulheres e gestores públicos, incluindo secretários municipais de saúde, coordenadores de atenção primária dos municípios e gestores estaduais – membros da Comissão de Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos e apoiadores institucionais das Secretarias Estaduais de Saúde.

Foi realizada busca de suas experiências sobre o PMM nos diferentes espaços e funções que ocupavam. Foram incluídos estudos de todas as regiões do país e de municípios de diferentes portes populacionais – pequenos, médios e grandes metrópoles, incluindo capitais de estados.

3.1.3 Fenômeno de interesse

Os fenômenos de interesse são as percepções, opiniões e experiências relatadas pelos gestores, médicos e usuários sobre o PMM, principalmente ao que concerne à aceitação, à satisfação e aos desafios atribuídos ao Programa e suas causas.

3.2 MÉTODOS DE PESQUISA PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS

3.2.1 Buscas eletrônicas

As buscas nas bases de dados PUBMED, BVS e Plataforma de Conhecimento do Mais Médicos foram realizadas no dia 15 de fevereiro de 2021, tendo como resultados 1.188 estudos recuperados, distribuídos da seguinte forma: 67 estudos no PUBMED, 799 estudos na BVS Saúde e 322 estudos na Plataforma de Conhecimentos do PMM.

Foi utilizada a mesma estratégia de busca nas três bases citadas:

(Programa Mais Médicos) OR (More Doctors)

Essas bases de dados foram porque acreditou-se que elas forneceriam rendimento maior de resultados, com base na experiência dos pesquisadores e devido ao PMM ser um programa local, implementando no Brasil. Não foram utilizados limites de idioma. Foi utilizado o filtro de tempo – de 2013 a 2021.

Uma nova busca nas mesmas condições (estratégia, bases) foi realizada em 15 de setembro de 2021, aplicando apenas o filtro tempo, selecionando apenas estudos publicados após 15 de fevereiro de 2021, com o objetivo de identificar novos estudos indexados nas bases e que satisfizessem os critérios de elegibilidade dessa pesquisa. Não foram encontrados resultados que satisfizessem os critérios definidos nesta síntese.

3.2.2 Pesquisando outros recursos

Foi realizada busca adicional no *Google Scholar* por representar uma base mais abrangente em termos de conteúdo sem, portanto, a inclusão de novos estudos.

3.2.3 Buscas Manuais

Foi realizada busca na lista de referência de todos os estudos incluídos para identificar outros estudos que eram associados à temática da síntese e não foram achados estudos para a inclusão posterior.

3.2.4 Seleção dos estudos

Foram coletados os registros identificados em diferentes fontes em uma base de dados, exportados para o software *Rayyan QCRI* (61). Em seguida foram avaliados (DLCS e JOMB) independentemente os títulos e resumos para identificar sua elegibilidade potencial. Nessa etapa, foram descartados resumos que eram claramente irrelevantes para o tema desta revisão. Os estudos encontrados foram escritos em língua portuguesa (a maioria) e em menor número em língua espanhola e inglesa. Não realizamos tradução.

O texto completo de todos os artigos potencialmente relevantes foi recuperado. Após, foi realizada a identificação de estudos duplicados e a aplicação dos critérios de elegibilidade e exclusão. Foram encontrados 744 estudos primários duplicados. Após a exclusão dos artigos duplicados restaram para análise dos títulos e resumos um total de 444 estudos.

A aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, por meio da leitura dos títulos e resumos dos estudos foi realizada por dois pesquisadores (DLCS e JOMB) com a utilização da função cegamento no *Rayyan* (61). Após desativamos a função e as divergências entre as posições dos pesquisadores foram resolvidas por um terceiro pesquisador (LSB), aplicando os critérios de inclusão e exclusão.

Não foi utilizada estratégia de amostragem dos estudos, conforme proposto no protocolo, visto que o número foi considerado razoável para ser trabalhado no tempo disponível para a elaboração de todas as fases da revisão proposta.

O protocolo de revisão foi previamente registrado no PROSPERO *International prospective register of systematic reviews* do *National Institute for Health Research* (NIHR), sob o código CRD42021251143.

3.3 EXTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DOS DADOS

Não foram utilizadas categorias pré-definidas a priori para a extração dos dados, apenas separamos os dados por subgrupo – gestor, médico e usuário. Houve aprofundamento no corpus de estudos e identificação das categorias emergentes, a partir das leituras atentas e exaustivas. Buscou-se identificar as percepções, opiniões e experiências dos atores sobre o PMM e os fatores que as influenciaram.

A partir da leitura do material, emergiram três categorias de análise, a saber: aceitação do PMM, desafios do PMM e desafios desvendados pelo PMM, que serão detalhadas em seção posterior desta dissertação.

Utilizamos um formulário de Excel para extrair as informações de interesse dos estudos, Apêndice B – Formulário de Extração de Dados que incluía: os nomes dos autores, ano de publicação dos estudos, título do estudo, objetivos, local de realização do estudo, metodologia empregada para coletar e analisar os dados, características dos participantes (sexo, idade, número) e principais achados.

3.4 SÍNTESE DOS DADOS

Para a síntese dos dados foi utilizada a síntese temática com utilização da técnica de análise de conteúdo, a qual permite a análise quantitativa e qualitativa de comunicações. Bardin configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (62).

A análise foi realizada levando em consideração as fases da análise de conteúdo descrita por Campos (63):

- I) Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do corpus: após a seleção dos estudos, procedemos às leituras flutuantes de todo o material, com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise;
- II) Seleção de unidades de análise ou significado: selecionamos as unidades de análise por meio da análise temática. O tema foi compreendido como uma escolha, vislumbrada por meio dos objetivos da pesquisa e indícios levantados com o material estudado;
- III) Preparação do material e exploração a partir das unidades de análise; e
- IV) Processo de categorização e subcategorização com a categorização dos dados como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade e que exprimem significados e elaborações importantes que atendiam aos objetivos do estudo, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos.

Um autor da revisão examinou os achados, condensando e mesclando conteúdo semelhante e desenvolvendo subtemas. Cada tema foi codificado em conjunto com outros subtemas. Buscou-se as similaridades, reiteraões, diferenças e discrepâncias para que fosse

possível fazer comparações entre eles. Os temas foram analisados e aproximados de acordo com o enunciador – gestor, médico e usuários, utilizando códigos de cores. Sintetizou-se os temas identificados utilizando a aproximação e comparação entre eles e assim extraiu-se os achados da revisão que serão apresentados na seção de Resultados. Posteriormente, foi realizada releitura dos estudos incluídos para verificar se todos os dados relevantes haviam sido extraídos.

O agrupamento dos dados extraídos dos estudos primários foi feito por meio da frequência quantitativa e repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes e por relevância (tema importante que não se repete no relato de outros respondentes, mas que guarda em si, riqueza para o estudo).

Foram analisados os estudos primários destacando as percepções e experiências relatadas por gestores, médicos e usuários relacionadas a aceitabilidade/satisfação com o programa e os fatores que contribuíram para ela. Destacamos os desafios identificados, sendo esses em relação ao PMM e os desafios que foram desvendados a partir da implementação do programa.

3.5 AVALIAÇÃO DAS LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Para avaliar as limitações metodológicas (ou qualidade) dos estudos incluídos, utilizamos a ferramenta de avaliação *Critical Appraisal Skills Program (CASP)* (64) para estudos qualitativos, adaptada, que incluiu nove perguntas, conforme:

- I) Há declaração clara dos objetivos da pesquisa?
- II) A metodologia qualitativa é apropriada?
- III) O desenho da pesquisa foi apropriado para atender aos objetivos da pesquisa?
- IV) A estratégia de recrutamento foi adequada aos objetivos da pesquisa?

- V) Os dados foram coletados de maneira a abordar a questão da pesquisa?
- VI) A relação entre pesquisador e participantes foi considerada adequadamente?
- VII) Questões éticas foram levadas em consideração?
- VIII) A análise dos dados foi suficientemente rigorosa?
- IX) Existe uma declaração clara dos resultados?

A ferramenta sugere registrar "sim", "não" ou "não posso dizer" como respostas para cada pergunta. A avaliação é baseada em um determinado conjunto de critérios para cada pergunta. Foi conduzido um piloto em três dos estudos incluídos. O objetivo do piloto foi garantir a viabilidade da ferramenta e a integridade da avaliação.

O autor (DLCS) avaliou a qualidade metodológica dos estudos incluídos e, quando havia dúvidas, discutia o autor (JOMB) buscando a formação de consenso sobre a qualidade de cada estudo.

3.6 AVALIAÇÃO DA CONFIANÇA NOS ACHADOS DA REVISÃO

Foi utilizada a abordagem CERQual para avaliar a confiança nos achados de sínteses de evidências qualitativas (65). O CERQual avalia a confiança nas evidências com base em quatro componentes:

- I) Limitações metodológicas dos estudos incluídos: com objetivo de entender até que ponto há preocupações sobre o desenho ou a condução dos estudos primários que contribuiram para o achado de revisão individual.
- II) Coerência: uma avaliação de quão clara e convincente é a adequação entre os dados dos estudos primários e o achado que sintetiza os dados.

- III) Adequação dos dados que contribuem para um resultado da revisão: uma determinação geral do grau de riqueza e quantidade de dados que sustentam o achado de revisão.
- IV) Relevância dos estudos incluídos para a questão da revisão: em que medida os achados são aplicáveis a um conjunto de evidências dos estudos primários que apoiam a descoberta ao contexto (perspectiva ou população, fenômeno de interesse, cenário) especificado na pergunta de revisão.

Depois de avaliar cada um dos quatro componentes, julgamos a confiança geral em cada achado de revisão como alta, moderada, baixa ou muito baixa (66). A confiança nos achados de revisão foi classificada em um dos quatro níveis (66):

- I) Alta confiança: é altamente provável que o resultado da revisão seja uma representação razoável do fenômeno de interesse.
- II) Confiança moderada: é provável que o resultado da revisão seja uma representação razoável do fenômeno de interesse.
- III) Baixa confiança: é possível que o resultado da revisão seja uma representação razoável do fenômeno de interesse.
- IV) Confiança muito baixa: não está claro se o resultado da revisão é uma representação razoável do fenômeno de interesse.

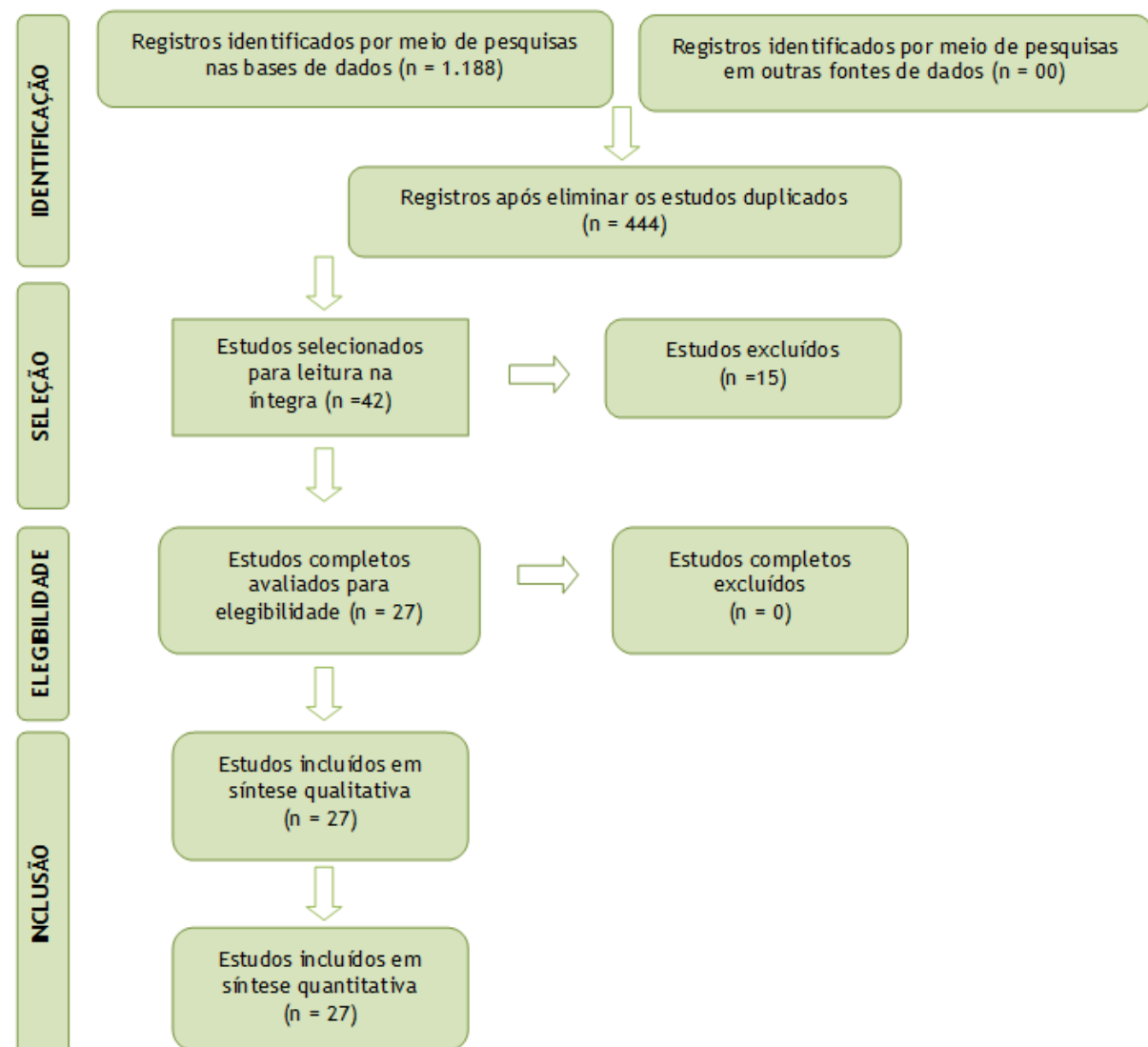
Os julgamentos foram baseados na suposição inicial de que todos os resultados eram de 'alta confiança' e então foi realizado o rebaixamento da confiança, caso houvesse preocupações importantes, em qualquer um dos componentes do CERQual. O ponto de partida de 'alta confiança' reflete uma visão de que cada conclusão da revisão deve ser vista como uma representação razoável do fenômeno de interesse, a menos que existam fatores que enfraqueçam

essa suposição. Como etapa final, preparou-se o quadro Perfil de Evidência para cada achado (Apêndice C).

4 RESULTADOS

Identificamos um total de 1.188 títulos e resumos publicados entre 2013 e 15 de fevereiro de 2021. Foram considerados 27 estudos primários com texto completo para inclusão nesta síntese. Todos os estudos da amostra foram publicados entre 2013 e 2020.

FIGURA 3 – Diagrama PRISMA



Fonte: autor

Dos 15 estudos excluídos após a leitura completa do texto, em dois estudos primários houve impossibilidade de separação dos dados do PMM dos dados do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), cinco estudos primários não foram publicados na íntegra (*papers* de conferência), cinco estudos primários tinham amostra não relacionada (análise das percepções dos profissionais da atenção primária sobre o PMM) e três estudos primários por tipo de estudo não relacionado, conforme Apêndice A.

4.1 DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

A maioria dos estudos incluídos foram publicados em periódicos. Três estudos são dissertações de mestrado completas (67-69) e dois estudos são publicações institucionais relatando resultados de pesquisa (70,71).

Os estudos incluídos utilizaram diferentes abordagens qualitativas para a coleta e análise de dados. Quatorze estudos utilizaram para coleta de dados a entrevista semiestruturada (70-83). Quatro estudos utilizaram como técnica de coleta de dados a combinação de entrevista semiestruturada e grupo focal (84-87). Três estudos utilizaram entrevista semiestruturada e observação (67,88,89) e um estudo utilizou entrevista semiestruturada, grupo focal e observação (90). Um estudo utilizou questionário (87), um estudo utilizou questionário e entrevista aberta (69). Um estudo utilizou grupo focal para coleta de dados (68), um estudo observação participante (91) e um estudo observação participante, entrevista em profundidade e grupo focal (92).

Todos os estudos inseridos abordaram as percepções, experiências e opiniões dos médicos, usuários e gestores sobre o PMM.

Dos 27 estudos incluídos nessa síntese, 18 abordaram o subgrupo de médicos (67,69-76,78,81,84-87,89,91,92), 16 estudos primários abordaram o subgrupo usuários

(67,70,71,73,77,79-81,84,85,87-91,93) e 13 estudos primários abordaram o subgrupo gestores (68,70,71,73,75,78,81,82,84,85,87,88,90).

A maioria dos estudos abordou mais de um subgrupo de interesse para a síntese, por exemplo, gestores médicos e usuários (70); médicos e usuários (91) e gestores e usuários (90).

Seis estudos primários abordaram exclusivamente os médicos (69,72,74,76,86,92), cinco estudos primários abordaram exclusivamente os usuários (77,79,80,83,93) e dois estudos primários abordaram exclusivamente os gestores (68,82).

4.2 PARTICIPANTES DOS ESTUDOS

Nos estudos incluídos na SEQ, identificamos que mais de 924 indivíduos foram sujeitos de pesquisa dos estudos primários, sendo pelo menos 663 usuários, 77 gestores e 184 médicos (22 supervisores e dois tutores). Dois estudos não especificaram o quantitativo de médicos pesquisados (75,91), dois estudos não especificaram o quantitativo de usuários pesquisados (90,91) e dois estudos não especificaram o quantitativo de gestores pesquisados (75,90). Assim, inferiu-se que o número de participantes dos estudos primários seria maior do que o descrito.

Não foi realizado contato com os autores dos estudos primários para identificar o quantitativo, quando o relatório não trazia tal informação, devido ao tempo para a realização desta síntese. Essa questão foi considerada como uma limitação metodológica do estudo.

A maioria dos estudos que dizia respeito ao subgrupo médicos versou sobre médicos estrangeiros, com treze estudos abordando esse público (67,70,71,73,76-78,81,84,86,87,89,91), e dois estudos versaram sobre médicos brasileiros (73,74). Três estudos realizados com médicos não especificaram a nacionalidade (69,85,92). Em relação aos médicos

supervisores, cinco estudos os tiveram como público de interesse (69,71,75,85,86) e dois estudos versam sobre os médicos tutores (71,85).

Treze estudos abordaram o subgrupo gestores. Três referiam-se aos Secretários Municipais de Saúde (82,87,88); quatro referiam-se aos Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores da Atenção Primária Municipal (70,78,84,90), um estudo foi realizado com os coordenadores da APS municipal (68) e três estudos não especificaram as características dos gestores (73,75,81). Um estudo teve como público os gestores estaduais na figura dos membros da Comissão de Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos no estado de Sergipe e apoiadores estaduais da SES/SE (68) e um os membros da Comissão de Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos do estado do Mato Grosso (85).

No subgrupo usuários, a maioria do público-alvo dos estudos primários era do sexo feminino em três estudos (77,84,93). Oito estudos não informavam as características dos usuários, informando apenas que os usuários foram atendidos por médicos participantes do PMM (67,70,71,73,79,80,83,87). Dois estudos foram realizados com usuários indígenas (89,91) e três estudos realizados com população quilombola (81,84,90).

4.3 CONTEXTO E CENÁRIO DOS ESTUDOS

Os estudos incluídos foram realizados em todas as regiões do país, com destaque para a região Nordeste, principalmente o estado do Ceará, e Sudeste, no estado de Minas Gerais. Destaca-se os diversos perfis de municípios que foram pesquisados - metrópoles urbanas e capitais de estados de todas as regiões do país, exceto da região Sul, cidades de médio porte (maiores de 100 mil habitantes), municípios rurais e remotos localizados principalmente nas regiões Norte e Nordeste, municípios de fronteira nos extremos sul e norte do país, municípios com população indígena na região Norte e população quilombola nas regiões Norte e Nordeste.

Seis estudos incluíram as capitais de estados. São elas Rio de Janeiro (71,86), Fortaleza (87,88), Belo Horizonte (70), Brasília e Rio Branco (87). Um estudo informa que foi realizado em uma metrópole industrializada da região sudeste, sem defini-la (75). Ainda há dois estudos realizados em municípios com mais de 100 mil habitantes, em Teixeira de Freitas/BA, Tapeçerica da Serra/SP (87) e Campinas/SP (76).

Abordando as áreas indígenas e quilombolas, dois estudos foram realizados em áreas indígenas da região norte, sendo um no estado do Tocantins (91) e outro nos polos-base indígenas no estado do Amazonas - DSEI Belém do Solimões - municípios de Tabatinga, Campo Alegre, São Paulo de Olivença e Betânia, Santo Antônio do Içá (89). Três estudos abordaram áreas geográficas habitadas por população quilombola nos estados do Pará (81,84,90) e Pará e Rio Grande do Norte (77).

Dois estudos foram realizados em regiões pobres e vulneráveis de todas as regiões do país (72,93), um estudo realizado em todas as regiões do país, sem especificar o porte dos municípios (74).

Há estudos referentes às regiões Nordeste e Centro-Oeste, abordando os estados de Sergipe (68) e Bahia (69) e Mato Grosso (85), sem especificar os municípios.

Na região Nordeste, quatro estudos foram realizados em municípios do estado do Ceará, descritos da seguinte forma: 12 municípios do Ceará, não especificando o tamanho (88); no município de Viçosa do Ceará/CE (79), nos municípios de municípios de Fortaleza/CE, Itatira/CE, Sobral/CE, Granja/CE, Crato/CE e Salitre/CE, Parambu/CE e Caucaia/CE (73) e um estudo no município de Mossoró/RN, no estado do Rio Grande do Norte (77).

Na região Norte, além das áreas indígenas e quilombolas, há estudos realizados nos municípios de fronteira de São Gabriel da Cachoeira/AM (78) e em município da região amazônica, sem especificar (75).

Na região Sudeste, um estudo foi realizado em um município de pequeno porte do estado do Espírito Santo (92), um estudo em município de pequeno porte do estado de São Paulo (80), um estudo no município de Juatuba/MG (67) e nos municípios de Barão de Cocais/MG, Juatuba/MG, Conceição das Alagoas/MG e Belo Horizonte/MG (70).

Por fim, um estudo foi realizado na região Sul, em municípios da fronteira do extremo sul do Brasil – Jaguarão/RS, Santana do Livramento/RS, Chuí/RS, Quaraí/RS, Barra do Quaraí/RS e Aceguá/RS (82).

4.4 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DOS ESTUDOS – CASP

A avaliação crítica dos estudos incluídos foi realizada por meio da ferramenta CASP (64),

Em quinze estudos percebeu-se que há insuficiente relato das estratégias de recrutamento dos participantes (67,69-73,75,78,79,81,84,86,87,91,92) e um utilizou estratégia considerada inadequada, por redes afetivas (76).

Há insuficiente descrição das informações sobre a relação entre pesquisador e participantes em 18 estudos (67,69,72,75-82,84,86,87,90-93).

Embora a maioria dos estudos tenha dado alguma descrição, mesmo que muito breve, do contexto, participantes, amostragem, métodos e análises, quatro estudos não realizaram análise de dados suficientemente rigorosa (75,76,84,91) e dois estudos não relataram questões éticas (75,91).

Encontramos relatórios pobres ou nenhum relato de reflexividade do pesquisador em todos os estudos. Em particular, as discussões ou reflexões sobre as próprias percepções dos autores sobre o PMM e como elas afetavam o objeto de pesquisa geralmente não existiam. Essa falta de discussão e reflexão foi particularmente preocupante em estudos realizados por

pesquisadores que trabalham em agências ou instituições que provavelmente teriam interesse envolvido com o PMM, como a execução do recrutamento internacional de médicos, por meio de cooperação técnica em saúde, com o recebimento e administração recursos financeiros do governo federal.

O QUADRO 3 detalha a aplicação da CASP nos estudos elegíveis desta síntese.

QUADRO 3 - *Critical Appraisal Skills Program (CASP)*

(continua)

Estudo	Autor	Há declaração clara dos objetivos da pesquisa?	A metodologia qualitativa é apropriada?	O desenho da pesquisa foi apropriado para atender aos objetivos da pesquisa?	A estratégia de recrutamento foi adequada aos objetivos da pesquisa?	Os dados foram coletados de maneira a abordar a questão da pesquisa?	A relação entre pesquisador e participantes foi considerada adequadamente?	Questões éticas foram levadas em consideração?	A análise dos dados foi suficientemente rigorosa?	Existe uma declaração clara dos resultados?
A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil	FRANCO 2018 (86)	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
A integralidade nas práticas de saúde após implantação do programa Mais Médicos - a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia - Juatuba/MG	ABREU CRUZ 2015 (67)	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
A interface entre saúde indígena e o Programa Mais Médicos para o Brasil no Tocantins: uma análise a partir do povo Xerente	MARQUEZAN 2018 (91)	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	não posso dizer	não posso dizer	não posso dizer	sim
A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos	MELO 2016 (79)	sim	sim	sim	não	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais	TERRA 2016 (72)	sim	sim	sim	não	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
Analisis del reclutamiento internacional de profesionales de salud para el Programa Más Médicos del Brasil	BORGES s/data (83)	sim	sim	sim	não posso dizer	não posso dizer	não posso dizer	não	não posso dizer	não
Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais Um estudo de casos múltiplos	OPAS 2017 (70)	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	sim	sim	sim	sim

QUADRO 3 – *Critical Appraisal Skills Program (CASP)*

(continua)

Estudo	Autor	Há declaração clara dos objetivos da pesquisa?	A metodologia qualitativa é apropriada?	O desenho da pesquisa foi apropriado para atender aos objetivos da pesquisa?	A estratégia de recrutamento foi adequada aos objetivos da pesquisa?	Os dados foram coletados de maneira a abordar a questão da pesquisa?	A relação entre pesquisador e participantes foi considerada adequadamente?	Questões éticas foram levadas em consideração?	A análise dos dados foi suficientemente rigorosa?	Existe uma declaração clara dos resultados?
O Projeto Mais Médicos e os gestores da atenção básica do estado de Sergipe: uma análise de capacidade de governo e de governabilidade	FERREIRA 2016 (68)	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	Sim
O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados	TAVARES 2017 (80)	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
Percepção de usuários do Sistema Único de Saúde acerca do Programa Mais Médicos em um município do interior do Ceará	LOPES 2017 (75)	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil	SILVA 2016 (73)	sim	sim	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará	PEREIRA 2018 (90)	sim	sim	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai	LEMÕES 2019 (78)	sim	sim	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro Mais acesso, equidade e resolutividade na APS	OPAS 2016 (71)	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	sim	sim	sim	sim

QUADRO 3 – *Critical Appraisal Skills Program (CASP)*

(continua)

Estudo	Autor	Há declaração clara dos objetivos da pesquisa?	A metodologia qualitativa é apropriada?	O desenho da pesquisa foi apropriado para atender aos objetivos da pesquisa?	A estratégia de recrutamento foi adequada aos objetivos da pesquisa?	Os dados foram coletados de maneira a abordar a questão da pesquisa?	A relação entre pesquisador e participantes foi considerada adequadamente?	Questões éticas foram levadas em consideração?	A análise dos dados foi suficientemente rigorosa?	Existe uma declaração clara dos resultados?
Programa Mais Médicos: percepção dos usuários e dos profissionais do SUS	CARRAPATO 2016 (76)	sim	sim	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
Programa Mais Médicos: contribuições aos processos de trabalho e desafios para a integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família	BOITEUX 2020 (92)	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
Projeto Mais Médicos para o Brasil: um estudo de caso em comunidades quilombolas	PEREIRA 2015 (84)	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	não posso dizer	sim	não posso dizer	sim
Saúde e empoderamento das mulheres: estudo de caso do Programa Mais Médicos em municípios com presença de médicos cubanos	COMES 2020 (87)	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	não posso dizer	sim	sim	sim
Sistemas de saúde, cooperação horizontal e o Programa Mais Médicos no Brasil	PAULA 2018 (81)	sim	sim	sim	não posso dizer	sim	sim	sim	sim	sim

Fonte: autor.

4.5 CONFIANÇA NOS ACHADOS DA REVISÃO

Com base nas avaliações CERQual, dos 22 achados de revisão houve confiança alta em seis e confiança moderada em quatro, indicando que os estudos foram uma boa representação do fenômeno de interesse. Em poucos achados houve confiança baixa (dois) e muitos achados tivemos confiança muito baixa (dez), indicando que eles podem não representar bem o fenômeno de interesse.

As principais preocupações estavam relacionadas às limitações metodológicas dos estudos, à relevância e à adequação dos dados. Para vários achados, os dados foram avaliados como apenas parcialmente relevantes, principalmente porque os estudos incluídos representavam uma pequena variedade de locais e havia preocupação com a relevância desses estudos para outros locais.

Dessa forma, quando percebemos que os estudos primários que embasaram os achados não contemplaram todas as regiões do país e diferentes perfis de municípios, baixamos a confiança na relevância para refletir a preocupação, muito embora todos os estudos tenham sido realizados no cenário de interesse, a APS no SUS, com a população e o fenômeno de interesse.

Alguns achados foram sustentados por poucos estudos, com número reduzido de participantes, visto que houve o cuidado de avaliar isso por cada um dos subgrupos analisados. Quando avaliamos que a capacidade informacional dos dados ficaria comprometida, baixamos a confiança na evidência em adequação dos dados. Foi utilizada como diretriz para definições para baixar ou não a confiança na evidência em adequação de dados o número de participantes dos estudos primários, bem como a quantidade de estudos que embasavam o achado da revisão. Quanto ao número de participantes, em cada subgrupo, representava metade somado a um (esse número representa pelo menos 332 usuários, 39 gestores e 93 médicos) e o achado era

sustentado por muitos estudos, não baixamos a confiança. Em caso contrário a confiança foi reduzida.

O maior problema encontrado, referente à aplicação dos itens da CERQual foi em relação a limitações metodológicas. Houve problemas como a supressão de informações sobre a coleta e análise de dados, a reflexividade e implicações do pesquisador com a pesquisa, insuficiência de descrição de características de participantes e questões éticas não descritas nos relatórios.

A tabela Perfil da Evidência, que apoia a avaliação de confiança em cada achado, pode ser encontrada no Apêndice C.

4.6 ACHADOS

Os achados foram organizados em três categorias. Na primeira categoria, concentramos os que enfatizavam a aceitação do PMM e os fatores que contribuíram para ela, incluindo as opiniões e experiências dos médicos, usuários e gestores sobre o programa e as mudanças ocorridas após sua implementação. Na segunda categoria, apresentamos os achados que traziam os desafios do PMM. Na terceira categoria, os problemas crônicos da APS e do SUS que foram desvendados pelo programa. Estes últimos surgiram com bastante frequência em todos os públicos pesquisados e, provavelmente, influenciam a forma como o sistema público de saúde é visto pela população. Abaixo há uma breve explicação sobre as categorias definidas:

Categoria 1 - Aceitabilidade da intervenção (o grau que a intervenção foi considerada razoável pelos gestores, médicos e usuários. Envolve questões de satisfação com o PMM, com o atendimento médico e com os efeitos percebidos após a implementação).

Categoria 2 – Desafios do PMM (fatores identificados como problemáticos e que tiveram relação direta com o PMM e dificultam a implementação).

Categoria 3 – Desafios desvendados pelo PMM (fatores do território, da organização dos serviços de APS e do SUS que afetam o cuidado ofertado aos usuários).

Exploraremos cada achado de revisão em profundidade, levando em conta essas categorias e esses domínios nas seções a seguir, analisando cada um dos subgrupos estudados.

4.6.1 Resumo das Constatações

A seguir será apresentado o QUADRO 4 - Resumo dos Achados, que expressa a avaliação geral de confiança nos achados da síntese e sua respectiva explicação.

QUADRO 4 - Resumo dos Achados Qualitativos.

(continua)

Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual
ACEITABILIDADE				
GESTORES	Nos perfis municipais estudados, os gestores expressaram satisfação com a possibilidade de estruturar e planejar os sistemas locais de saúde com a presença de médicos nas equipes, em tempo integral, possibilitado pela adesão ao PMM	SCHWEICKARDT, 2016 (74); LEMÕES, 2019 (78); OPAS, 2017 (70); OPAS, 2016 (71); FERREIRA, 2016 (68); PEREIRA, 2015 (84); SANTOS, 2016 (88); MOTA, 2016 (85); BORGES, SEM DATA (83); COMES, 2020 (87)	Confiança muito baixa	Devido a preocupações sérias como limitações metodológicas. Não há preocupações em relação a coerência, adequação de dados e relevância.
	Os gestores de diferentes perfis de municípios de todas as regiões do país expressaram satisfação com a adesão ao PMM que proporcionou ampliação do acesso aos serviços de APS e maior diversidade de ações e ofertas de cuidado com resolutividade, devido ao atendimento ofertado pelos médicos estrangeiros que inclui ações coletivas como a promoção e educação em saúde, além de ações de prevenção de doenças	PEREIRA, 2015 (84); PEREIRA, 2018 (90); SCHWEICKARDT, 2016 (74); PAULA, 2018 (81); SANTOS, 2016 (88); OPAS, 2016 (71); MOTA, 2016 (85); LEMÕES, 2019 (78); FERREIRA, 2016 (68); OPAS, 2017 (70).	Confiança muito baixa	Devido a preocupações sérias como limitações metodológicas. Não há preocupações em relação a coerência, adequação de dados e relevância.
	Os gestores de diferentes perfis de municípios, incluindo pequenos e localizados em regiões rurais e remotos expressaram satisfação e elogiaram o PMM, pelas vantagens fornecidas, porém manifestaram preocupação com a perda de recursos das equipes	SANTOS, 2016 (88); MOTA, 2016 (85); OPAS, 2017 (70); PEREIRA, 2017 (77); PEREIRA, 2018 (90)	Confiança alta	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas, coerência, adequação dos dados e relevância.
	Os gestores de diferentes perfis de municípios expressaram satisfação com a atuação dos médicos estrangeiros, devido ao relacionamento humanizado que estabeleceram com a população e a sua forma de atuação que considera múltiplas dimensões que afetam a saúde dos usuários	SANTOS, 2016(88); PAULA, 2018 (81); OPAS, 2017 (70); OPAS, 2016 (71); FERREIRA, 2015(68)	Confiança moderada	Devido a preocupações menores em limitações metodológicas e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, adequação dos dados e relevância
	DESAFIOS DO PMM			
	Os gestores estaduais e municipais da região nordeste e sudeste apontaram que a supervisão do PMM é um fator de preocupação, devido à ausência de padronização nas orientações fornecidas aos médicos e falta de alinhamento nas condutas dos supervisores.	OPAS, 2016 (71); FERREIRA, 2016 (68).	Confiança muito baixa	Devido a preocupações sérias em adequação dos dados e relevância. Nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas e coerência.

QUADRO 4 – Resumo dos Achados Qualitativos.

(continua)

Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual	
ACEITABILIDADE DA INTERVENÇÃO					
USUÁRIOS	Os usuários atendidos pelos médicos estrangeiros participantes do programa, moradores de diferentes perfis e tamanhos de municípios, incluindo comunidades quilombolas, sentiram-se satisfeitos e respeitados no atendimento ofertado pelos médicos estrangeiros, compreenderam bem as orientações recebidas e elogiaram a postura do médico que os tratou com paciência e possibilitou o diálogo, escutando atentamente as queixas apresentadas.	OPAS 2017 (70), PEREIRA, 2017 (77); COMES, 2016 (93); SANTOS, 2016 (88); COMES, 2020 (87); SILVA, 2016 (73); CARRAPATO, 2016 (76); PEREIRA, 2018 (90); PEREIRA, 2015 (84)	Confiança moderada	Devido a preocupações moderadas em limitações metodológicas e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, adequação dos dados e relevância.	
	Os usuários atendidos pelos médicos do programa, incluindo os moradores de comunidades quilombolas, expressaram grande satisfação em conseguir atendimento na unidade de saúde e esse atendimento ocorrer em tempo oportuno, proporcionando acesso à consulta médica e ao sistema de saúde quando necessitam	OPAS 2017 (70), COMES, 2016 (93); COMES, 2020 (87); PEREIRA, 2015 (84), PEREIRA, 2017 (77); LOPES, 2017 (75); MELO, 2016 (79); SILVA, 2016 (73)	Confiança moderada	Devido a preocupações menores em limitações metodológicas e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência e relevância e preocupações moderadas em adequação dos dados.	
	DESAFIOS DO PMM				
	Os usuários atendidos pelos médicos do PMM, incluindo indígenas, apontaram a dificuldade de compreensão do idioma falados pelos médicos estrangeiros, superada com a convivência entre eles e com a ajuda dos profissionais da equipe. No seu entendimento essa dificuldade não prejudicou o cuidado.	MARQUEZAN, 2018 (91); MELO, 2016 (79); PEREIRA, 2017 (77); COMES, 2016(93); SANTOS, 2016 (88); LOPES, 2017(75); SCHWEICKARDT, 2016 (74); SILVA, 2016(73)	Confiança alta	Devido a preocupações menores em limitações metodológicas e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, adequação dos dados e relevância.	
Os usuários atendidos pelos médicos participantes apresentavam conhecimento insuficiente sobre o PMM, devido a falhas nas estratégias de divulgação do do programa.	MELO, 2016 (79); SANTOS, 2016 (88); CRUZ, 2015 (67); LOPES, 2017(75)	Confiança muito baixa	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas e coerência e preocupações sérias em adequação dos dados e relevância.		

QUADRO 4 – Resumo dos Achados Qualitativos.

(continua)

Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual
DESAFIOS DESVENDADAS PELO PMM				
USUÁRIOS	Os usuários moradores de comunidades quilombolas e municípios rurais e remotos apontaram que barreiras geográficas e as grandes distâncias até as unidades de saúde dificultaram o acesso e utilização dos serviços de APS, sendo que a ausência de transporte adequado contribuiu para essa situação.	COMES, 2016 (93); PEREIRA, 2017(77); PEREIRA, 2015(84);	Confiança muito baixa	Devido a preocupações menores em limitações metodológicas, nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, preocupação moderadas em adequação dos dados e preocupações sérias em relevância.
	Os usuários atendidos por médicos do PMM apontaram fatores que interferem negativamente no cuidado e resolutividade de suas necessidades de saúde, como a indisponibilidade de exames diagnósticos, a falta de medicamentos, a dificuldade de acesso a médicos especialistas e a precária infraestrutura dos serviços de APS.	COMES, 2016 (93); PEREIRA, 2017(77); PEREIRA, 2015(84); SILVA, 2016(73); COMES, 2020(87)	Confiança alta	Devido a preocupações menores em limitações metodológicas e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, adequação dos dados e relevância.
ACEITABILIDADE				
MÉDICOS	Os médicos estrangeiros sentiram-se acolhidos nas equipes e apontaram a boa relação estabelecida com os gestores municipais, equipe multiprofissional, incluindo médicos e usuários, apesar de algumas dificuldades iniciais enfrentadas.	TERRA, 2016 (72); TAVARES, 2017 (80); FRANCO, 2018 (86); CRUZ, 2015 (67); BOITEUX, 2020(92);	Confiança moderada	Devido a preocupações muito menores em limitações metodológicas, nenhuma ou preocupações muito menores em coerência e relevância e preocupações moderadas em adequação dos dados.
	Em relação aos benefícios ofertados pelo PMM - bolsa, auxílios (alimentação, moradia e transporte) e contrato laboral - houve divergências de opiniões entre os profissionais estrangeiros e brasileiros. Os primeiros os consideraram satisfatórios, enquanto os médicos brasileiros e supervisores os avaliaram como insatisfatórios, concordando apenas com o fato de que o treinamento inicial deveria ter sido maior	TERRA, 2016 (72); BAIÃO, 2016(82); BOITEUX, 2020(92)	Confiança muito baixa	Devido a preocupações muito menores em limitações metodológicas, preocupações sérias em adequação dos dados e relevância.

QUADRO 4 – Resumo dos Achados Qualitativos.

(continua)

Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual	
ACEITABILIDADE					
MÉDICOS	Os médicos estrangeiros, atuantes em municípios rurais e remotos, áreas indígenas e grandes metrópoles, expressaram satisfação com a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS) na APS brasileira, que no seu entender auxilia no sucesso do cuidado ofertado pelas equipes.	SCHWEICKARDT, 2016 (74); MARQUEZAN, 2018 (91); FRANCO, 2018(86); TERRA, 2016(72)	Confiança muito baixa	Devido a preocupações moderadas em limitações metodológicas, preocupações sérias em adequação dos dados e preocupações moderadas em relevância.	
	Os médicos estrangeiros participantes do programa expressaram satisfação com o curso de especialização ofertado pelo PMM que auxiliou na prática de cuidado, inclusive em regiões de população indígena	MARQUEZAN, 2018 (91); TERRA, 2016 (72)	Confiança muito baixa	Devido a preocupações sérias em limitações metodológicas, adequação dos dados e relevância.	
	Os médicos supervisores ressaltaram que a formação e a experiência prévia dos médicos estrangeiros favoreceram o cuidado ofertado aos usuários.	SCHWEICKARDT, 2016 (74); PEREIRA, 2015 (84); MOTA, 2016 (85); MARQUEZAN, 2018 (91)	Confiança baixa	Devido a preocupações moderadas em limitações metodológicas, nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, preocupações moderadas em adequação de dados e relevância	
	DESAFIOS DO PMM				
	Os médicos estrangeiros participantes do programa apontaram o idioma como uma importante barreira para a oferta do cuidado aos usuários, fato relatado também nas áreas de população indígena, porém tal dificuldade foi superada com a convivência com os usuários e o auxílio de outros profissionais da equipe	MARQUEZAN, 2018(91); TERRA, 2016(72); PAULA, 2018 (81), SCHWEICKARDT, 2016 (74). BAIÃO, 2016 (82)	Confiança baixa	Devido a preocupações moderadas com limitações metodológicas, adequação dos dados e relevância e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência,	
Os médicos participantes do programa e supervisores apontaram que a supervisão como umas das fragilidades do PMM, pois há indefinição de ações e falta de clareza do papel do supervisor, inclusive para ele mesmo.	PAULA, 2018 (81); VIEIRA, 2017 (69); BAIÃO, 2016 (82)	Confiança muito baixa	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas e coerência e preocupações sérias em adequação dos dados e relevância.		

QUADRO 4 – Resumo dos Achados Qualitativos.

(conclusão)

Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual
DESAFIOS DESVENDADOS PELO PMM				
	Os médicos participantes do programa apontaram que alguns fatores influenciam negativamente a qualidade do cuidado e dificultam a integração e coordenação de serviços, a partir da APS, tais como a dificuldade de acesso a especialistas e as falhas no processo de referência e contrarreferência	TERRA, 2016 (72); MOTA, 2016(85); BOITEUX, 2020 (92); TAVARES, 2017 (80); BAIÃO, 2016(82); PEREIRA, 2017(77); CRUZ, 2015(67); FRANCO, 2018(86); PAULA, 2018(81); SCHWEICKARDT, 2016(74); COMES, 2020 (87)	Confiança alta	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas, coerência, adequação dos dados e relevância.
	Os médicos participantes do programa e os médicos supervisores apontaram que alguns fatores comprometem o cuidado ofertado e dificultam a resolutividade das demandas apresentadas pelos usuários, com destaque a precária infraestrutura das UBS, a falta de transporte para visitas domiciliares e levar pacientes a consultas especializadas, a falta de medicamentos, insumos básicos e acesso a exames laboratoriais	MOTA, 2016(85); TAVARES, 2017 (80); PAULA, 2018(81); BAIÃO, 2016(82); CRUZ, 2015(67); PEREIRA, 2017(77); TERRA, 2016(72)	Confiança alta	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas, coerência, adequação dos dados e relevância.
	Os médicos participantes do programa e médicos supervisores apontaram que alguns fatores influenciam negativamente o cuidado ofertado aos usuários, tais como a sobrecarga assistencial, a incompletude das equipes e falta de organização do processo de trabalho das equipes de APS	BAIÃO, 2016(82); MOTA, 2016(85); FRANCO, 2018(86), BOITEUX, 2020(92); TAVARES, 2017(80); TERRA, 2016(72);	Confiança alta	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas, coerência, adequação dos dados e relevância.
	Os médicos participantes do programa e os médicos supervisores destacaram que o modelo de cuidado ofertado pelas equipes de APS é centrado na figura do médico e há limitada integração do médico com os profissionais das demais categorias que compõe a equipe multiprofissional	BAIÃO, 2016(82); BOITEUX, 2020(92)	Confiança muito baixa	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas e coerência e preocupações sérias em adequação dos dados e relevância.

Fonte: autor.

Nas seções abaixo, estão relatados cada um dos achados da revisão, com a respectiva avaliação de confiança e o detalhamento. Os achados são escritos de acordo com cada um dos subgrupos: gestores, usuários e médicos.

A Tabela Perfil da Evidência, Apêndice C, mostra o detalhamento da avaliação da confiança na evidência em cada um dos itens propostos pela CERQual, bem como a avaliação geral da confiança e a explicação dela para cada um dos achados.

4.6.2 Subgrupo: gestores

4.6.2.1 Categoria 1 - Aceitabilidade/satisfação

Achado 1 – Nos perfis municipais estudados, os gestores expressaram satisfação com a possibilidade de estruturar e planejar os sistemas locais de saúde com a presença de médicos nas equipes em tempo integral, possibilitado pela adesão ao PMM (Confiança muito baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (68,70,71,75,78,82,84,85,88).

Detalhamento: Os gestores ficaram satisfeitos com a possibilidade de planejar e estruturar os sistemas locais de saúde, organizando a APS (70,78,82). Essa possibilidade deveu-se à diminuição da rotatividade de profissionais, à presença do médico em horário integral (71,78), ao cumprimento de carga horária (68,78,90) e à diminuição do absenteísmo (70). Contatou-se provisão de médicos nas zonas rurais e distantes (85,88) e o aumento da cobertura da ESF (75,82). O gestor pode manter as equipes de APS funcionando com a realização dos programas de saúde com regularidade (78). O PMM permitiu o planejar e reestruturar a rede de serviços municipais e minimizar assimetrias no planejamento em saúde e contribuiu para o fortalecimento da APS (82,85,87).

Achado 2 – Os gestores de diferentes perfis de municípios de todas as regiões do país expressaram satisfação com a adesão ao PMM que proporcionou ampliação do acesso aos serviços de APS e maior diversidade de ações e ofertas de cuidado com resolutividade, devido ao atendimento ofertado pelos médicos estrangeiros que inclui ações coletivas como a promoção e educação em saúde, além de ações de prevenção de doenças (Confiança muito baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (68,70,71,73,78,82,84,85,88,90).

Detalhamento: Com a chegada dos médicos, houve aumento do número de consultas e exames (78,84,90). Muitas demandas de saúde passaram a ser resolvidas na APS, sem a necessidade de recorrer a grandes centros (88). Os médicos estrangeiros realizam procedimentos ambulatoriais, primeiros cuidados em urgência e emergência na APS, pequenas cirurgias, administração de medicações parenterais e aplicação de sondas (71,73) e ainda realizam ações coletivas de educação em saúde (78,90), de promoção de saúde e prevenção de doenças (78,88). Ocorreu a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, devido à adesão ao PMM (82,84,85,88,90), o aumento do número de visitas domiciliares (90), a melhoria da qualidade do cuidado ofertado, diminuição das reclamações e a satisfação da população (68,70).

Achado 3 - Os gestores de diferentes perfis de municípios, incluindo pequenos e localizados em regiões rurais e remotos, expressaram satisfação e elogiaram o PMM pelas vantagens fornecidas, porém manifestaram preocupação com a perda de recursos das equipes (Confiança moderada).

Estudos que contribuem para o achado: (70,81,85,88,90).

Detalhamento: os gestores, em sua maioria, elogiam o PMM (70,81,85,88). Uma das vantagens apontadas por eles foi o fato de ter médicos contratados no município sem onerar demais o setor de saúde local, livrando-os das punições da Lei de Responsabilidade Fiscal (88).

Os gestores de municípios de pequeno porte relatam alto grau de satisfação com os resultados alcançados pelo programa (85) e perceberam como positiva a adesão ao PMM em regiões rurais e remotas (90). Alguns ficaram preocupados com a perda de recursos financeiros ocasionados pelas equipes compostas por médicos do PMM (81).

Achado 4 - Os gestores de diferentes perfis de municípios expressaram satisfação com a atuação dos médicos estrangeiros, devido ao relacionamento humanizado que estabeleceram com a população e à sua forma de atuação que considera múltiplas dimensões que afetam a saúde dos usuários (Confiança moderada).

Estudos que contribuem para o achado: (68,70,71,73,88).

Detalhamento: os gestores destacaram o relacionamento humanizado dos médicos estrangeiros com a população, visto que são mais afetuosos e sua forma de atendimento difere da prática dos médicos brasileiros (88) – passam mais tempo com o paciente e trabalham melhor em equipe (70,73). Em sua prática buscam entender as dimensões culturais, sociais e comportamentais que afetam a saúde da comunidade (71), devido ao modelo de atenção de Cuba, que prioriza o vínculo com a comunidade, a humanização e a responsabilização pelo território (68).

4.6.2.2 Categoria 2 – Desafios do PMM

Achado 5 – Os gestores estaduais e municipais das regiões Nordeste e Sudeste apontaram que a supervisão do PMM é um fator de preocupação, devido à ausência de padronização nas orientações fornecidas aos médicos e à falta de alinhamento nas condutas dos supervisores (Confiança muito baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (68,71).

Detalhamento: Tanto gestores estaduais como municipais apontam problemas com a supervisão, já que os supervisores realizam diferentes orientações, por exemplo, a média de atendimentos por turno, a exigência mínima em relação à estrutura física para o atendimento, não havendo um alinhamento de conduta entre eles, além de outras dificuldades (68,71).

4.6.3 Subgrupo: usuários

4.6.3.1 Categoria 1 - Aceitabilidade/Satisfação

Achado 1 - Os usuários atendidos pelos médicos estrangeiros participantes do programa, moradores de diferentes perfis e tamanhos de municípios, incluindo comunidades quilombolas, sentiram-se satisfeitos e respeitados no atendimento ofertado pelos médicos estrangeiros, compreenderam bem as orientações recebidas e elogiaram a postura do médico que os tratou com paciência e possibilitou o diálogo, escutando atentamente as queixas apresentadas (Confiança moderada)

Estudos que contribuem para o achado: (70,77,80,81,84,87,88,90,93).

Detalhamento: os usuários mostraram-se satisfeitos com o atendimento médico pois sentiram-se ouvidos, elogiaram as informações recebidas e a condução das visitas domiciliares (93). Na consulta com o médico foram olhados nos olhos e tratados com paciência, dialogo e respeito (88), falaram e foram escutados com atenção e respeito (77), ficaram satisfeitos com as orientações recebidas sobre medicamentos e exames (80,81) e destacaram a qualidade das consultas médicas (90).

A satisfação decorreu da atitude de escuta, do olhar e do examinar. Os médicos estrangeiros dialogam com o paciente para compreender seu sofrimento e encontrar soluções. Os usuários demonstraram experimentar a oportunidade de serem vistos como

peças que têm desejos, histórias e perspectivas, não sendo apenas corpos portadores de doenças (88). Os usuários mostraram-se seguros e à vontade nas consultas médicas porque há realização de atendimento humanizado. Além disso, os médicos prestam muitas orientações sobre os exames a serem feitos e as medicações a serem tomadas, proporcionando uma melhor interação e fortalecimento do vínculo entre paciente e médico (80).

Os médicos estrangeiros foram elogiados pelas mulheres devido à alta resolutividade dos tratamentos, recomendações, medicamentos receitados e modelo de atenção humanizado (87). A consulta é muito boa porque recebem atenção e explicações sobre as enfermidades e têm espaço para verbalizar o que sentem (90). No atendimento há estabelecimento de vínculo (70), destacado por usuários das comunidades quilombolas (81,84), além do aumento do tempo nas consultas (84).

Achado 2 - Os usuários atendidos pelos médicos do programa, incluindo os moradores de comunidades quilombolas, expressaram grande satisfação em conseguir atendimento na unidade de saúde e esse atendimento ocorrer em tempo oportuno, proporcionando acesso à consulta médica e ao sistema de saúde quando necessitam (Confiança moderada).

Estudos que contribuem para o achado: (70,77,79,81,83,84,87,93).

Detalhamento: ocorreu ampliação do acesso com a chegada do PMM (70,77,79,81,83,87), também nas comunidades quilombolas (81,84). Reduziu-se o tempo de espera para atendimento (77,79,87,93), com maior facilidade para o agendamento (84), porém essa percepção não foi consensual entre os usuários (70). Reduziu-se também a incerteza em relação a consulta (77) e as filas para acessar o atendimento médico (79). A partir do PMM foi possível ter atendimento médico sem marcação da consulta (93). As mulheres expressaram que o tempo de espera diminuiu e que a demanda espontânea passou a funcionar (87). Há ainda a

possibilidade de acesso à consulta médica sem agendamento, com a redução do tempo de espera para a marcação de consultas (87,93).

4.6.3.2 Categoria 2 – Desafios do PMM

Achado 3 - Os usuários atendidos pelos médicos do PMM, incluindo indígenas, apontaram a dificuldade de compreensão do idioma falado pelos médicos estrangeiros, superada com a convivência entre eles e com a ajuda dos profissionais da equipe. No entendimento dos usuários, essa dificuldade não prejudicou o cuidado (Confiança alta)

Estudos que contribuem para o achado: (77-79,81,83,88,91,93).

Detalhamento: os usuários relataram ter dificuldades para compreensão do idioma (77,81,83,91). A maioria dos usuários evidenciou dificuldade em entender o que os médicos estrangeiros diziam, e isso foi mencionado como um aspecto negativo, mas que não inviabilizou o atendimento (77), sendo que alguns entendem que o idioma não chegou a ser um problema (88,93). Essas dificuldades foram transpostas com a convivência da população com os médicos estrangeiros (79) e também com o auxílio de profissionais indígenas - enfermeiros, técnicos em enfermagem e os agentes indígenas de saúde (91). A dificuldade com o idioma não causou rejeição da população ao médico (79). Nas comunidades indígenas, há problemas com o idioma mesmo com médicos brasileiros (78,91) e as dificuldades para entender as indicações não parecem prejudicar a comunicação efetiva (93).

Achado 4 – Os usuários atendidos pelos médicos participantes apresentavam conhecimento insuficiente sobre o PMM, devido a falhas nas estratégias de divulgação do programa (Confiança muito baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (67,79,83,88).

Detalhamento: os usuários desconhecem ou têm conhecimento incipiente sobre o PMM (67,83,88) sendo que alguns tinha informações básicas e errôneas, acreditando que apenas médicos estrangeiros eram participantes (79,83), mostrando que as estratégias de divulgação do PMM foram insuficientes e ineficazes (67). Evidencia-se também que não foi mencionado o conhecimento sobre a participação de profissionais brasileiros no programa e que os usuários não sabem descrevê-lo (79), tendo a percepção de que o PMM foi o programa que trouxe médicos estrangeiros (88).

4.6.3.3 Categoria 3 – Desafios desvendados pelo PMM

Achado 5 - Os usuários moradores de comunidades quilombolas e municípios rurais e remotos apontaram que as barreiras geográficas e as grandes distâncias até as unidades de saúde dificultaram o acesso e utilização dos serviços de APS, sendo que a ausência de transporte adequado contribuiu para essa situação (Confiança muito baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (81,84,93).

Detalhamento: os usuários relataram dificuldades de acesso aos serviços de saúde em regiões rurais e remotas (93) devido ao precário transporte e muitas vezes ausência, principalmente em comunidades quilombolas (81,84). A falta de transporte interfere na procura e continuidade da utilização dos serviços pelos usuários, devido a dificuldades de acessibilidade geográfica, grande distância e má qualidade das estradas, uma realidade da zona rural, agravada pelo fato de que o transporte coletivo não é frequente e a sua condição financeira, muitas vezes, não permite o deslocamento pago (81). Nem sempre o município disponibiliza transporte para acessar a UBS e alguns moradores vão a pé ou de bicicleta e reivindicam que os serviços de saúde sejam na própria comunidade (84). Sugerem melhoria no transporte para acesso a comunidades rurais e remotas de modo a contribuir para o acesso aos serviços de saúde (93).

Achado 6 - Os usuários atendidos por médicos do PMM apontaram fatores que interferem negativamente no cuidado ofertado e na resolutividade das suas necessidades de saúde, como a indisponibilidade de exames, a falta de medicamentos, a dificuldade de acesso à consulta com médico especialista e a precária infraestrutura dos serviços de APS (Confiança alta).

Estudos que contribuem para o achado: (77,81,84,87,93)

Detalhamento: os usuários relataram infraestrutura precária dos serviços de APS (77,81,87,93), que prejudica a privacidade nas consultas e procedimentos (81,87), sobretudo em momentos que exigem certa intimidade/cumplicidade, como o exame preventivo de câncer do colo do útero, pela maior exposição das usuárias (81). Destacaram a necessidade dos municípios terem uma melhor estrutura para os atendimentos em saúde, principalmente os equipamentos para as UBS (84).

Há dificuldades de acesso a outros níveis de atenção - agendamento de consultas com médicos especialistas – e faltam exames e medicamentos (77,81,89,93), o que compromete a resolutividade dos problemas de saúde (77). As mulheres apontaram os obstáculos nos casos da saúde mental, devido à dificuldade de conseguir consulta com psicólogo ou psiquiatra (87). Destacaram que a falta de medicamentos é uma questão recorrente e que nem todos os pacientes têm condições financeiras para adquirirem, deixando assim de realizar o tratamento adequado e a necessidade de maior agilidade na realização de exames (84).

4.6.4 Subgrupo: médicos

4.6.4.1 Categoria 1 - Aceitabilidade/Satisfação

Achado 1 - Os médicos estrangeiros sentiram-se acolhidos nas equipes e ressaltaram a boa relação estabelecida com os gestores municipais, com os colegas de equipe multiprofissional, incluindo outros médicos e usuários, apesar das dificuldades iniciais enfrentadas (Confiança moderada).

Estudos que contribuem para o achado: (67,72,76,86,92).

Detalhamento: a relação com a chefia nas unidades de saúde e com a equipe de saúde foi percebida positivamente pelos médicos estrangeiros (76), assim como destacaram a boa interação com gestores e demais profissionais (67,72,86). Os médicos estrangeiros se sentiram integrados à equipe e valorizam muito o trabalho multiprofissional (76). Na relação com os gestores e demais profissionais, todos os médicos relataram que a interação é boa e não ocorreu problemas com outros médicos especialistas. A boa relação com todos os profissionais e médicos fez com que os estrangeiros se sentissem acolhidos (72).

Houve dificuldades iniciais em relações com os médicos brasileiros e enfermeiros, visto que ocorreram reações iniciais pouco amistosas. Houve esforço por parte dos médicos estrangeiros em criar boas relações laborais. Além disso, houve alguns conflitos com a enfermagem no início do PMM, porque os médicos estrangeiros não estavam habituados à abrangência de ações dessa categoria na APS (86) e com alguns gestores locais (72).

Apesar do estranhamento inicial, eles consideraram a relação com os médicos brasileiros como boa, ressaltam o conhecimento técnico, treinamento e disponibilidade para compartilhar o conhecimento teórico (76). Os médicos acreditam que com o PMM ocorreu o fortalecimento dos vínculos entre equipe e usuários (92).

Achado 2 – Em relação aos benefícios ofertados pelo PMM - bolsa, auxílios (alimentação, moradia e transporte) e contrato laboral - houve divergências de opiniões entre os profissionais estrangeiros e brasileiros. Os primeiros os consideraram satisfatórios, enquanto os médicos brasileiros e supervisores os avaliaram como

insatisfatórios, concordando apenas com o fato de que o treinamento inicial deveria ter sido maior (Confiança muito baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (74,76,92).

Detalhamento: o auxílio financeiro mensal garantido pelo município para o aluguel e alimentação e a possibilidade de receberem familiares no Brasil foram bem avaliados pelos médicos estrangeiros, assim como as condições de hospedagem e alimentação na fase de preparação para o trabalho. O treinamento introdutório foi bem avaliado, mas poderia ser prolongado, assim como a recepção no Brasil pelas equipes da OPAS e do Ministério da Saúde foi considerada boa. Ainda valorizam as capacitações feitas para toda a equipe (76). Foram oferecidas condições dignas de hospedagem e alimentação, por outro lado os médicos supervisores apontaram condições inadequadas de moradia, alimentação e internet (92).

Os médicos brasileiros avaliaram como positiva a pontualidade da bolsa recebida pelo governo federal, em detrimento do atraso e inconstância dos benefícios ofertados pelos municípios. Os médicos brasileiros apresentaram atitudes predominantemente desfavoráveis frente ao conteúdo e à duração dos treinamentos, com a falta de clareza e transparência no contrato laboral e com a forma de contratação que configura vínculo não trabalhista (83).

Achado 3 – Os médicos estrangeiros, atuantes em municípios rurais e remotos, áreas indígenas e grandes metrópoles, expressaram satisfação com a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS) na APS brasileira, que no seu entender auxilia no sucesso do cuidado ofertado pelas equipes (Confiança muito baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (76,78,86,91).

Detalhamento: os médicos estrangeiros demonstraram satisfação com o trabalho e com o papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde porque são eles que têm contato direto e conhecem a população e são intermediários entre o serviço de saúde e a comunidade, servindo de apoio ao trabalho dos médicos estrangeiros (78). A satisfação dos

médicos foi demonstrada também com a atuação dos agentes indígenas de saúde que colabora para que as equipes tenham sucesso no cuidado e adesão às ações de saúde ofertadas (91). Os médicos estrangeiros realçaram a importância dos ACS, com a possibilidade de ampliação das possibilidades de cuidado (86) e valorizaram esse profissional, não existente em Cuba (76).

Achado 4 - Os médicos estrangeiros participantes do programa expressaram satisfação com o curso de especialização ofertado pelo PMM, que auxiliou na prática de cuidado, inclusive em regiões de população indígena (Confiança muito baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (76,91).

Detalhamento: os médicos estrangeiros ficaram satisfeitos com o curso de especialização ofertado pelo PMM (76,91) que possibilitou agregação de valor às suas carreiras (76), inclusive possibilitou a melhoria do trabalho nas áreas indígena, sendo entendido como um fator preponderante para atuação nesses territórios (91).

Achado 5 – Os médicos supervisores ressaltaram que a formação e a experiência prévia dos médicos estrangeiros favoreceram o cuidado ofertado aos usuários (Confiança muito baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (78,84,85,91).

Detalhamento: a formação recebida pelos médicos estrangeiros em Cuba com foco na medicina comunitária e a prévia experiência de trabalho dos médicos que vieram atuar no país favoreceram o cuidado na APS (78,84), ancorado em cuidado à família e à comunidade e compreensão ampliada do processo saúde-doença e no contexto socioambiental (85). Na graduação, os médicos têm cursos de atualização sobre plantas medicinais, que auxiliam na aproximação com o saber indígena (91). Ainda, os médicos estrangeiros que vieram para a missão no país têm experiência superior a dez anos (84).

4.6.4.2 Categoria 2 – Desafios do PMM

Achado 6 – Os médicos estrangeiros participantes do programa apontaram o idioma como importante barreira para a oferta do cuidado aos usuários, fato relatado também nas áreas de população indígena. Porém, tal dificuldade foi superada com a convivência com os usuários e o auxílio de outros profissionais da equipe (Confiança baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (73,74,76,78,91)

Detalhamento: o idioma se constituiu como uma barreira para comunicação, (73,74,76) inclusive nas áreas indígenas (91), porém foram observadas ações das pessoas envolvidas com o PMM a fim de mitigar essas dificuldades. A maior dificuldade para atuar como médico é o sotaque, há pacientes que não o entendem (76). O idioma constituiu uma barreira para a comunicação com os usuários indígenas, superada com o tempo e com a valorização pelos médicos cubanos do sistema cultural de atenção à saúde (91). O problema do idioma é atenuado quando há um suporte local para a “tradução” da situação (78).

Achado 7 - Os médicos participantes do programa e supervisores apontaram a supervisão como umas das fragilidades do PMM, pois há indefinição de ações e falta de clareza do papel do supervisor, inclusive para ele mesmo (Confiança muito baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (69,73,74).

Detalhamento: a supervisão é apontada como falha (73), pontual e com limite de influência nas práticas (69). Ocorreram inconstâncias em relação às supervisões oferecidas aos médicos, com relatos divergentes sobre sua periodicidade, conteúdos trabalhados e papel do supervisor (69,73), que também é incompreendido pelos próprios supervisores, visto que na sua prática atendem desde falhas na formação profissional até a mediação de conflitos entre

profissionais, gestores, usuários e equipes (74). A maioria dos entrevistados relatou o processo de supervisão como pontual e falho, pois não há organização e acompanhamento dos supervisores e de suas visitas in loco, ocasionando o descumprimento de regras e atribuições (69).

4.6.4.3 Categoria 3 – Desafios desvendados pelo PMM

Achado 8 – Os médicos estrangeiros e brasileiros apontaram que alguns fatores influenciam negativamente a qualidade do cuidado e dificultam a integração e coordenação de serviços, a partir da APS, tais como a dificuldade de acesso a especialistas e as falhas no processo de referência e contrarreferência (Confiança alta).

Estudos que contribuem para o achado: (67,73,74,76-78,81,85-87,92).

Detalhamento: a dificuldade de acesso ao especialista foi relatada como importante barreira ao cuidado, fragmentando-o, bem como os retornos dos especialistas quando encaminham os pacientes (72,74,76,81,85,92), tornando-se uma barreira para garantia da integralidade (67). No interior do setor saúde, há isolamento da APS em relação aos demais níveis de atenção (média e alta complexidade), manifestado por dificuldades no referenciamento de usuários e na comunicação entre os profissionais da ESF e dos serviços especializados e insuficiência das articulações intersetoriais (92).

Os médicos destacaram a necessidade de melhorar a organização da rede de serviços em relação aos encaminhamentos para as especialidades e contrarreferência (87). Há dificuldade em ter retorno dos encaminhamentos e receber a contrarreferência (76,86). Foi unânime o registro de dificuldades dos médicos quanto aos encaminhamentos para especialistas e do fato do sistema de regulação não garantir uma consulta rápida (74). Os sistemas de

referência e contrarreferência no Brasil são falhos e isso se manifesta na fala dos médicos estrangeiros (81), fazendo com que muitos pacientes busquem atendimento particular (77).

Achado 9 - Os médicos participantes do programa e médicos supervisores apontaram que alguns fatores influenciam negativamente o cuidado ofertado aos usuários, tais como a sobrecarga assistencial, a incompletude das equipes e a falta de organização do processo de trabalho das equipes de APS (Confiança alta).

Estudos que contribuem para o achado: (72,74,76,85,86,92)

Detalhamento: o processo de trabalho é frágil com equipes incompletas, áreas descobertas, falta de planejamento, sobrecarga assistencial (74,85,86,92), indefinição de territórios de atuação e unidades sem cadastramento da população (85), frequentes trocas de gestores (72), além de fragilidades na educação permanente (92) e rotatividade de enfermeiros (86,92). Os médicos estrangeiros percebem que a promoção e prevenção ocupam pouco espaço nas atividades da UBS (76,92).

Há fragilidade no planejamento das ações intersetoriais nas comunidades (72). O acolhimento é do tipo triagem e os processos de trabalho orientados, principalmente, para o atendimento às demandas espontâneas e inexistência de ações para identificar os problemas e as necessidades de saúde de maior frequência e relevância na população (92).

Os supervisores consideram o processo de trabalho inadequado e o cuidado com oferta de consultas, fragmentado (85). Existe desorganização da APS, com equipes de saúde incompletas, fluxo interrompido de acompanhamento regular dos pacientes e falta de ações de prevenção, promoção e reabilitação (72). A pressão assistencial foi sinalizada como limitante ao cuidado de qualidade, além da indisponibilidade de equipamentos sociais no território. Há desafios quanto à promoção de práticas participativas com coletividades, à ampliação da autonomia das pessoas nas decisões clínicas, ao manejo potente de problemas de ordem

psíquica, à sistematização de ferramentas de abordagem e à capacitação para procedimentos invasivos na APS, além de dificuldade de lidar com usuários de álcool e drogas (86).

Achado 10 – Os médicos participantes do programa e os médicos supervisores destacaram que o modelo de cuidado ofertado pelas equipes de APS é centrado na figura do médico e há limitada integração do médico com os profissionais das demais categorias que compõe a equipe multiprofissional (Confiança muito baixa).

Estudos que contribuem para o achado: (74,92).

Detalhamento: há críticas em relação ao PMM ser médico-centrado em detrimento dos outros profissionais de saúde, limitando a abrangência e focando no médico (74), com práticas segmentadas e limitada integração entre os processos de trabalho das diferentes categorias profissionais, sendo a produção de cuidado centrada no médico. A enfermagem desempenha a coordenação e o gerenciamento dos processos de trabalho das equipes. A segmentação dos processos de trabalho limita a possibilidade de articulação entre as formações profissionais. As fragilidades na formação profissional e na educação permanente dos trabalhadores brasileiros que atuam na APS comprometem a articulação entre os saberes do médico e dos demais membros da equipe. Os processos pedagógicos para o trabalho em saúde, pautados na biomedicina e na atenção hospitalar, destoam da realidade social, econômica e cultural da maioria da população (92).

Achado 11 – Os médicos brasileiros e estrangeiros participantes do programa e os médicos supervisores apontaram que alguns fatores comprometem o cuidado ofertado e dificultam a resolutividade das demandas apresentadas pelos usuários, com destaque à precária infraestrutura das UBS, à falta de transporte para visitas domiciliares e levar pacientes a consultas especializadas, à falta de medicamentos, insumos básicos e acesso a exames laboratoriais (Confiança alta).

Estudos que contribuem para o achado: (67,72-74,76,81,85);

Detalhamento: há condições precárias de infraestrutura com falta de equipamentos e insumos (72-74,85), por exemplo, ventilação nos consultórios, falta de banheiro, iluminação inadequada, falta de sala de curativos, enfermagem e imunização e equipamentos (72).

São recorrentes problemas com falta de medicamentos (72,85) e dificuldades no acesso a exames laboratoriais (67,72,81). Alguns exames são realizados somente nas capitais dos estados, que ficam distantes, impossibilitando sua realização e a análise integral do paciente (72). Faltam equipamentos e insumos e há dificuldade de atuação com equipes de trabalho completas (74). A falta de estrutura interfere diretamente na capacidade de dar respostas aos problemas de saúde e há problemas de gestão relacionados à má distribuição de insumos (73).

É precário o transporte para as comunidades rurais (72,85), para levar pacientes a especialistas e para visitas domiciliares (72). Não há ambulâncias ou estas são insuficientes. Há inconvenientes do trajeto e do tempo de percurso para chegar à UBS como falta de gasolina ou de transporte, exigindo longas caminhadas ou aquisição de transporte próprio para visitas, veículos dos próprios médicos ou dos profissionais que trabalham na equipe são utilizados. Outro problema indicado é a segurança e alguns médicos relatam que não estão mais fazendo visitas domiciliares porque foram assaltados (72).

Alguns médicos consideraram as condições laborais satisfatórias (76) e observou-se disparidades entre as regiões do país, tanto no que diz respeito às condições de trabalho como na gestão do programa (74). Para alguns médicos estrangeiros, a organização não é perfeita, mas ainda assim é boa, pois consideram que há um bom atendimento. Há equipes completas, e referem boa integração com os hospitais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ambulâncias (72).

5 DISCUSSÃO

5.1 RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS

A revisão identificou a aceitabilidade do PMM nos três subgrupos diretamente afetados por ele – gestores municipais e estaduais, usuários do SUS e médicos participantes, estrangeiros e brasileiros, supervisores e tutores, assim como os fatores que contribuíram para ela. Entender as percepções dos principais afetados pela intervenção é mais um dado importante para que possamos pensar na implementação e nos problemas relacionados a ela, nos diferentes contextos.

Evidenciamos que o PMM foi bem aceito pelos três públicos – gestores, médicos e usuários, nos diversos contextos em que foi implementado. A aceitabilidade da intervenção superou os desafios do PMM em todos os subgrupos analisados. A crença inicial neste estudo era de que o PMM teria sido bem aceito e foi comprovada com os dados aqui apresentados e explorados em profundidade. Além disso, foi corroborada a hipótese da adequada formação dos médicos estrangeiros, que convergiu com o perfil profissional necessário à APS e facilitou o desenvolvimento das atividades de cuidado.

Os desafios do PMM apareceram em menor medida e foram poucos. São relacionados à supervisão, ao idioma, às estratégias de divulgação, aos benefícios ofertados e a infraestrutura das UBS. Por outro lado, os desafios desvendados são muitos, e referem-se à APS e ao SUS. Para sua solução não bastam programas de provisão de profissionais, requerem uma intervenção qualificada e multidirecionada dos gestores das três esferas de governo – federal, estadual e municipal, além de oragem, vontade política, educação, priorização e financiamento adequado para que possam ser superados e a APS seja, de fato a porta de entrada do SUS e o

centro de comunicação da rede, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços, conforme os normativos vigentes (28) .

Na visão dos gestores, o PMM permitiu estruturar as equipes de APS, pois puderam contar com médicos em tempo integral. Ocorreu a diminuição do absenteísmo e da rotatividade de médicos, o que possibilitou a manutenção das equipes completas e o reforço dos sistemas locais de saúde. Os médicos estrangeiros ofertaram uma variedade ampla de procedimentos e ações, como educação em saúde, promoção e prevenção. O atendimento foi realizado de forma humanizada e isso foi preponderante para a boa aceitação do programa. Esses achados vão ao encontro do estudo de revisão que analisou a literatura nacional sobre a implementação do PMM, no período de janeiro de 2016 a maio de 2019, e encontrou como pontos positivos do eixo provimento emergencial a prática médica dos estrangeiros, sobretudo cubanos, a visão ampliada deles do processo saúde-doença-cuidado, com ações que abarcam os determinantes sociais da saúde e ainda as relações horizontais estabelecidas com os usuários, demonstrando sensibilidade às peculiaridades socioculturais (94).

Considera-se fundamental a inclusão da perspectiva do gestor municipal para adicionar informações importantes sobre fatores que influenciam a implementação bem-sucedida do PMM. O estudo não focou na experiência do gestor federal, porém, com o desenvolvimento da síntese, percebemos isso como um limite, visto que entendemos que compreender as perspectivas do formulador do programa acrescentaria uma dimensão importante para a tomada de decisão e a compreensão dos contextos que podem influenciar a implementação. Apenas um dos estudos primários incluídos na síntese trouxe as perspectivas do gestor federal, demonstrando uma lacuna de conhecimento e orientando a agenda de pesquisas futuras sobre o programa.

O subgrupo de usuários também apresentou satisfação com o PMM, creditada ao atendimento médico, aos conhecimentos e atitudes que envolveram a escuta atenta, à

humanização e à resolutividade das demandas. A postura dos médicos estrangeiros foi fundamental para a satisfação com o programa, com destaque ao respeito com os usuários, e à forma de dialogar, explicando as patologias, exames e demais procedimentos. Ainda, os usuários destacaram a facilidade de acesso à consulta médica, a diminuição do tempo de espera para consultas, o aumento do tempo das consultas e tudo isso contribuiu para a boa avaliação do PMM. Esses achados são corroborados aos do estudo de revisão bibliográfica que analisou 54 publicações nacionais, desenvolvido por Kemper, Mendonça e Souza, e mostrou que os usuários estão satisfeitos com o atendimento médico dos profissionais do programa (56).

Além da satisfação dos usuários, o atendimento dos médicos do PMM contribuiu para o alcance da longitudinalidade, verificado no estudo de Gasparini e Furtado, que evidenciou que o PMM teve efeitos positivos sobre o referido atributo, devido à relação dos médicos com usuários, ao acolhimento humanizado, à disponibilidade para realizar visitas domiciliares e apoiar a equipe de saúde, concluindo que as características dos médicos estrangeiros contribuíram para o alcance da longitudinalidade (95).

Os médicos estrangeiros ficaram satisfeitos com o PMM, destacando que se sentiram acolhidos nas equipes de APS, estabeleceram boas relações com os gestores, profissionais, incluindo outros médicos e usuários. Valorizaram o papel dos ACS, considerados essenciais no processo de cuidado e avaliaram bem o curso de especialização ofertado pelo programa. Os médicos supervisores ressaltaram que a adequada formação dos médicos estrangeiros e a experiência prévia de atuação na APS favoreceu o cuidado aos usuários e fortaleceu o programa. Em relação aos benefícios ofertados (bolsa-formação, treinamento inicial, alimentação, moradia e transporte), houve divergências de percepções entre os médicos brasileiros e estrangeiros, tendo os primeiros os avaliados como insatisfatórios e os segundos como satisfatórios.

Entende-se como limite dessa síntese, quando analisado o subgrupo de médicos, os poucos estudos que tiveram como população de interesse os médicos brasileiros, supervisores e tutores. A maioria dos estudos com médicos é referente a estrangeiros e, acreditamos que haveria entendimentos diversos dos encontrados aqui, caso mais estudos com médicos brasileiros fossem produzidos. Foram positivamente surpreendentes as boas relações estabelecidas entre médicos estrangeiros e brasileiros, assim como o reconhecimento, pelos supervisores (médicos brasileiros), da adequada formação e experiência dos estrangeiros, considerando-se as resistências iniciais ao PMM pela classe médica.

A supervisão foi apontada, tanto por gestores como por médicos, como deficiente. Eles identificaram que ela não é padronizada nas orientações, não é integrada com o trabalho da equipe de APS e nem com a gestão municipal. Os gestores afirmam desconhecer o médico supervisor. Já os médicos, incluindo supervisores, denunciaram falta de clareza sobre o papel da supervisão e atribuições. Identificamos a necessidade de estruturação de uma metodologia consistente para a realização da supervisão, com o estabelecimento claro de objetivos e atribuições do supervisor, bem como o leque de possibilidades de intervenção, visto que muitas questões fogem da governabilidade desse ator. A supervisão precisa estar integrada com as equipes de ESF, podendo ser utilizada como potencializador do processo de trabalho da APS e ser propulsora de mudanças nos processos de trabalho nos territórios.

Uma das recomendações da OMS para provimento de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas, além do incentivo financeiro adequado, é a supervisão, que é apontada como essencial e um dos instrumentos eficazes para aumentar a competência do trabalhador de saúde e melhoria do desempenho (3). A supervisão ser mal avaliada e compreendida induz a pensar sobre a importância de reestruturá-la, a fim de garantir meios de apoio ao médico e contribuir para o estabelecimento do médico nas comunidades rurais.

A insatisfação dos médicos com a supervisão, achado desta revisão, conflita com os achados do estudo de Júnior e Sousa, que avaliou a supervisão médica no estado da Paraíba, visto que ela foi considerada como muito positiva em virtude da relação cordial estabelecida entre supervisor e supervisionado, do fácil acesso ao supervisor, do suporte às decisões clínicas, apontando também para a insuficiente possibilidade para resolver problemas de gestão (96).

Ainda em relação a supervisão, agora sob a perspectiva dos gestores, os achados deste estudo vão ao encontro dos resultados do estudo qualitativo de Schmizu e colaboradores, o qual indicou que a maioria dos gestores de APS não percebia claramente a atuação da supervisão, afirmando que os supervisores tinham atuação muito restrita e superficial, com pouco envolvimento com os atendimentos realizados nas unidades da APS e não envolvimento dos sujeitos responsáveis pela gestão dos serviços da APS, fundamentais para apoiar intervenções mais abrangentes (97).

O idioma foi um desafio identificado, tanto pelos médicos quanto pelos usuários. Ele dificultou a comunicação, principalmente no início da implementação do PMM, mas não a impediu e nem causou rejeição da população aos médicos estrangeiros. Além disso, os usuários possuíam informações imprecisas sobre o programa, evidenciando que as estratégias de comunicação do PMM para com a população foram insatisfatórias ou incipientes.

Como outro desafio, merece destaque a precária infraestrutura das UBS, exaustivamente apontada tanto por usuários como por médicos, incluindo supervisores. O PMM se propôs a melhorar a infraestrutura das UBS, porém pelos resultados apresentados, entende-se que está aquém do adequado e que mais estudos são necessários para avaliar esse eixo, visto que as queixas foram recorrentes e reiteradas. Com as informações presentes nos estudos primários, mostrou-se impossível identificar se os locais onde as pesquisas foram realizadas receberam recursos para melhoria da infraestrutura, limitando nossa capacidade de compreensão. Tal fato vai ao encontro dos achados de revisão integrativa que buscou identificar

as contribuições do PMM para a saúde no Brasil, no qual os estudos sinalizam fragilidades da infraestrutura das unidades de saúde que têm interferido no trabalho das equipes, indicando que pode haver um descompasso entre os investimentos destinados e a real estrutura encontrada pelas equipes do programa (47). Acrescenta-se a isso a falta de medicamentos, exames e demais recursos essenciais para o desenvolvimento do cuidado de qualidade e resolutivo e entende-se que a precariedade da rede de serviços limita a atuação dos médicos, demonstrando que é preciso investir em uma rede de atenção sólida e eficaz.

Os usuários moradores das zonas rurais têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido às barreiras geográficas, às grandes distâncias entre os serviços e suas residências e à falta de transporte adequado que comprometem o cuidado. A ausência de transporte ainda inviabilizou as visitas domiciliares das equipes de APS.

Há desafios que comprometem a integralidade do cuidado, como o acesso ao médico especialista, relatado insistentemente por médicos e usuários. Há ineficiente sistema de referência e contrarreferência no SUS para interligar a APS à atenção especializada, com necessidade de intervenções dos gestores, visando retirar a APS do isolamento, principalmente em relação a atenção ambulatorial especializada. Além disso, é urgente que seja promovido o acesso ao médico especialista e aos serviços de apoio diagnóstico. Esses achados vão ao encontro do estudo de Gasparini e Furtado, mostrando que a influência do PMM no princípio da integralidade é restrita e pouco efetiva devido ao excesso de atendimentos diários e aos limites da estrutura e modo de funcionamento da rede de saúde, sendo necessárias, para o alcance da integralidade, mudanças estruturais no sistema (95).

Os médicos, incluindo supervisores, apontaram problemas das equipes na organização da atenção para a oferta do cuidado. Há equipes de saúde multiprofissionais incompletas, com processo de trabalho inadequado para a APS, focado mais em consultas e com cuidado centrado na figura do médico, sobrecarregando-o.

À medida que forem implementadas políticas, programas e ações, entende-se ser necessária e primordial a realização de pesquisas qualitativas para avaliar as percepções e experiências dos principais afetados pelas intervenções propostas, identificando aceitação e desafios. Esta pesquisa forneceu algumas pistas para os gestores sobre os caminhos a percorrer, quando pensado o provimento de profissionais em áreas rurais e remotas, e trouxe à tona problemas, já mapeados na literatura, que necessitam de resolução para a implementação da APS com qualidade e efetividade.

Devido as características das regiões rurais e remotas e dificuldades na atração e provimento de profissionais, outras intervenções podem ser úteis para o cuidado adequado como a telemedicina, a telessaúde, a teleducação, as visitas de profissionais da atenção especializada a esses locais e os investimentos em educação permanente e continuada das equipes. Há convicção de que a estratégia para o provimento de médicos para APS, especialmente em áreas rurais e remotas, foi adequadamente implementada e bem-sucedida no que se propôs. Apesar disso, entende-se que outras estratégias devem ser lançadas para solucionar de modo eficiente a problemática, visto que o eixo do provimento emergencial é temporário. É necessária a construção de políticas mais abrangentes, que não se limitem ao provimento emergencial, bem como ações contínuas e integradas às redes de atenção, visando a um sistema de saúde eficiente.

As percepções dos atores envolvidos no PMM são bastante positivas, considerando que o programa levou médicos para os municípios em áreas remotas e vulneráveis, aonde os médicos não iam e, quando iam, não ficavam. Portanto, o PMM permitiu à população o acesso aos serviços básicos de saúde. A supervisão é um importante apoio no serviço, contudo, requer que seja mais bem articulada com os diversos níveis de gestão para melhorar a sua capacidade de atuação no sistema de saúde local. Além disso, observamos que a precariedade da rede de

serviços limita a atuação dos médicos, demonstrando que não basta recrutar e treinar médicos, mas é preciso também investir na rede de atenção.

O PMM colocou recursos humanos como centro da discussão de saúde, dentro de um projeto maior que era o fortalecimento e expansão da cobertura de APS no país, e foi uma estratégia bem-sucedida no que se propôs, principalmente em relação ao eixo provimento emergencial, garantido médicos em comunidades que estavam carentes desse profissional. A análise mostrou que a implementação do eixo infraestrutura não ocorreu de forma satisfatória, visto que foram recorrentes as reclamações de médicos e usuários. Mais pesquisas são necessárias para avaliar essa questão e sabe-se que as condições de trabalho são essenciais para a manutenção dos profissionais de saúde em territórios rurais e remotos (6,7).

Desde 2016, com o impeachment da presidente Dilma Rousseff, estão ocorrendo mudanças substanciais no PMM. No governo de Michel Temer, foi aprovado o novo regime fiscal, que congelou os gastos com o as políticas sociais por 20 anos, principalmente em relação a investimentos. Tal fato interferiu no eixo infraestrutura, visto que não ocorreram novas autorizações de reformas e ampliações de UBS. No eixo educação, destacamos a paralisação, pelo Ministério da Educação, do credenciamento de novos cursos de medicina no país. No eixo do provimento emergencial, foram redefinidos os perfis de municípios para recebimento de médicos, excluindo os classificados com perfis de 1, 2 e 3, e não houve a ampliação do número de vagas do PMM, que tem como teto o quantitativo de 18.240 vagas. Percebe-se a redução do PMM ao eixo provimento emergencial, o que afetará os resultados esperados e objetivos a médio e longo prazo.

Em 2018, após os resultados das eleições presidenciais, que deram a vitória ao candidato Jair Bolsonaro – contrário ao recebimento de médicos estrangeiros no país – ocorreu o rompimento da cooperação internacional em saúde com o governo de Cuba. Assim, todos os médicos cubanos que estavam atuando nas equipes de saúde dos mais variados locais do país

tiveram os contratos finalizados e retornaram a seu país de origem, deixando equipes multiprofissionais desfalcados e populações sem assistência médica, até que os editais de reposição fossem executados.

Em 2019, uma nova proposta de provimento de médicos em regiões rurais e remotas foi desenhada, o Programa Médicos pelo Brasil (PMBP) para substituir o PMM. O novo programa foi pensando exclusivamente para médicos brasileiros ou com diploma revalidado. A mesma Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019 (98) que criou o programa, autorizou o poder executivo federal a criar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), que o executará.

O PMPB tem objetivo de estruturar a carreira médica federal para locais com dificuldade de provimento e alta vulnerabilidade, com formação de especialistas em MFC, prevendo a avaliação de desempenho dos contratados e o pagamento de gratificação para atuação em áreas remotas. A implantação dele começará no ano de 2022, visto que em dezembro de 2021 foi lançado edital para adesão de municípios e há previsão de lançamento de edital no primeiro trimestre de 2022 para contratação de 5.000 médicos, incluindo assistenciais e tutores. Enquanto isso, o PMM segue em andamento, com publicação de editais de chamamento público e editais de renovação de contratos, até que o governo trabalhe na transição entre os programas.

As principais mudanças do PMPB e do PMM são relativas ao provimento emergencial, já que o novo programa não abarca ações de infraestrutura e nem de regulação da profissão. O processo seletivo será estruturado e a forma de contratação, inicialmente, será como bolsistas (por dois anos) e após conclusão da especialização em MFC ofertada pelo programa, servidores efetivos da Adaps. O contrato de trabalho será regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que prevê direitos como férias remuneradas, licenças médicas, décimo-terceiro salário, dentre outros.

O novo programa não será interministerial, com a saída do Ministério da Educação da sua gestão, e o Ministério da Saúde assumirá o papel de supervisão das atividades da Adaps, não executando diretamente ações relativas ao provimento emergencial.

5.2 COMPLETUDE GERAL E APLICABILIDADE DA EVIDÊNCIA

Em relação à metodologia dos estudos elegíveis para essa SEQ, em sua maioria lançaram mão da entrevista semiestruturada e/ou grupo focal. Pode ser útil utilizar outros métodos qualitativos de coleta de dados, como a observação participante, a pesquisa etnográfica em ambiente de saúde, a fim de melhor compreender as práticas reais e as mudanças ao longo do tempo.

Enquanto entrevistas e grupos focais permitem aos pesquisadores coletar dados sobre o que as pessoas dizem, os métodos de observação também permitem que os pesquisadores coletem dados sobre o que as pessoas fazem. Isso teria sido apropriado para entender como é o atendimento médico e como se dá a busca dos serviços pelos usuários, passando pela triagem/acolhimento/agendamento/consulta. Também se avaliou que a maioria dos estudos incluídos relatou mal um ou mais domínios metodológicos, relacionados ao contexto, amostragem e métodos de coleta de dados. Além disso, muito poucos discutiram a reflexividade do pesquisador.

5.3 CONFIANÇA NOS ACHADOS

Nossa confiança nos achados qualitativos varia de muito baixa a alta, com base nas avaliações do CERQual. As principais razões para o rebaixamento para limitações metodológicas foram relatórios inadequados de estratégias de recrutamento, reflexividade do

pesquisador, métodos de análise de dados e submissão de pesquisa a Comitê de Ética. Ainda, foram encontrados relatórios pobres na descrição do contexto de pesquisa.

Avaliar a coerência geralmente levou a melhorar a forma como o achado da revisão foi escrito, a fim de explicar e contabilizar melhor os casos divergentes, embora fossem os menores problemas identificados. O rebaixamento para adequação dos dados normalmente ocorreu quando havia preocupações sobre a riqueza ou a quantidade de dados que contribuía para a conclusão da revisão. O rebaixamento para relevância ocorreu quando o cenário dos estudos individuais que contribuía para o achado da revisão foi apenas parcialmente relevante para a questão da revisão ou não contemplava a diversidade de municípios e regiões do país.

5.4 REFLEXIVIDADE DA EQUIPE E DO AUTOR DA REVISÃO

Os autores desta revisão refletiram sobre suas próprias origens e posições e como isso pode ter afetado sua escolha do tema da revisão; a maneira como foram coletados, analisados e interpretados os dados; e, por sua vez, como os achados emergentes da síntese influenciaram essas visões e opiniões.

Todos os autores estão envolvidos com o campo da saúde coletiva, sendo dois pesquisadores profissionais, JOMB e LSB, e um pesquisador iniciante, DLCS. Cada um dos pesquisadores encontra-se em um campo da saúde pública – na pesquisa (atuando na Fiocruz e no Instituto Veredas) e no Ministério da Saúde, desenvolvendo trabalho de consultoria em saúde, não vinculado ao PMM. Considera-se que o PMM foi essencial para a saúde pública brasileira e importante para o aumento de cobertura e expansão dos serviços de APS no Brasil. Acredita-se na efetividade de sistemas de saúde que possuem uma APS robusta para a melhoria dos indicadores de saúde das populações. E, de preferência, que esse sistema seja público e

financiado com recursos fiscais e com acesso oportuno. Defendem o SUS público, de qualidade e integral.

6 CONCLUSÃO

O esforço central dessa dissertação foi analisar as percepções e experiência de gestores, usuários e médicos sobre o PMM. Ela evidenciou a aceitação/satisfação dos atores com o programa, bem como os principais desafios do PMM, da APS e do SUS, que comprometem a assistência à saúde e a atenção integral aos usuários do SUS. As potencialidades do programa superaram os desafios em todos os subgrupos analisados.

Do total de achados nessa síntese – vinte e dois – em mais da metade deles – doze – tivemos confiança baixa ou muito baixa, o que denota a fragilidade dos estudos primários qualitativos, comprometendo a confiança que podemos depositar nos achados de revisão.

Cada um dos subgrupos analisou o programa sob sua perspectiva e destacou algo do seu contexto. Como indicação, entendemos que o programa que deveria ter sustentabilidade ao longo dos anos, com algumas correções incrementais. Porém, a síntese desvenda uma realidade dura da APS. Entendemos que não haverá integralidade, universalidade e resolutividade sem investimentos financeiros, tecnológicos, educacionais e organizacionais na APS e no SUS.

Nossa síntese contribuiu para a base de evidências do PMM e na avaliação da perspectiva dos envolvidos e, uma vez que serão afetados pelas decisões tomadas pelos gestores, defendemos que deveriam ser ouvidos e considerados. Para que possamos fazer o uso do potencial das evidências, compreender que, além de um artifício para a elaboração de políticas, é necessária a consolidação de uma cultura que valorize, confie e incorpore esse tipo de conhecimento como recurso estratégico nas decisões que assim, naturalmente, ganharão mais legitimidade e viabilidade, por serem compartilhadas e apoiadas por todos.

REFERÊNCIAS

1. Kuhlmann E, Batenburg R, Wismar M, Dussault G, Maier CB, Glinos IA, *et al.* A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Heal Res Policy Syst* [Internet]. 2018 [Acesso: em 20 set. 2020];16(1):11–6. Disponível em: <https://health-policysystems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0333-x>
2. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies [Internet]. Paris: OECD: 2016 [Acesso em: 20 set. 2020]. Disponível em: <https://www.oecd.org/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries-9789264239517-en.htm>
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Trabalhando juntos pela saúde: Relatório Mundial de Saúde* [Internet]. OMS: 2006 [Acesso em: 20 set. 2020]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3602/T_Trabalhando-Juntos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. World Health Organization (WHO). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention [Internet]. WHO: 2010 [Acesso em: 12 mar. 2020]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/%0Ahttp://www.who.int/entity/hrh/migration/hmr_expert_meeting_dolea.pdf
5. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet* [Internet]. 2008 [Acesso em: 12 mar. 2020];371(9613):668-74. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60305-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60305-0)
6. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2010 [Acesso em: 15 mar. 2020];88(5):379-85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2865654/>
7. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 [Acesso em: 15 mar. 2020];8:1-10. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-19> .
8. Weinhold ISG. Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy* [Internet]. 2014 [Acesso em: 21 set. 2020];118(2):201-14. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851014001997?via%3Dihub>
9. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Internet]. *In: 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 2017* [Acesso em: 20 set. 2020]. Washington: OPAS: 2017, CSP29, 1-28. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34964/CSP29-10->

p.pdf?sequence=3&isAllowed=y

10. Giovanella L, Almeida PF de. Comprehensive primary care and segmented health systems in South America. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [Acesso em: 21 ago. 2020];33(suppl 2):e00118816. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405005&lng=en&nrm=iso
11. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. *OECD Heal Work Pap* [Internet]. 2014 [Acesso em: 12 jun. 2020];69. Disponível em <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jz5sq5ls1wl-36en.pdf?expires=1602614393&id=id&accname=guest&checksum=55DC48864C2EBD34DC77B1B11256A79D>;
12. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Maas LW Der, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2015 [Acesso em: 16 mai. 2020];19(54):623-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=pt&tlng=pt
13. Augusto DK, David L, Oliveira DOPS, Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2018 [Acesso em: 10 abr. 2020];13(40):1-4. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1695/908>
14. Scheffer MC, Pastor-Valero M, Cassenote AJF, Compañ Rosique AF. How many and which physicians? A comparative study of the evolution of the supply of physicians and specialist training in Brazil and Spain. *Hum Resour Health* [Internet]. 2020 [Acesso em: 15 set. 2020];18(1):30. Disponível em <https://human-resourceshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-020-00472-0>
15. Feuerwerker L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 1998 [Acesso em: 15 abr. 2020];2(3):51-71. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200005
16. Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). Demografia Médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição [Internet]. São Paulo: CREMESP, 2013 [Acesso em: 15 abr. 2020]. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>
17. Young A, Chaudhry HJ, Pei X, Halbesleben K, Polk DH, Dugan M. A census of actively licensed physicians in the United States, 2014. *J Med Licens Discip* [Internet]. 2015 [Acesso em: 21 jun. 2020];101(2):7-22. Disponível em <https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/publications/2016census.pdf>.
18. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2004 [Acesso em: 21 mai. 2020];8(15):375-80. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000200019&script=sci_arttext.

19. Maciel Filho R, Branco MAF. A experiência brasileira de estímulo à fixação de médicos no interior. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. *Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica*. Brasília, Diário Oficial da União [Internet], 2 set. 2011 [Acesso em: 05 mai. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html
21. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências*. Brasília, Diário Oficial da União [Internet], 23 out. 2013 [Acesso em: 01 mar. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
22. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2008.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, Diário Oficial da União [Internet], 20 set. 1990 [Acesso em: 02 mai. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
24. Viacava F, De Oliveira RAD, Carvalho C de C, Laguardia J, Bellido JG. SUS: Supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2018 [Acesso em: 17 mai. 2020];23(6):1751-62. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601751&script=sci_arttext&tlng=en
25. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 648/GM. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, Diário Oficial da União [Internet], 29 mar. 2006 [Acesso em: 12 abr. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, Diário Oficial da União [Internet], 24 out. 2011 [Acesso em: 12 abr. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436/2017. *Aprova a política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, Diário Oficial da União [Internet], 22 set. 2017 [Acesso em: 12 abr. 2020]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

29. Health Council on the Netherlands. *European primary care*. The Hague, Minister of Health, Welfare and Sports, 2004.
30. Starfield B. *Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
31. Andrade MV, Coelho AQ, Xavier Neto M, De Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Brazil's Family Health Strategy: Factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998-2012). *Health Policy Plan* [Internet]. 2018 [Acesso em: 12 jun. 2020];33(3):368-80. Disponível em <https://academic.oup.com/heapol/article/33/3/368/4810391>
32. Pinto LF, Giovanella L. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2018 [Acesso em: 12 jun. 2020];23(6):1903-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?lang=en>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica [Internet]. 2020 [Acesso em: 03 out. 2020]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reiHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=OE7-mW1X2Nshz4RLNcJFB2L9>
34. Carvalho LR, Mendes PS, Amaral PVM. Programa saúde da família: a evolução da distribuição espacial das equipes e dos médicos especialistas no Brasil entre 2007 e 2017. *Aps Em Ver* [Internet]. 2019 [Acesso em: 15 set. 2020];1(1):62-74. Disponível em <https://apsemrevista.org/aps/article/view/19>
35. Pinto HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. *Saúde em Redes* [Internet]. 2018 [Acesso em: 12 jun. 2020];4(1):35. Disponível em <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/redeunida/article/view/1795>
36. Paula A, Oliveira C, Gabriel M, Roberto M, Poz D, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 [Acesso em: 16 jul. 2020];22(4). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401165&script=sci_abstract&tlng=pt
37. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2015 [Acesso em: 12 mai. 2020]. Disponível em: http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf
38. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Araújo SQ, Figueiredo AM, Araújo GD. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 [Acesso em: 20 mar. 2020];21(suppl 1):1087-101. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414->

32832017000501087&script=sci_abstract&tlng=pt

39. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2016 [Acesso em: 01 jun. 2020];21(9):2697-708. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000902697&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
40. Oliveira FP, Pinto HA, Figueiredo AM, Cyrino EG, Oliveira AVN, Rocha VXM. Artigos Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017[Acesso em: 01 jun. 2020];21(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000501087&script=sci_abstract&tlng=pt
41. Oliveira FP, Araújo CA, Torres OM, Figueiredo AM, Souza PA, Oliveira FA, et al. O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. *Interface - Comun Saude, Educ* [Internet]. 2019 [Acesso em: 13 set. 2020];23(suppl 1):1-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600204&lng=en&tlng=en
42. Pereira LL, Santos LMP, Santos W, Oliveira A, Rattner D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. *Rural Remote Health* [Internet]. 2016 [Acesso em: 13 set. 2020];16(1):3616. Disponível em <https://www.rrh.org.au/journal/article/3616>
43. Brasil. Ministério da Saúde. Edital de chamamento público nº 5, de 11 de março de 2020. Brasília, 2020.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 1, de 2 de outubro de 2015. *Dispõe sobre a metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do projeto mais médicos para o Brasil*. Brasília, Diário Oficial da União, 6 out. 2015.
45. Miranda, GMD; Mendes, ACG; Silva, ALA; Santos Neto PM. A ampliação das Equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2017 [Acesso em: 12 jul. 2020];131-45. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000100131&script=sci_abstract&tlng=pt
46. Cella JN, Maas LW, Carvalho CL, Faria EDO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Col*. [Internet] 2016 [Acesso em: 16 jul. 2020]. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Escassez/Impacto.pdf>
47. Jeová J, Netto M, Regynara A, Rodrigues M, Aragão C, Goyanna NF, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Revista Panam de Salud Pública*. 2018 [Acesso em: 19 ago. 2020];1-7. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e2/>

48. Russo LX, Nunes E, Rosales C, Augusto T, Rocha H. Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis à atenção primária. *Revista Panam Salud Publica* [Internet]. 2020 [Acesso em: 15 ago. 2020];1-8. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340413211_Efeito_do_Programa_Mais_Medicos_sobre_internacoes_sensiveis_a_atencao_primaria/link/5e87578f92851c2f527b2a73/download
49. Fontes LF, Concei O, Jacinto P, Saraiva M. Evaluating the Impact of Physicians' Provision on Primary Healthcare: evidence from Brazil's More Doctors Program. *Health Economics* [Internet]; 2018 [Acesso em: 13 jul. 2020];27(8):1284-99. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.3775>
50. Russo X, Id AS, Sivey P, Dias J. Primary care physicians and infant mortality: Evidence from Brazil. *Plos One* [Internet]. 2019 [Acesso em: 01 out. 2020]14(5); e0217614. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0217614>
51. Santos W, Comes Y, Pereira LL, Costa AM, Merchan-Hamann E, Santos LMP. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 [Acesso em: 12 mai. 2020];43(120):256-68. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019000100256&script=sci_abstract&tlng=pt
52. Silva EN, Ramos MC, Santos W, Rasella D, Oliveira A, Santos LMP. Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [Acesso em: 12 mai. 2020];42(28):1-7. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e11/>
53. Carvalho VK da S, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: Análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2016 [Acesso em: 12 mai. 2021];21(9):2773-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qyqh9HJpFQFWXHkkTgLm7St/abstract/?lang=pt>
54. World Health Organization (WHO). *Handbook for Guideline Development* [Internet]. 2 ed. Genebra: WHO, 2014 [Acesso em: 12 mai. 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145714/9789241548960_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
55. Silva QTA, Cecílio LCO. A produção científica brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 [Acesso em: 16 mai. 2020];43(121):559-75. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200559
56. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: Panorama da produção científica. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2016 [Acesso em: 16 mai. 2020];21(9):2785-96. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902785
57. Medina MG, Almeida PF, Lima JG, Moura D, Giovanella L. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde em*

- Debate* [Internet]. 2018 [Acesso em: 20 ju. 2020];42(spe1):346-60. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000500346&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
58. Ramos MC, Silva EN. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública?. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [Acesso em: 12 jun. 2020];42(116):296-306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100296&lng=e
 59. Glenton C, Bohren M, Downe S, Paulsen E, Lewin S. EPOC Qualitative Evidence Synthesis: Protocol and review template. EPOC Resources for review authors [Internet]. 2019 [Acesso em: 12 mar. 2020]. Disponível em: <http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>
 60. Sousa MSA, Wainwright M, Soares CB. Sínteses de Evidências Qualitativas: guia introdutório. *BIS, Bol. Inst. Saúde* [Internet]. 2019 [Acesso em: 20 ago. 2020]:7-22. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021785/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-7-22.pdf>
 61. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016;5:210.
 62. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
 63. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2004 [Acesso em: 15 set. 2020];5(57):611-4. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672004000500019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 64. Panchal K, Damodaran M. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). *Lect Notes Mech Eng*. 2017;(2018):333-41.
 65. Toma T, Maia JO, Fundação B, Cruz O. GRADE-CERQual: uma abordagem para avaliar a confiança nos resultados de sínteses de evidências qualitativas [Internet]. 2019 [Acesso em: 16 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/336444914>
 66. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implementation Science* [Internet]. 2018 [Acesso em 16 jun. 2020];13(suppl 1):1-10. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0688-3>
 67. Abreu Cruz M. *A integralidade nas práticas de saúde após implantação do Programa Mais Médicas - A experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia - Juatuba/MG* [Dissertação] [Internet]. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Políticas e Gestão em Saúde, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2015 [Acesso em: 16 jun. 2020]. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312579>

68. Ferreira GS. *O Projeto Mais Médicos e os gestores da atenção básica do estado de Sergipe: uma análise de capacidade de governo e de governabilidade* [Tese] [Internet]. Campinas: Mestrado em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2016. [Acesso em: 17 fev. 2021]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/pesqpmm-379>
69. Vieira MC. *Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia* [Tese] [Internet]. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2016 [Acesso em: 17 fev. 2021]. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/322468>
70. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais: Um estudo de casos múltiplos* [Internet]. Brasília: OPAS, 2017 [Acesso em: 15 fev. 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34282>
71. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro: Mais acesso, equidade e resolutividade na APS* [Internet]. Brasília: OPAS, 2016 [Acesso em: 15 fev. 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34285>
72. Terra LSV, Borges FT, Lidola M, Hernández SS, Millán JIM, Campos GWS. Análise do programa mais médicos à luz dos arranjos institucionais: Intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2016 [Acesso em: 15 fev. 2021];21(9):2825-36. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HkZrPWPNgQ8jD4zQ5T8Yqxv/abstract/?lang=pt>
73. Silva TRB, Silva JDV, Pontes AGV, Cunha ATR. Percepção de usuários sobre o programa mais médicos no município de Mossoró, Brasil. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2016 [Acesso em: 27 fev. 2021];21(9):2861-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d6mMc87jj9BrLzQRW4wcnFB/abstract/?lang=pt>
74. Schweickardt JC, Lima RT, Ferla AA, Martino A. O “Programa Mais Médicos” E O Trabalho Vivo Em Saúde Em Um Município Da Amazônia, Brasil. *Saúde em Redes* [Internet]. 2016 [Acesso em: 26 fev. 2021];2(3):328-41. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/771>
75. Lopes MACP, Costa MJM, Santana RP, Pinheiro CO. Percepção de usuários do Sistema Único de Saúde acerca do Programa Mais Médicos em um município do interior do Ceará. *Rev Bras Pesqui em Saúde* [Internet]. 2018 [Acesso em: 22 fev. 2021];19(4):50-7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883979>
76. Carrapato JFL, Silva RVC, Rotondaro EC, Placideli N. Programa Mais Médicos: percepção dos usuários e dos profissionais do SUS. *Rev Em Pauta* [Internet]. 2016 [Acesso em: 16 fev. 2021];14(38):280-93. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/27863>
77. Pereira LL, Pacheco L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a

- garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. *Interface Commun Heal Educ* [Internet]. 2017 [Acesso em: 19 fev. 2021];21:1181-92. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7X65VXdhKtRXty8WTRJbS4v/?lang=pt>
78. Lemões MAM, Lange C, Castro DSP, Llano PMP, Machado RA, Hermes GB. Programa mais médicos na fronteira: gest]ao em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai. *Rev Urug Enferm* [Internet]. 2019 [Acesso em: 20 fev. 2021];14(1):38-48. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1009337>
 79. Melo CDF, Baião DC, Costa MC. A Percepção Dos Usuários Cearenses Sobre O Programa Mais Médicos. *Gestão e Soc* [Internet]. 2016 [Acesso em: 18 fev. 2021];10(26):1302. Disponível em: <https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/2087>
 80. Silva HP, Tavares RB, Comes Y, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. O Projeto Mais Médicos para o Brasil : desafios e contibuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 [Acesso em: 01 mar. 2021];21:1257-68. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sSFyNXRYHgtF8ykQ837wwtv/abstract/?lang=pt>
 81. Paula JB, Westphal MF. Sistemas de saúde, cooperação horizontal e o programa Mais Médicos no Brasil. *Rev Bras em Promoção da Saúde* [Internet]. 2018 [Acesso em: 16 fev. 2021];31(4):1–9. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8780>
 82. Baião DC. O programa mais médicos a partir das atitudes dos médicos [Dissertação] [Internet]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza; 2016 [Acesso em: 16 fev. 2021]. Disponível em: <https://uol.unifor.br/oul/ObraBdtdSiteTrazer.do?method=trazer&ns=true&obraCodigo=98645>
 83. Borges FT. Análisis del reclutamiento internacional de profesionales de salud para el programa mas medicos del Brasil [Internet]. *In: III Convención de Salud Publica*, 2018 [Acesso em: 16 fev. 2021]. Havana: Ministerio de La Salud Publica, 2018, 266. Disponível em: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/connvencionsalud/2018/paper/viewFile/266/54>
 84. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos Para O Brasil: Estudo De Caso. *Rev da ABPN* [Internet]. 2015 [Acesso em: 16 fev. 2021];7(16):28-51. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281032212_PROJETO_MAIS_MEDICOS_PARA_O_BRASIL_ESTUDO_DE_CASO_EM_COMUNIDADES_QUILOMBOLAS_PROJETO_MAIS_MEDICOS_PARA_O_BRASIL_MORE_DOCTORS_FOR_BRAZIL_PROJECT_A_CASE_STUDY_IN_QUILOMBO_COMMUNITIES_PROJET_MAIS_MEDICOS
 85. Mota RG, Barros NF. The mais médicos (More doctors) program in Mato Grosso State, Brazil: Implementation analysis. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2016 [Acesso em: 20 fev. 2021];21(9):2879-88. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Zttm84ZF9dZtFpFCH7jS67v/?lang=en>

86. Franco CM, Almeida PF, Giovanella L. Comprehensiveness of practices by Cuban physicians in the more doctors program in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018 [Acesso em 15 fev. 2021];34(9):e00102917. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mmHfCYzWxZ8TQ5N58CSjN9L/abstract/?lang=pt>.
87. Comes Y, Pereira LL, Simas P, Ribeiro I, Vivas G, Rosales C. Saúde e empoderamento das mulheres: estudo de caso do Programa Mais Médicos em municípios com presença de médicos cubanos. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2020 [Acesso em: 15 fev. 2021];44:1-7. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51075?locale-attribute=pt>
88. Santos JBF, Macie RHMO, Lessa MGG, Maia ALLN, Guimarães EPA. Médicos estrangeiros no Brasil: A arte do saber olhar, escutar e tocar. *Saude e Soc.* [Internet] 2016 [Acesso em: 19 fev. 2021];25(4):1003-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wHcwH5KpdrnV4Rw5gw7jBRr/abstract/?lang=pt>
89. Schweickardt JC, Ferla AA, Lima RTS, Amorim JSC. O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2020 [Acesso em: 17 fev. 2021];44:1-8. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51349/v44e242020.pdf?sequence=5&isAllOwed=y>
90. Pereira LL, Santos LMP. Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. *Argumentum* [Internet]. 2018 [Acesso em: 15 fev. 2021];10(2):203-19. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18737>
91. Marquezan RF, Giralдин O. A interface entre saúde indígena e o programa mais médicos para o Brasil no Tocantins: Uma análise a partir do povo Xerente. *Amaz - Rev Antropol* [Internet]. 2018 [Acesso em: 21 fev. 2021];9(2):832. Disponível em: <https://www.periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/5677>
92. Boiteux PA, Sarti TD, Lima RCD. Programa Mais Médicos: contribuições aos processos de trabalho e desafios para a integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2020 [Acesso em: 25 fev. 2021];15(42):2149. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2149>
93. Comes Y, Trindade JDS, Shimizu H, Hamann E, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2016 [Acesso em: 25 fev. 2021];21(9):2749-59. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZVqpT7mw8gRnvxksMBdjb6x/abstract/?lang=pt>
94. Separavich MA, Couto MT. More doctors program: A critical review of the implementation from the perspective of access and the universalization of health care. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2021 [Acesso em: 25 fev. 2020];26:3435-46. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34468640/>
95. Gasparini MFV, Furtado JP. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais

- Médicos: um estudo avaliativo. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 [Acesso em: 25 fev. 2020];43(120):30-42. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WZngDzp5b9SqPn7Y9SMxRwQ/abstract/?lang=pt>
96. Cardoso Junior R, Sousa ESS. Supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: percepção dos médicos brasileiros e estrangeiros. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2020 [Acesso em: 26 fev. 2020];24(suppl 1):1-18. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/SwGbpJvnHTXjHgRLpkCgVKF/abstract/?lang=pt>
97. Shimizu HE, Santos LMP, Sanchez MN, Hone T, Millett C, Harris M. Perceptions about the "Mais Médicos" Program and the Academic Supervision Process TT. *Rev bras educ méd* [Internet]. 2020 [Acesso em:];44(4):e180. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000400225
98. Brasil. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. *Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps)*. Brasília, Diário Oficial da União [Internet], 19 dez. 2019 [Acesso em:]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm

APÊNDICE A – ESTUDOS EXCLUÍDOS APÓS LEITURA DO TEXTO COMPLETO X MOTIVAÇÃO

(continua)

Estudo	Autores	Ano	Motivo da Exclusão
The retention of physicians to primary health care in Brazil: motivation and limitations from a qualitative perspective.	Lyane Ramalho Cortez, Eliana Costa Guerra, Natércia Janine Dantas da Silveira e Luiz Roberto Augusto Noro	2019	amostra não relacionada
Sociocultural interactions of Cuban doctors participating in the More Doctors Program in Brazil	OPAS	2018	amostra não relacionada
Programa Mais Médicos: Satisfação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico	Brito, Lusmair Martins de	2014	metodologia não relacionada
Programa Mais Médicos no Brasil: estratégias de análise categórica em um estudo qualitativo/ More Doctors Program in Brazil: categorical analysis strategies in a qualitative study	Aguiar, Raphael Augusto Teixeira de; Almeida, Jullien Dábini Lacerda de.	2018	metodologia não relacionada
Produção de vínculos: a relação entre médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde a partir do Programa Mais Médicos/ Link production: the relationship between Cuban doctors and users of the Unified Health System from the Mais Médicos Program	Garcia Junior, Carlos Alberto Severo.	2018	metodologia não relacionada
Percepção dos profissionais de saúde da estratégia de saúde da família sobre o Programa Mais Médicos/ Perception of health professionals of the family health strategy on the Mais Médicos Program	Ribeiro, Daniel		não publicado na íntegra
O sistema único de saúde sob as lentes dos profissionais do Programa Mais Médicos [resumo]	Jeffeson Carlos Araújo, Ana karine Moreira, Dandara Gomes e Eurienne Bezerra	2016	amostra não relacionada
O Programa Mas Medicos em Pernambuco: promoção da saúde e da cidadania em contextos sociais de vulnerabilidade/ The Mas Medicos Program in Pernambuco: promotion of health and citizenship in social contexts of vulnerability	Santos, Mário A		não publicado na íntegra
Mais médicos no Brasil: a delicadeza formativa da relação médico - paciente na zona rural do município de Ipu/ Ceará	Maria Aparecida de Lima, Adriana Melo de Farias, Katherine Jeronino Lima, Maria Lucila Magalhães Rodrigues, Maria de Fátima Feitosa Francelino	2014	não publicado na íntegra
Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención/ Humanism in the practice of Cuban cooperating physicians in Brazil: narratives of basic health care teams/ Humanismo na prática dos médicos colaboradores cubanos no Brasil: narrativas das equipes de atenção básica	OPAS	2017	amostra não relacionada
Family health strategy and More Doctors Program in rural area of Porto Velho, Brazil: a qualitative analysis under the nurse's perspective	Marcuce Antonio Miranda dos Santos, Leonardo Severo da Luz Neto, Luiz Carlos Cavalcanti de Albuquerque, Helio Franklin Rodrigues de Almeida, Solange Alves da Silva Costa, Daiane Regine Lira Corrêa, Daniele Lopes Aguiar	2018	amostra não relacionada
Avaliação do perfil e disponibilidade de médicos na estratégia de saúde da família cearense e da resolutividade dos programas de atração de profissionais	Corrêa, Ana M. Santos, V.P.	2018	não publicado na íntegra

(conclusão)

Estudo	Autores	Ano	Motivo da Exclusão
A representação social dos cearenses sobre o Programa Mais Médicos	Santos, João Bosco Feitosa dos; Costa, Mariana Carvalho; Maciel, Regina Heloisa Pereira; Lins, Cynthia de Freitas Melo.	2014	não publicado na íntegra
A percepção dos profissionais da ESF sobre o médico estrangeiro do programa mais médicos em uma unidade de saúde de São Paulo	Silva, Ferreira	2016	impossibilidade de separação de dados Provac e PMM impossível
A influência do PROVAB e do Programa Mais Médicos na definição de política de formação médica em um contexto paulista	Santos, Maria Aparecida Pedrosa dos.	2017	impossibilidade de separação de dados Provac e PMM impossível

Fonte: autor.

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
FRANCO (86)	2018	A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil	Analisar a integralidade das práticas dos médicos cubanos no PMM	estudo qualitativo	Médicos estrangeiros e supervisores	n=24 médicos	Rio de Janeiro/RJ	entrevistas semiestruturadas com médicos do PMM e grupo focal com supervisores	Análise temática das entrevistas e do grupo focal	Aprovado pelos Comitês de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	Entrevista de 24 médicos e 4 supervisores participaram do grupo focal.	Em síntese, pode-se afirmar que a atuação dos médicos cubanos no PMM apresenta elementos condizentes à integralidade das práticas, conforme concepção adotada neste trabalho, com prestação de um leque amplo de ações e serviços, coerente com a complexidade dos problemas de saúde e pluralidade dos cenários. Os profissionais possuem marcada capacidade de inserção comunitária, enfoque preventivo, planejamento de ações e bom relacionamento interpessoal, identificando-se posturas e técnicas de acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade de atenção. Desafios foram sinalizados quanto à promoção de práticas participativas com as coletividades, à ampliação da autonomia das pessoas nas decisões clínicas, ao manejo mais potente de problemas de ordem psíquica, à sistematização de ferramentas de abordagem (centrada na pessoa e a casos vulneráveis, por exemplo) e à capacitação para procedimentos invasivos na atenção básica
MARQUEZAN (91)	2018	A interface entre saúde indígena e o programa mais médicos para o Brasil no Tocantins: uma análise a partir do povo Xerente	Analisar como a implementação do PMM possibilitou novas formas de relacionamento no campo da saúde a partir do contato entre os profissionais e os indígenas	Estudo descritivo da relação dos profissionais do PMMPB e os Akwe-Xerente, a partir de dados documentais e etnográficos coletados	usuários (indígenas) e médicos estrangeiros	não informa	saúde indígena do Tocantins	Áudios extraídos de duas reuniões de supervisão e roda de conversa sobre saúde indígena. Extração de dados do documentário "Mais Médicos no TO e vivências de campo do pesquisador	não informa	Não informa	Não informa	Da zona de contato entre profissionais e indígenas emergiram novas formas de relacionamento. Fatores como permanência dos profissionais, formação adequada e disponibilidade foram importantes para a interação desses profissionais com a comunidade contribuindo para uma relação mais simétrica. De outro lado, o processo histórico de relação dos Xerente com a sociedade circundante consistiu num elemento facilitador dessa relação

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
TERRA (72)	2016	Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais	Analisar a experiência dos médicos cubanos de trabalho no PMM numa perspectiva centrada em atores, orientados pelo Método Paideia	qualitativo com perspectiva centrada nos atores	médicos intercambistas	8 médicos estrangeiros	Município de médio porte	roteiro de entrevista semiestruturada	material empírico instruídos pela Análise de Conteúdo e Análise Temática,	aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).	Os médicos cubanos foram selecionados por redes afetivas e institucionais. Participaram 4 médicas e 4 médicos, entre a quarta e sexta década de vida, com mais de cinco anos de graduação, ao menos uma missão no exterior prévia ao PMM e no mínimo uma especialização. Todos possuíam em seu currículo a missão na Venezuela. Os médicos cubanos entrevistados destacaram suas origens humilde e pobre. Todos os entrevistados tinham pelo menos uma especialização em MGI. duas ou três especializações. Todos possuíam missão na Venezuela.	A partir do discurso dos sujeitos podemos dizer que as potencialidades do programa ultrapassaram barreiras iniciais, apresentando-se como uma ferramenta de tensão para a superação do modelo biomédico, em consonância com o método Paideia.
TAVARES (80)	2017	O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados	analisar aspectos relacionados às motivações, ao processo e condições de trabalho na Atenção Básica, à situação de saúde nos municípios, ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e à relação com os gestores, dos médicos cooperados	Estudo qualitativo	médicos cooperados	44 médicos estrangeiros	32 municípios de todas as regiões do Brasil: 14 no Norte, 12 no Nordeste, três no Sudeste, dois no Centro-Oeste e um no Sul	entrevista semiestruturada	A partir das narrativas dos médicos, categorizou-se a informação e quantificaram-se os resultados, utilizando-se a técnica de análise quantitativa e descritiva (frequência) dos depoimentos profissionais e técnicas de análise de conteúdo	O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FS-UNB)	Foram analisadas 44 entrevistas semiestruturadas feitas com médicos cooperados dos municípios incluídos na amostra (16 homens e 28 mulheres).	As falas mostram que os cooperados têm um agudo senso de observação e conseguem fazer um detalhado diagnóstico situacional de suas áreas de atuação, demonstrando a precariedade ainda prevalente na Atenção Básica nos municípios. Porém, eles também evidenciam que, com a adequada formação, é possível fazer atenção primária de qualidade, mesmo diante de grandes adversidades.

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR - PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
COMES (93)	2016	Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos	O estudo objetivou avaliar a satisfação dos usuários com os médicos do Programa e a responsividade destes serviços de saúde	Trata-se de um estudo descritivo, sobre a satisfação dos usuários e a responsividade dos serviços em 32 municípios selecionados	usuários	263 usuários	32 municípios de todas as regiões do Brasil, sendo: quatorze no Norte, doze no Nordeste, três no Sudeste, dois no Centro-Oeste e um no Sul. municípios remotos, pequenos e pobres.	Foram aplicados 263 questionários em 50 Equipes de Saúde da Família dos 32 municípios.	A análise das perguntas abertas do questionário foi feita mediante a técnica de análise de conteúdo. Alguns dos dados qualitativos foram apresentados na forma de nuvens de palavras empregando o software livre WORDLE	A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UNB	Participaram do estudo 263 usuários do SUS, sendo que a maioria era do sexo feminino (214; 81,4%) com idade média de 61 anos e mediana de 37 anos, sendo a mínima 14 e a máxima 94 anos. A raça/cor predominante foi parda (138; 52,2%), seguida de branca (46; 17,5) e negra (32; 12,2%). O nível de escolaridade demonstrou ser bastante baixo, com preponderância de ensino fundamental incompleto (97 casos; 37,5%), seguido do ensino médio completo (63 casos; 24%). Contudo, a maioria das pessoas (215; 83%) referiu ter boa capacidade para leitura de um texto ou jornal. Em relação à ocupação, constatou-se número relevante de trabalhadoras do campo (48; 18,5%), do lar (48; 18,5%), servidor público (32; 12,3%) e empregadas domésticas (19; 7,3%).	Os usuários expressaram satisfação quanto ao atendimento médico, às informações recebidas sobre a doença e o tratamento, e a clareza e a compreensão das indicações. O bom desempenho técnico e humanizado dos médicos contribuiu para a satisfação dos usuários que ressaltaram a importância da continuidade do programa. Na dimensão responsividade, a maioria dos usuários externou contentamento quanto aos aspectos não médicos do cuidado: rapidez no agendamento, tempo de espera inferior a uma hora e privacidade. As sugestões dos usuários de melhorias na infraestrutura, maior disponibilidade de medicamentos e presença de mais médicos, devem ser consideradas pelos gestores do Sistema Único de Saúde para avançar na garantia do direito constitucional de acesso à saúde no Brasil.

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
SANTOS (88)	2016	Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar	Apresentar as impressões dos gestores e usuários do SUS sobre o desempenho dos médicos participantes do PMM, notadamente sobre os médicos estrangeiros.	Estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa	gestores e usuários.	12 gestores e 32 usuários	12 municípios do Ceará	Observação direta e entrevistas semiestruturadas com usuários e gestores.	As entrevistas, com roteiro, foram gravadas e transcritas. Os dados das entrevistas e observações foram avaliados por meio de uma análise de conteúdo temática.	A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, CA-AE 27715114.9.000.5534, sob o parecer nº 1.082.844	Foram entrevistados doze gestores (secretários municipais dos doze municípios da pesquisa) e 32 usuários selecionados, aleatoriamente, três em cada município. Os gestores foram selecionados em doze municípios diferentes. Possuíam faixa etária entre 40 e 50 anos e ocupavam o cargo por, no mínimo, um ano. Os usuários eram selecionados no local de atendimento, sendo considerados: município de regiões de saúde diferentes e de tamanhos distintos; sexo; tipo de procura de atendimento; e, sobretudo, tempo e frequência de utilização daquele equipamento de saúde, tendo em vista que eles teriam de conhecer sua dinâmica antes do PMM.	A cultura da prevenção e humanização no atendimento dos médicos estrangeiros é predominante, dentre os quais os cubanos são avaliados positivamente por usuários e gestores pela capacidade de ver, ouvir e tocar os pacientes. Esse comportamento mostra a necessidade de fortalecer a cultura do cuidado mais humanizado entre os médicos brasileiros.
PEREIRA (84)	2015	Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas	Analisar de que forma o PMM tem contribuído para a atenção primária à saúde em comunidades quilombolas, tomando como exemplo estudos de caso no Nordeste e no Norte do país.	qualitativa	gestores, médicos estrangeiros e usuários quilombolas	4 gestores, 4 usuários e 3 médicos cubanos	comunidades quilombolas no PA e RN	Entrevistas semiestruturadas e grupos focais. A coleta de dados compreendeu três grupos focais com usuários quilombolas, 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e 3 com representantes do controle social	não informa	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Parecer número 399.461).	No total foram realizadas de 16 entrevistas semiestruturadas sendo: três médicos cubanos participantes do PMM, que atuam nas UBS, cinco profissionais de saúde, que compõem a equipe das UBS, quatro gestores, sendo duas secretárias municipais de saúde e duas coordenadoras da atenção básica, três representantes do Conselho Municipal da Saúde e uma liderança de uma das comunidades. A maioria dos usuários eram mulheres.	Conclui-se que o Mais Médicos contribuiu na garantia do acesso à saúde nas comunidades estudadas. A permanência dos médicos nos municípios possibilitou a realização de ações de prevenção e promoção da saúde e o estabelecimento de vínculo com os usuários.

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR - PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
COMES (87)	2020	Saúde e empoderamento das mulheres: estudo de caso do Programa Mais Médicos em municípios com presença de médicos cubanos	Descrever as representações de ser mulher por parte das usuárias do PMM e as mudanças que o Programa trouxe quanto ao empoderamento e ao cuidado da saúde dessa população.	qualitativa	gestores, usuários e médicos cubanos	4 GESTORES, 9 MÉDICOS CUBANOS, 223 USUÁRIOS (103 USUÁRIAS, 120 USUÁRIOS)	Municípios com mais de 100 mil habitantes - Rio Branco, estado do Acre, Teixeira de Freitas, Bahia, Itapeçerica da Serra, São Paulo e Distrito Federal.	Entrevista semiestruturada com quatro gestores e nove médicos cubanos do PMM. Técnica de evocação livre de palavras (TELP), aplicada a 103 mulheres. Grupo focal, realizado com 120 usuárias do PMM, distribuídas em oito grupos (dois grupos por cidade, com 32 participantes no Gama, 22 em Itapeçerica da Serra, 36 em Rio Branco e 30 em Teixeira de Freitas). As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os secretários de saúde de cada um dos municípios escolhidos. A entrevista semiestruturada com médicos teve também um critério intencional baseado na disponibilidade do médico cubano para fazer a entrevista.	Os dados construídos a partir da técnica associativa foram analisados com base na teoria das representações sociais, especificamente a análise prototípica com apoio do software livre Iramuteq. Os dados levantados nos grupos focais e entrevistas foram analisados a partir da análise de conteúdo e com o auxílio do software Atlas.ti Os resultados das técnicas foram integrados por triangulação metodológica.	O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CEUB) (protocolo 2.673.593/18).	-	A cobertura da atenção básica foi fortalecida com os aportes do programa, segundo os quatro gestores entrevistados. As mulheres (103 na técnica evocativa e 120 nos grupos focais) relataram mudanças no modelo de atendimento, que se tornou mais humanizado, com impacto sobre sua percepção sobre os serviços de saúde, sobre a consulta médica, sobre os médicos e sobre a imagem de si mesmas e, em menor medida, sobre as práticas de cuidado da saúde. Conclusões. O PMM trouxe ganhos no empoderamento individual das mulheres, com reflexos potencialmente positivos para os comportamentos em saúde
SCHWEICKARDT (74)	2016	O Programa Mais Médicos e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia	Analisar o efeito da presença do profissional médico pertencente ao PMM na relação com a equipe de saúde no município de São Gabriel da Cachoeira e as interferências na organização e no funcionamento da atenção básica em saúde.	qualitativo e foi delineado sob os referenciais metodológicos de estudo de caso	gestores e médicos cubanos	2 gestores e 7 médicos cubanos	São Gabriel da Cachoeira/AM	Entrevista semiestruturada.	não informa	A pesquisa foi aprovada no Comitê em Ética, registrada no CAE.	Médicos que atuam na área urbana do município. Os médicos do DSEI não foram sujeitos de pesquisa; N= 7 médicos cubanos do PMM e gestor municipal e gestor da APS	Os efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica em Saúde são de contar com a presença regular do profissional médico na equipe, possibilitando a construção do cuidado de modo mais permanente tanto do profissional quanto da equipe como um todo. Ficou clara que a diminuição da rotatividade criou as condições para uma oferta de serviços com qualidade.

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR - PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
SCHWEICKARDT (89)	2020	O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil	Analisar os efeitos do PMM no contexto da saúde indígena tendo como campo empírico o estado do Amazonas, Brasil, na região da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, onde está localizado o DSEI Alto Rio Solimões.	Foi realizado um estudo descritivo no DSEI Alto Rio Solimões (DSEI ARS). A abordagem qualitativa	Médicos estrangeiros e usuários indígenas	4 médicos e 30 usuários indígenas	Polos-Base do DSEI ARS, a saber: Belém do Solimões município de Tabatinga), Campo Alegre (município de São Paulo de Olivença) e Betânia (município de Santo Antônio do Içá), todos no estado do Amazonas	A análise qualitativa foi realizada a partir das entrevistas semiestruturadas e por observação direta de campo	Foram sistematizadas categorias empíricas e unidades temáticas de análise	O projeto foi aprovado pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (protocolo 80564817.9.000.5020).	Foram entrevistados 44 profissionais (quatro médicos, 10 enfermeiros, dois psicólogos, um nutricionista, dois odontólogos, 10 técnicos de enfermagem e 15 agentes indígenas de saúde) e 30 usuários adultos das comunidades indígenas, sendo 20 homens e 10 mulheres	O estudo mostrou que o PMM trouxe provimento estável de médicos, predominantemente cubanos, reorganização do trabalho das equipes, com melhora dos registros de informações dos procedimentos, qualificação das ações dos programas específicos de parto e puerpério e melhoria nos indicadores de saúde de consulta pré-natal. A implementação do PMM e a presença de médicos cubanos permitiram avanços na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com resultados mesmo em curto prazo, restando desafios de ordem cultural, da integralidade em saúde e da sua sustentabilidade.
MOTA (85)	2016	O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação	analisar a implementação e o desenvolvimento do PMM em Mato Grosso (MT), de 2013 a 2015.	análise qualitativa da implementação do PMM	médicos - supervisores, tutores e participantes e gestores	20 médicos, 10 supervisores, 2 tutores, 10 gestores (CCE gestão estadual)	estado do MT	Coleta de dados primários, com a realização de entrevistas semiestruturadas e dois grupos focais. O primeiro constituído por 10 (dez) médicos supervisores e 2 (dois) tutores. O segundo constituído por 12 (doze) médicos do PMM.	Cruzamento de dados permitiu a complementariedade necessária na análise, que se deu de forma ampliada e integradora. Nos grupos focais com médicos participantes e com supervisores buscou averiguar os consensos e conflitos sobre as experiências	foi apresentado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJUM-UFMT).	10 supervisores, 6 mulheres e 4 homens, com idade média de 38 anos, 2 tutores acadêmicos, com idade próxima a 63 anos; 20 médicos do PMM, 17 homens e 3 mulheres, com idade ao redor de 43 anos; e 6 gestores da saúde, 3 homens e 3 mulheres, com idade média de 39 anos	Os resultados apontam que a experiência foi positiva, pois supera antigos obstáculos, aumenta o acesso aos usuários, promove o debate sobre o tema, além de experimentar e propor caminhos para o fortalecimento da Atenção Básica em MT. Conclui-se haver necessidade de ampliar as discussões acadêmicas sobre o provimento, a formação médica, o modelo de assistência e a qualificação dos recursos humanos pela educação permanente através da integração ensino-serviço-comunidade

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR - PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
LOPES (75)	2017	Percepção de usuários do Sistema Único de Saúde acerca do Programa Mais Médicos em um município do interior do Ceará	Descrever a percepção dos usuários do SUS em relação ao PMM em um município do interior do Ceará.	Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na zona rural de Viçosa do Ceará	usuários	20 usuários	Município - Viçosa do Ceará - UBS rural	A coleta de dados foi realizada com usuários da UBS, por meio de entrevista semiestruturada norteando-se por questões relacionadas ao problema da pesquisa: "O que você entende sobre o PMM? Como você percebe o funcionamento deste programa? Que mudanças o programa trouxe em relação a sua saúde e para sua comunidade?"	Optou-se pela técnica de análise de conteúdo temática, proposta por Bardin com agrupamento em categorias de análise.	A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará com o parecer nº 863.494	20 usuários do SUS atendidos por médicos participantes do PMM	Da análise de conteúdo, emergiram três categorias: Entendimento dos usuários do SUS a respeito do PMM; Aceitação dos usuários a respeito do programa e Influências do PMM na vida dos usuários e na comunidade. Reportando-se aos achados da pesquisa, observa-se que a implantação do PMM proporcionou melhoria na assistência à saúde. Conclusão: Entre os benefícios, destaca-se: o acesso ao serviço médico e outros serviços de saúde, diminuição nas filas durante as consultas e redução dos deslocamentos à sede da cidade à procura de atendimento médico.
SILVA (73)	2016	Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil	Analisar a percepção de usuários sobre o PMM	Realizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa no município Mossoró, no Estado do Rio Grande do Norte,	usuários	25 usuários	município	entrevista individual semiestruturada	O material foi submetido à técnica de análise temática,	Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN e aprovada.	25 entrevistados, atendidos por seis equipes da ESF, abrangendo todas as regiões do município. Ao todo, foram 25 sujeitos da pesquisa: 18 mulheres (72 %) e 7 homens (28%), 23 com escolaridade de ensino médio ou fundamental (92%), 1 analfabeto (4%) e 1 com ensino superior (4%), quatro idosos acima de 60 anos (16%), 10 adultos entre 30 e 60 anos (40%) e 11 jovens entre 18 e 30 anos (44%).	A atuação de médicos intercambistas foi bem avaliada, com ênfase na relação médico-usuário humanizada, caracterizada pela escuta, atenção e diálogo. Sobre a comunicação com esses profissionais, os usuários referem o idioma como uma barreira, que foi amenizada pelo uso de estratégias comunicacionais nas ESF. O PMM ofereceu resolução rápida e satisfatória para o problema histórico da dificuldade de acesso ao médico. Contudo a efetivação do sistema de saúde brasileiro exige a superação de insuficiências, como acesso a serviços especializados, problemas organizacionais e modelos de produção de serviços centrados na doença.

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR-PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
MELO (79)	2016	A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos	Conhecer as percepções dos usuários da ESF sobre o Programa Mais Médicos.	pesquisa descritiva exploratória sobre o Programa Mais Médicos (PMM), através de abordagem qualitativa	usuários	6 usuários	Municípios de Fortaleza, Itaitira, Sobral, Granja, Crato e Salitre.	roteiro de entrevista semiestruturado composto pelas seguintes categorias: (1) Compreensão sobre o Programa Mais Médicos; (2) Avaliação do Programa Mais Médicos; e (3) Avaliação dos médicos bolsistas	As análises das entrevistas e a interpretação do material coletado foram feitas por meio de análise de conteúdo temática, segundo Bardin	o presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, com parecer número 715.697.	seis usuários da ESF, que já foram atendidos por médicos bolsistas do PMM e por não bolsistas (médicos não participantes do programa), abordados por conveniência em postos de saúde nas cidades onde residem	Os resultados mostraram que existe um desconhecimento por parte dos usuários sobre o programa. Os usuários acreditam que os médicos convencionais têm indisposição para o atendimento, especulam financeiramente a medicina e não realizam atendimento humanitário. Afirmam ainda que, apesar dos médicos bolsistas estrangeiros possuírem uma limitação com o idioma, desenvolvem uma relação de afeto com a população e são considerados capacitados. Apesar das barreiras encontradas, existe uma avaliação positiva do programa por parte dos usuários, que consideram que ele tem ajudado a suprir a quantidade de médicos, ocasionando a melhoria do serviço e do acesso à saúde.
BOITEUX (92)	2020	Programa Mais Médicos: contribuições aos processos de trabalho e desafios para a integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família	Analisar os efeitos da inserção do médico cubano nos processos de trabalho de uma equipe de ESF	Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, escolhido por permitir a investigação de um fenômeno em profundidade e em seu contexto de mundo real	médico	1 médico	Município de pequeno porte do Espírito Santo	observação participante, complementada com entrevistas em profundidade (um médico e um enfermeiro) e um grupo focal	As etapas da análise seguiram uma sequência baseada na proposta de Minayo: (I) ordenação; (II) tipificação; e (III) análise abrangente final. Na etapa de ordenação, organizamos os dados produzidos nas observações, nas entrevistas e no grupo focal. Na tipificação, fizemos a leitura aprofundada e impregnante do material empírico e sua distribuição em categorias.	O projeto da pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com nº CAAE 60943416.1.0000.506 0/2016	não detalha	Os resultados indicam contribuições na ampliação de ações assistenciais e no fortalecimento dos vínculos entre equipe e usuários. Entre os desafios, a persistência de práticas segmentadas por categorias profissionais, subordinadas à figura e aos saberes (bio)médicos, com limitada interação interprofissional e equipe-comunidade na construção de projetos comuns de cuidado

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
PEREIRA (77)	2017	O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil	Avaliar como o Programa Mais Médicos vem sendo implementado em áreas rurais e a contribuição do provimento de médicos para garantir atenção integral à saúde	qualitativa - estudo de caso	gestores, médicos estrangeiros e usuários	5 gestores, 4 médicos e 15 usuários	Município rural do PA	42 entrevistas semiestruturadas	Análise de conteúdo de bardin	O projeto de pesquisa matriz, do qual esta investigação faz parte, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília em 18/09/2013 (Parecer número: 399.461)	42 entrevistas semiestruturadas com: dezoito profissionais das equipes ESF, cinco gestores, quatro médicos estrangeiros do PMM, um representante do conselho municipal de saúde e quatorze usuários	Os resultados sugerem melhorias na atenção primária à saúde – como aumento de consultas e ampliação do acesso aos serviços de atenção básica ofertados – atribuídas à presença do médico e às estratégias mais equitativas adotadas. No entanto, ainda persistem desafios a enfrentar para garantir atenção integral à saúde nas zonas rurais, como a manutenção do programa e a superação de problemas recorrentes, como: falta de medicamentos e exames, limitações no retorno dos pacientes referidos a outros serviços e fragilidades na rede de atenção à saúde
PEREIRA (90)	2018	Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará	Discutir a atenção à saúde na comunidade quilombola de Jurussaca, no Pará, bem como analisar as repercussões da implantação do Programa Mais Médicos nesta comunidade	qualitativa	gestores e usuários	não informa	município rural - comunidade quilombola de Jurussaca, nordeste do Pará	30 entrevistas semiestruturadas, 1 grupo focal e anotações no diário de campo. A coleta de dados junto aos gestores realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Grupo focal com usuários, (12) usuários atendidos pelo médico do PMM	Técnica de análise de conteúdo, com foco nas etapas empregadas por Bardin. Na execução das etapas de análise, utilizou-se como ferramenta de apoio o software Atlas-ti, procedendo assim à sistematização e categorização das informações e à análise à luz da literatura, com foco nas questões pertinentes ao estudo	O projeto de pesquisa matriz, do qual esta investigação faz parte, foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa	Usuários moradores da comunidade quilombola, gestores da Secretaria Municipal de Saúde. Os gestores convidados a participar foram aqueles envolvidos diretamente na coordenação da AB. Os usuários quilombolas foram contatados na UBS onde o médico do PMM estava alocado	Os dados da pesquisa apontaram que a comunidade quilombola apoia a iniciativa governamental de implantação do PMM e faz uma avaliação positiva sobre a atuação médica na UBS, ressaltando a qualidade do atendimento e o aumento de visitas domiciliares. Assim como os usuários, os gestores veem como positiva a adesão do município ao programa

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
LEMÕES (78)	2019	Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai	Descrever a percepção dos gestores sobre as potencialidades do Programa Mais Médicos na reorientação da Atenção Básica	Estudo qualitativo	gestores	6 gestores	Municípios de fronteira do extremo sul do Brasil - Jaguarão, Santana do Livramento, Chuí, Quaraí, Barra do Quaraí e Aceguá, todas no Rio Grande do Sul	Entrevista semiestruturada, agendada previamente. As seis entrevistas foram realizadas em local de escolha dos participantes do estudo, gravadas em aparelhos digitais para posterior transcrição.	A análise de dados foi realizada com método de análise de conteúdo descrita por Bardin	Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem (UFPel) sob o parecer: 1.757.934 e CAAE nº 60173516.6.000.5316	N= 6 com seis gestores municipais de saúde, de municípios considerados cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai.	Os municípios fronteiriços descentralizaram e planejaram a atenção em saúde ao alocarem os profissionais médicos na Atenção Básica. O provimento e maior permanência do médico nas equipes mobilizou o trabalho multiprofissional e ampliou o acesso dos usuários aos serviços e ações de saúde. Conclusão: A gestão em saúde auferiu maior poder de planejamento ao dispor do profissional médico em seu quadro de trabalhadores. Portanto, o Programa Mais Médicos propiciou mudanças no modelo de atenção e enfrentamento das desigualdades sociais em saúde nos municípios fronteiriços.
CARRAPATO (76)	2016	Programa Mais Médicos: percepção dos usuários e dos profissionais do SUS	Evidenciar a percepção dos profissionais e da população usuária do SUS sobre o Programa Mais Médicos	Pesquisa qualitativa	usuários	10 usuários	município de pequeno porte SP que recebeu médicos cubanos	entrevista	análise de conteúdo	submetida e aprovada	10 usuários	Os resultados demonstraram que o atendimento médico dos profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos ocorre de maneira qualificada, humanizada e resolutiva, trazendo, assim, atendimento de qualidade aos usuários dos serviços de saúde
PAULA (81)	2018	Sistemas de saúde, cooperação horizontal e o Programa Mais Médicos no Brasil	Analisar a Cooperação Brasil Cuba no Programa Mais Médicos (PMM) e seus efeitos para o trabalho médico.	qualitativa	gestores, médicos estrangeiros e brasileiros e usuários	14 cubanos, 2 supervisores, 1 gestora,	2 municípios do CE - Parambu e Caucaia	entrevista e análise documental	análise por meio da abordagem do ciclo de políticas - entrevistas com atores chaves, análise documental e estudo de caso do PMM de duas cidades do Estado do Ceará.	O presente estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de acordo com Parecer nº 1.885.885	Ao todo entrevistaram-se: 18 pessoas somente no contexto de prática, 14 cubanos, 2 supervisores, 1 gestora, 1 profissional de outra área	A prática e a educação médica voltadas para a atenção especializada, orientadas pelo mercado, com um uso exagerado de tecnologias de alta densidade, comparadas aos médicos cubanos. Os médicos cubanos trazem nova perspectiva para os profissionais de saúde na forma de construir vínculos com usuários e na maneira de lidar com a pobreza e a iniquidade. Na dimensão micropolítica, ambos, brasileiros e cubanos, beneficiaram-se de estratégias de educação permanente e compartilhamento de estratégias no planejamento local

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
ABREU CRUZ (67)	2015	A integralidade nas práticas de saúde após implantação do Programa Mais Médicos - a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia - Juatuba/MG	Identificar as vivências e percepções do médico e dos usuários, no que diz respeito à integralidade nas práticas de saúde prestadas pela Unidade Básica de Saúde Samambaia – Juatuba/MG, após a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013	qualitativa - pesquisa descritiva	usuários e médico estrangeiro	4 usuários e 1 médico	Juatuba/MG	entrevista semiestruturada e observação da rotina da UBS, em especial do médico do PMM. A segunda etapa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com quatro usuários	análise temática - Bardin	Está cadastrada na Plataforma Brasil, com parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob nº 1.169.682, versão 2, CAAE: 47079015.1.0000.5404, como aprovado, na data de 04/08/2015	4 usuários e 1 médico cubano	A pesquisa identificou ações e práticas de saúde na UBS Samambaia que refletem a perspectiva de um atendimento integral, mesmo percebendo limites no que se refere a integralidade enquanto atributo prioritário na assistência a saúde. No que diz respeito às percepções dos usuários sobre melhorias advindas do PMM, observou-se que os mesmos não as relacionam ao Programa
BORGES (83)	sem ano	Análisis del reclutamiento internacional de profesionales de salud para el Programa Más Médicos del Brasil	analizar o mérito do recrutamento internacional para o fornecimento de profissionais médicos	qualitativa	gestores e médicos supervisores	não informa	Escolhemos como campo de estudo um estado localizado na região amazônica, com cidades que possuíam áreas com economia baseada no agronegócio e que ao mesmo tempo continha áreas indígenas. Também lidamos com outro estado da região sudeste do Brasil, que representa o outro extremo do primeiro (industrializado), tendo como locus de produção das entrevistas, uma metrópole	entrevista semiestruturada	análise temática	Não informa	10 profissionais da gestão e supervisão: 6 homens e 4 mulheres. Entrevistamos a 10 profissionais implicados en la gestión y supervisión del PMM, de los cuales 6 eran mujeres y cuatro hombres. La mayor parte de ellos eran gestores o supervisores de los profesionales, solo 2 trabajaban junto de los médicos de intercambio en la atención de salud	objetivo de programa de suprimentos médicos de emergência tem sido bem valorizado pelos atores sociais, a democratização da medicina ainda está longe de ser alcançada no Brasil

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
VIEIRA (69)	2017	Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia	Avaliar o processo de supervisão aos médicos dos programas de provimento médico do governo federal, na Bahia. Conhecer as experiências e percepções dos médicos sobre a supervisão	qualitativa	médicos participantes e supervisores	10 médicos participantes e 7 supervisoras	Bahia	questionário e entrevistas abertas para cada clientela específica (médicos e supervisores da Bahia, vinculados ao PMMB	Utilizou se como técnica a Análise de Conteúdo	parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) sob nº 1.254.711, versão 2, CAAE: 48057515.9.000.5404, como aprovada na data 01/10/2015.	os entrevistados eleitos para o estudo foram médicos supervisores ou ex-supervisores dos programas, sendo este o qual chamamos de grupo 1. E médicos participantes (ou ex-participantes) do PMMB. No grupo das supervisoras, todas são do sexo feminino, com faixa etária entre 29 a 59 anos. Cinco delas são Médicas de Família e Comunidade, com residência; uma tem especialização em Saúde da Família e uma tem residência em Alergia e Imunologia. A faixa etária (excetuando se as médicas que hoje são supervisoras) varia de 26 a 35 anos; sendo 6 do sexo feminino e 3 homens. O tempo de atuação na Atenção Básica se reduz para, no máximo, 4 anos	Os resultados evidenciaram, como potencialidades, contribuições na qualificação do cuidado integral, na organização processo de trabalho e a função de apoiador da prática de supervisão aos médicos. Algumas foram as dificuldades apresentadas no processo de supervisão. Uma delas em relação ao formato, frequência das visitas de supervisão e organização local da supervisão do PMM. Outro achado refere-se à necessidade da experiência na APS para a prática da supervisão. Aposta-se na possibilidade de o supervisor utilizar o conhecimento produzido na experiência como estratégia pedagógica de ensino/aprendizagem durante o processo de supervisão. Em relação aos dispositivos utilizados na supervisão, demonstramos na pesquisa que os relatórios são suscetíveis a funcionarem como “trabalho morto”, mas que acabam guiando alguns supervisores menos experientes. Evidenciamos a importância de criação de outros dispositivos, dando visibilidade a outras formas não protocolares, que fogem do pré-estabelecido. Reiteramos a necessidade de construção inventiva e interrogadora e apontamos alguns caminhos e sugestões para o desafio da prática supervisora dos programas de provimento

(continua)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITE DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
BAIÃO (82)	2016	O Programa Mais Médicos a partir das atitudes dos médicos	Compreender as atitudes dos médicos bolsistas e não bolsistas, que residem no Brasil, frente ao Programa Mais Médicos	pesquisa de cunho qualitativo sobre o PMM, exploratória e descritiva	médicos brasileiros	10 médicos (quatro médicos bolsistas do PMM, um ex-bolsista e cinco médicos não bolsistas)	2 por regiões do país	roteiro de entrevista semiestruturado com 31 questões norteadoras	Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin	Comitê de Ética em Pesquisa da Unifor com parecer Nº 1.415.802/2016 (Anexo A).	Contou-se com a participação de 10 médicos (quatro médicos bolsistas do PMM, um ex-bolsista e cinco médicos não bolsistas), dois por região do país, seguindo o critério de saturação.	No Estudo 1, os médicos apresentam atitudes predominantemente desfavoráveis frente ao programa, em especial as condições de trabalho, gestões municipais e participação dos médicos estrangeiros. Avaliaram negativamente o treinamento introdutório, as supervisões e as condições de trabalho. Conclui-se que existe um reconhecimento do alcance dos objetivos propostos pelo programa, gerando melhoria do acesso à saúde e da disponibilidade e distribuição de médicos na Atenção Básica. necessita, todavia, de mudanças em relação aos entraves de sua realidade operacional, evidenciados por meio das atitudes negativas dos participantes.
FERREIRA (68)	2016	O projeto Mais Médicos e os gestores da atenção básica do estado de Sergipe: uma análise de capacidade de governo e de governabilidade	Analisar a capacidade de governo e a governabilidade dos gestores municipais e estaduais da AB de Sergipe em relação ao processo de implementação do Projeto Mais Médicos.	pesquisa qualitativa	gestores - estaduais e municipal	7 gestores estaduais e 6 municipais	estado de SE	A técnica empregada para a coleta de dados nesta investigação foi a de grupos focais. inicialmente, empregou-se também um pequeno questionário que abordou dados socio-demográficos dos participantes, além de dados como formação profissional, tempo de serviço na gestão, vínculo empregatício,	análise de conteúdo de Bardin	parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) sob nº 1.057.716, versão 2, CA-AE: 43525315.0.000.5404, como aprovada na data 14/05/2015	o primeiro grupo focal teve sete participantes, número máximo de apoiadores institucionais da CEAB/SES, e que representa as sete regiões de saúde do estado. No segundo grupo focal, compareceram seis participantes, dos 48 convidados, o que equivale a 12,5% dos elegíveis como participantes da pesquisa. Sobre as características dos sujeitos, todos eram coordenadores da AB do estado ou dos municípios e tem intervenção direta com o cotidiano do PMM em seus universos de trabalho	Este estudo demonstrou como propostas para ampliar a capacidade de governo e a governabilidade dos gestores estaduais e municipais da AB de Sergipe, dentre outras, a valorização do apoio institucional, da cogestão de coletivos, dos espaços colegiados e do trabalho vivo em ato

(conclusão)

AUTOR	ANO	TÍTULO DO TRABALHO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	ATOR PÚBLICO	N	UF DE ESTUDO-ABRANGÊNCIA	MÉTODO DE COLETA	MÉTODO DE ANÁLISE	COMITÊ DE PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	PRINCIPAIS ACHADOS
OPAS (70)	2017	Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais: Um estudo de casos múltiplos	identificar possíveis inovações operacionais e/ou conceituais que tais saberes e práticas possam ter trazido para a atenção primária no Estado de Minas Gerais.	pesquisa exploratória e investigativa, realizada por meio de estudo de casos múltiplos com coletas trianguladas de diferentes tipos de dados	gestores (coordenadores de atenção básica e secretários municipais de saúde) e usuários	4 médicos, 6 gestores e 13 usuários	MG - 4 municípios: Barão de Cocais, Juatuba, Conceição das Alagoas, Belo Horizonte - previamente selecionadas pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG)	entrevista semiestruturada e observação participante	estudo de casos múltiplos com coletas trianguladas de diferentes tipos de dados. Codificação e uso de software Nvivo	O projeto se encontra registrado na Plataforma Brasil e cópias de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG,	4 médicos, 6 gestores e 13 usuários	Foi possível demonstrar melhoras no acesso e na satisfação do usuário após a chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos. Observou-se também um leve aumento no número de visitas domiciliares por profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), no ano subsequente à chegada dos profissionais médicos, embora tenham sido identificadas limitações devido a problemas de disponibilidade de veículo para o transporte dos(as) profissionais médicos(as). Constatou-se também aumento do vínculo com a comunidade na maioria dos casos estudados e uma maior adesão a ações educacionais em saúde
OPAS (71)	2016	Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro Mais acesso, equidade e resolutividade na APS	Com o objetivo de compreender a implementação do PMMB no Município do Rio de Janeiro (MRJ)	Estudo de caso	gestores, médicos cooperados, tutores e supervisores e usuários	8 usuários, 14 médicos (10 médicos participantes, 3 supervisores, 1 tutor) 14 gestores (6 gerentes, 2 federais e 6 municipais)	município do RJ	entrevista semiestruturada - de coleta de dados: análise documental, visita às unidades de saúde e realização de entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais e usuários envolvidos com o PMM	análise de conteúdo	Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Científica da SMSRJ.	As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos. Foram realizadas 42 entrevistas distribuídas da seguinte forma: usuários: 8; médicos do PMMB: 10; profissionais: 6; gerentes: 6. Além disso, foram entrevistados 2 gestores do nível federal, 4 gestores do nível municipal e 2 das Coordenações de AP, 3 supervisores e 1 tutor do PMMB	A lotação de médicos com a perspectiva de permanência a médio e longo prazos, no mesmo território, qualifica e efetiva o princípio da longitudinalidade do cuidado e do vínculo com a população. Assim, além do acesso, têm sido comuns os relatos de que este atendimento tem maior qualidade, legitimando os serviços públicos de saúde. A oferta de médicos do PMMB contribuiu, sobretudo, para que a totalidade das equipes estivesse completa. Isto significa uma fração considerável da oferta de serviços em regiões de alta vulnerabilidade social. Um dos efeitos positivos da atuação dos médicos do PMMB também tem sido a ampliação e consolidação das ações programáticas na ESF. Um dos efeitos que se verifica com o funcionamento do PMMB em todo o país é a satisfação dos usuários com os serviços de APS. No Rio de Janeiro a situação é a mesma. É um espelho do cuidado mais humanizado e integral. Os pacientes percebem que os médicos cubanos tendem a ouvir suas queixas procurando relacioná-las aos modos como levam a vida

APÊNDICE C – PERFIL DE EVIDÊNCIAS

(continua)

PERFIL DE EVIDÊNCIA - CERQual								
Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Limitações Metodológicas	Coerência	Adequação	Relevância	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual
ACEITABILIDADE								
GESTORES	Nos perfis municipais estudados, os gestores expressaram satisfação com a possibilidade de estruturar e planejar os sistemas locais de saúde com a presença de médicos nas equipes, em tempo integral, possibilitado pela adesão ao PMM	SCHWEICKARDT, 2016 (74); LEMÕES, 2019 (78); OPAS, 2017 (70); OPAS, 2016 (71); FERREIRA, 2016 (68); PEREIRA, 2015 (84); SANTOS, 2016 (88); MOTA, 2016 (85); BORGES, SEM DATA (83); COMES, 2020 (87)	Preocupações sérias. Três estudos não detalham a análise de dados (71, 74,84), dois estudos de autoria institucional sem reflexividade com a pesquisa (70,71) e um estudo não trata da aprovação em comitê de pesquisa (83)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores. N= 59	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança muito baixa	Devido a preocupações sérias como limitações metodológicas. Não há preocupações em relação a coerência, adequação de dados e relevância.
	Os gestores de diferentes perfis de municípios de todas as regiões do país expressaram satisfação com a adesão ao PMM que proporcionou ampliação do acesso aos serviços de APS e maior diversidade de ações e ofertas de cuidado com resolutividade, devido ao atendimento ofertado pelos médicos estrangeiros que inclui ações coletivas como a promoção e educação em saúde, além de ações de prevenção de doenças	PEREIRA, 2015 (84); PEREIRA, 2018 (90); SCHWEICKARDT, 2016 (74); PAULA, 2018 (81); SANTOS, 2016 (88); OPAS, 2016 (71); MOTA, 2016 (85); LEMÕES, 2019 (78); FERREIRA, 2016 (68); OPAS, 2017 (70).	Preocupações sérias. Três estudos não detalham a análise de dados (70, 74, 84), dois estudos de autoria institucional sem reflexividade (70,71)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores. n = 71	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança muito baixa	Devido a preocupações sérias como limitações metodológicas. Não há preocupações em relação a coerência, adequação de dados e relevância.
	Os gestores de diferentes perfis de municípios, incluindo pequenos e localizados em regiões rurais e remotos expressaram satisfação e elogiaram o PMM, pelas vantagens fornecidas, porém manifestaram preocupação com a perda de recursos das equipes	SANTOS, 2016 (88); MOTA, 2016 (85); OPAS, 2017 (70); PEREIRA, 2017 (77); PEREIRA, 2018 (90)	Nenhuma ou preocupações muito menores. Um estudo de autoria institucional que não traz a reflexividade (70)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores. . N= 35	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança alta	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas, coerência, adequação dos dados e relevância.

(continua)

PERFIL DE EVIDÊNCIA - CERQual								
Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Limitações Metodológicas	Coerência	Adequação	Relevância	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual
ACEITABILIDADE								
GESTORES	Os gestores de diferentes perfis de municípios expressaram satisfação com a atuação dos médicos estrangeiros, devido ao relacionamento humanizado que estabeleceram com a população e a sua forma de atuação que considera múltiplas dimensões que afetam a saúde dos usuários	SANTOS, 2016(88); PAULA, 2018 (81); OPAS, 2017 (70); OPAS, 2016 (71); FERREIRA, 2015(68)	Preocupações menores. Dois estudos de autoria institucional que não trazem reflexividade (70,71)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores N= 46	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança moderada	Devido a preocupações menores em limitações metodológicas e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, adequação dos dados e relevância
	DESAFIOS DO PMM							
	Os gestores estaduais e municipais da região nordeste e sudeste apontaram que a supervisão do PMM é um fator de preocupação, devido à ausência de padronização nas orientações fornecidas aos médicos e falta de alinhamento nas condutas dos supervisores.	OPAS, 2016 (71); FERREIRA, 2016 (68).	Nenhuma ou preocupações muito menores. Um estudo de autoria institucional sem reflexividade dos pesquisadores (71)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações sérias - poucos estudos sustentam o achado. N=27	Preocupações sérias. Embora os estudos tenham sido realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado, há pouca representatividade regional e de perfis de municípios.	Confiança muito baixa	Devido a preocupações sérias em adequação dos dados e relevância. Nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas e coerência.
ACEITABILIDADE DA INTERVENÇÃO								
USUÁRIOS	Os usuários atendidos pelos médicos estrangeiros participantes do programa, moradores de diferentes perfis e tamanhos de municípios, incluindo comunidades quilombolas, sentiram-se satisfeitos e respeitados no atendimento ofertado pelos médicos estrangeiros, compreenderam bem as orientações recebidas e elogiaram a postura do médico que os tratou com paciência e possibilitou o diálogo, escutando atentamente as queixas apresentadas.	OPAS 2017 (70), PEREIRA, 2017 (77); COMES, 2016 (93); SANTOS, 2016 (88); COMES, 2020 (87); SILVA, 2016 (73); CARRAPATO, 2016 (76); PEREIRA; 2018 (90); PEREIRA, 2015 (84)	Preocupações moderadas. Um estudo de autoria institucional sem reflexividade dos pesquisadores (70), um estudo na detalha o método de análise (84).	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores. N=553	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança moderada	Devido a preocupações moderadas em limitações metodológicas e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, adequação dos dados e relevância.

(continua)

PERFIL DE EVIDÊNCIA - CERQual									
Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Limitações Metodológicas	Coerência	Adequação	Relevância	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual	
ACEITABILIDADE DA INTERVENÇÃO									
USUÁRIOS	Os usuários atendidos pelos médicos do programa, incluindo os moradores de comunidades quilombolas, expressaram grande satisfação em conseguir atendimento na unidade de saúde e esse atendimento ocorrer em tempo oportuno, proporcionando acesso à consulta médica e ao sistema de saúde quando necessitam	OPAS 2017 (70), COMES, 2016 (93); COMES, 2020 (87); PEREIRA, 2015 (84), PEREIRA, 2017 (77); LOPES, 2017 (75); MELO, 2016 (79); SILVA, 2016 (73)	Preocupações menores um estudo não detalha o método de análise (84), um estudo de autoria institucional sem refletividade do pesquisador (70)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações moderadas. N = 286 número pequeno de usuários entrevistados	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança moderada	Devido a preocupações menores em limitações metodológicas e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência e relevância e preocupações moderadas em adequação dos dados.	
	DESAFIOS DO PMM								
	Os usuários atendidos pelos médicos do PMM, incluindo indígenas, apontaram a dificuldade de compreensão do idioma falados pelos médicos estrangeiros, superada com a convivência entre eles e com a ajuda dos profissionais da equipe. No seu entendimento essa dificuldade não prejudicou o cuidado.	MARQUEZAN, 2018 (91); MELO, 2016 (79); PEREIRA, 2017 (77); COMES, 2016(93); SANTOS, 2016 (88); LOPES, 2017(75); SCHWEICKARDT, 2016 (74); SILVA, 2016(73)	Preocupações menores. Um estudo não detalha a análise de dados (74) e um estudo não detalha comitê de ética, metodologia de coleta, análise e características dos participantes (91)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores. N = 336	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança alta	Devido a preocupações menores em limitações metodológicas e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, adequação dos dados e relevância.	
Os usuários atendidos pelos médicos participantes apresentavam conhecimento insuficiente sobre o PMM, devido a falhas nas estratégias de divulgação do do programa.	MELO, 2016 (79); SANTOS, 2016 (88); CRUZ, 2015 (67); LOPES, 2017(75)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações sérias - poucos estudos apoiam o achado e poucos usuários entrevistados N = 62	Preocupações sérias - embora os estudos tenham sido realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado, há pouca representatividade das regiões e perfis de municípios do país.	Confiança muito baixa	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas e coerência e preocupações sérias em adequação dos dados e relevância.		

(continua)

PERFIL DE EVIDÊNCIA - CERQual								
Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Limitações Metodológicas	Coerência	Adequação	Relevância	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual
DESAFIOS DESVENDADAS PELO PMM								
USUÁRIOS	Os usuários moradores de comunidades quilombolas e municípios rurais e remotos apontaram que barreiras geográficas e as grandes distâncias até as unidades de saúde dificultaram o acesso e utilização dos serviços de APS, sendo que a ausência de transporte adequado contribuiu para essa situação.	COMES, 2016 (93); PEREIRA, 2017(77); PEREIRA, 2015(84);	Preocupações menores - um estudo não detalha método de análise (84)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações moderadas - poucos estudos sustentam o achado e realizados com poucos usuários. N= 282	Preocupações sérias - há representatividade de todas as regiões do país, porém três estudos foram realizados com as mesmas comunidades rurais	Confiança muito baixa	Devido a preocupações menores em limitações metodológicas, nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, preocupações moderadas em adequação dos dados e preocupações sérias em relevância.
	Os usuários atendidos por médicos do PMM apontaram fatores que interferem negativamente no cuidado e resolutividade de suas necessidades de saúde, como a indisponibilidade de exames diagnósticos, a falta de medicamentos, a dificuldade de acesso a médicos especialistas e a precária infraestrutura dos serviços de APS.	COMES, 2016 (93); PEREIRA, 2017(77); PEREIRA, 2015(84); SILVA, 2016(73); COMES, 2020(87)	Preocupações menores - um estudo não detalha método de análise (84)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores. N= 517	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança alta	Devido a preocupações menores em limitações metodológicas e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, adequação dos dados e relevância.
ACEITABILIDADE								
MÉDICOS	Os médicos estrangeiros sentiram-se acolhidos nas equipes e apontaram a boa relação estabelecida com os gestores municipais, equipe multiprofissional, incluindo médicos e usuários, apesar de algumas dificuldades iniciais enfrentadas.	TERRA, 2016 (72); TAVARES, 2017 (80); FRANCO, 2018 (86); CRUZ, 2015 (67); BOITEUX, 2020(92);	Preocupações muito menores - Um estudo com amostra selecionada por conveniência e redes afetivas (72).	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações moderadas n = 50. Poucos estudos sustentam o achado	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança moderada	Devido a preocupações muito menores em limitações metodológicas, nenhuma ou preocupações muito menores em coerência e relevância e preocupações moderadas em adequação dos dados.

(continua)

PERFIL DE EVIDÊNCIA - CERQual								
Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Limitações Metodológicas	Coerência	Adequação	Relevância	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual
DESAFIOS DESVENDADAS PELO PMM								
MÉDICOS	Em relação aos benefícios ofertados pelo PMM - bolsa, auxílios (alimentação, moradia e transporte) e contrato laboral - houve divergências de opiniões entre os profissionais estrangeiros e brasileiros. Os primeiros os consideraram satisfatórios, enquanto os médicos brasileiros e supervisores os avaliaram como insatisfatórios, concordando apenas com o fato de que o treinamento inicial deveria ter sido maior	TERRA, 2016 (72); BAIÃO, 2016(82); BOITEUX, 2020(92)	Preocupações muito menores - Um estudo com amostra selecionada por conveniência e redes afetivas (72).	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações sérias - poucos estudos sustentam o achado n = 19	Preocupações sérias - apesar dos estudos serem realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado, o contexto não é representativo da realidade do país	Confiança muito baixa	Devido a preocupações muito menores em limitações metodológicas, preocupações sérias em adequação dos dados e relevância.
	Os médicos estrangeiros, atuantes em municípios rurais e remotos, áreas indígenas e grandes metrópoles, expressaram satisfação com a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS) na APS brasileira, que no seu entender auxilia no sucesso do cuidado ofertado pelas equipes.	SCHWEICKARDT, 2016 (74); MARQUEZAN, 2018 (91); FRANCO, 2018(86); TERRA, 2016(72)	Preocupações moderadas. Um estudo não detalha comitê de ética, metodologia de coleta, análise e características dos participantes (91). Um estudo com amostra selecionada por conveniência e redes afetivas (72)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações sérias - poucos estudos sustentam o achado. N= 39	Preocupações moderadas - apesar dos estudos terem sido realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado, o contexto não é representativo.	Confiança muito baixa	Devido a preocupações moderadas em limitações metodológicas, preocupações sérias em adequação dos dados e preocupações moderadas em relevância.
	Os médicos estrangeiros participantes do programa expressaram satisfação com o curso de especialização ofertado pelo PMM que auxiliou na prática de cuidado, inclusive em regiões de população indígena	MARQUEZAN, 2018 (91); TERRA, 2016 (72)	Preocupações sérias - um estudo com seleção por redes afetivas (72); um estudo não detalha comitê de ética, metodologia de coleta, análise e características dos participantes (91)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações sérias - poucos estudos sustentam o achado. N=8	Preocupações sérias - apesar dos estudos realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado, o contexto não é representativo da realidade regional e municipal.	Confiança muito baixa	Devido a preocupações sérias em limitações metodológicas, adequação dos dados e relevância.
	Os médicos supervisores ressaltaram que a formação e a experiência prévia dos médicos estrangeiros favoreceram o cuidado ofertado aos usuários.	SCHWEICKARDT, 2016 (74); PEREIRA, 2015 (84); MOTA, 2016 (85); MARQUEZAN, 2018 (91)	Preocupações moderada. Um estudo não detalha análise de dados (84) um estudo não detalha comitê de ética, metodologia de coleta, análise e características dos participantes (91)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações moderadas. Poucos estudos sustentam o achado n = 42	Preocupação Moderada. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado. Os estudos não são representativos da realidade regional e de municípios do país, visto que se concentram em áreas específicas	Confiança baixa	Devido a preocupações moderadas em limitações metodológicas, nenhuma ou preocupações muito menores em coerência, preocupações moderadas em adequação de dados e relevância

(continua)

PERFIL DE EVIDÊNCIA - CERQual									
Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Limitações Metodológicas	Coerência	Adequação	Relevância	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual	
DESAFIOS DO PMM									
MÉDICOS	Os médicos estrangeiros participantes do programa apontaram o idioma como uma importante barreira para a oferta do cuidado aos usuários, fato relatado também nas áreas de população indígena, porém tal dificuldade foi superada com a convivência com os usuários e o auxílio de outros profissionais da equipe	MARQUEZAN, 2018(91); TERRA, 2016(72); PAULA, 2018 (81), SCHWEICKARDT, 2016 (74). BAIÃO, 2016 (82)	Preocupações moderadas - Um estudo não detalha comitê de ética, metodologia de coleta, análise e características dos participantes (91); um estudo com seleção por redes afetivas (72)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações moderadas. N =34, embora sustentado por um número considerável de estudos	Preocupações moderadas - os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado, porém o contexto não é representativo da realidade do país.	Confiança baixa	Devido a preocupações moderadas com limitações metodológicas, adequação dos dados e relevância e nenhuma ou preocupações muito menores em coerência,	
	Os médicos participantes do programa e supervisores apontaram que a supervisão como umas das fragilidades do PMM, pois há indefinição de ações e falta de clareza do papel do supervisor, inclusive para ele mesmo.	PAULA, 2018 (81); VIEIRA, 2017 (69); BAIÃO, 2016 (82)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações sérias - poucos estudos sustentam o achado. N=43	Preocupações sérias - apesar dos estudos realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado, o contexto não é representativo da realidade do país.	Confiança muito baixa	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas e coerência e preocupações sérias em adequação dos dados e relevância.	
	DESAFIOS DESVENDADOS PELO PMM								
	Os médicos participantes do programa apontaram que alguns fatores influenciam negativamente a qualidade do cuidado e dificultam a integração e coordenação de serviços, a partir da APS, tais como a dificuldade de acesso a especialistas e as falhas no processo de referência e contrarreferência	TERRA, 2016 (72); MOTA, 2016(85); BOITEUX, 2020 (92); TAVARES, 2017 (80); BAIÃO, 2016(82); PEREIRA, 2017(77); CRUZ, 2015(67); FRANCO, 2018(86); PAULA, 2018(81); SCHWEICKARDT, 2016(74); COMES, 2020 (87)	Nenhuma ou preocupações muito menores - um estudo com seleção por redes afetivas (72)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores - muitos estudos embasam o achado. N= 118	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança alta	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas, coerência, adequação dos dados e relevância.	
Os médicos participantes do programa e os médicos supervisores apontaram que alguns fatores comprometem o cuidado ofertado e dificultam a resolutividade das demandas apresentadas pelos usuários, com destaque a precária infraestrutura das UBS, a falta de transporte para visitas domiciliares e levar pacientes a consultas especializadas, a falta de medicamentos, insumos básicos e acesso a exames laboratoriais	MOTA, 2016(85); TAVARES, 2017 (80); PAULA, 2018(81); BAIÃO, 2016(82); CRUZ, 2015(67); PEREIRA, 2017(77); TERRA, 2016(72)	Nenhuma ou preocupações muito menores - um estudo com seleção por redes afetivas (72)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores - muitos estudos sustentam o achado. N= 105	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança alta	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas, coerência, adequação dos dados e relevância.		

(conclusão)

PERFIL DE EVIDÊNCIA - CERQual								
Subgrupo	Resumo do achado de revisão	Estudos que contribuem	Limitações Metodológicas	Coerência	Adequação	Relevância	Avaliação CERQual de confiança	Explicação da Avaliação CERQual
DESAFIOS DESVENDADOS PELO PMM								
MÉDICOS	Os médicos participantes do programa e médicos supervisores apontaram que alguns fatores influenciam negativamente o cuidado ofertado aos usuários, tais como a sobrecarga assistencial, a incompletude das equipes e falta de organização do processo de trabalho das equipes de APS	BAIÃO, 2016(82); MOTA, 2016(85); FRANCO, 2018(86), BOITEUX, 2020(92); TAVARES, 2017(80); TERRA, 2016(72);	Nenhuma ou preocupações muito menores - um estudo com seleção de participantes por redes afetivas (72).	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores - muitos estudos sustentam o achado. N= 128	Nenhuma ou preocupações muito menores. Os estudos foram realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado e apresentam representatividade das regiões do país e diversidade de perfis municipais	Confiança alta	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas, coerência, adequação dos dados e relevância.
	Os médicos participantes do programa e os médicos supervisores destacaram que o modelo de cuidado ofertado pelas equipes de APS é centrado na figura do médico e há limitada integração do médico com os profissionais das demais categorias que compõe a equipe multiprofissional	BAIÃO, 2016(82); BOITEUX, 2020(92)	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Nenhuma ou preocupações muito menores.	Preocupações sérias - poucos estudos sustentam o achado. N=15	Preocupações sérias - apesar dos estudos realizados no Brasil, com a população e sistema de saúde de interesse, no tempo pesquisado, o contexto não é representativo da realidade de regiões e municípios do país.	Confiança muito baixa	Devido a nenhuma ou preocupações muito menores em limitações metodológicas e coerência e preocupações sérias em adequação dos dados e relevância.

Fonte: autor.