

Avaliação da pertinência do programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde no Brasil

LÊDA ZORAYDE OLIVEIRA^I

MARLY MARQUES CRUZ^{II}

ALESSANDRO JATOBÁ^{III}

ANDREIA FERREIRA OLIVEIRA^{IV}

<http://dx.doi.org/10.22347/2175-2753v12i35.2427>

Resumo

Com o intuito de expandir a Atenção Primária à Saúde no país, considerando as dificuldades em promover a fixação de profissionais médicos em áreas de escassez, o Programa Mais Médicos foi criado em julho de 2013, com o objetivo de garantir acesso com qualidade nos serviços de saúde e qualificar o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, auxiliando na reorientação do modelo de atenção. Sendo assim, o presente artigo busca avaliar a pertinência do programa como estratégia para fortalecimento da atenção primária, a partir da análise da adequação dos problemas de atuação e objetivos estabelecidos, verificando em que medida as ações adotadas têm capacidade de abordar problemas prioritários. A escolha dos problemas foi considerada pertinente pelos participantes do estudo, assim como a capacidade de ação do programa. Ainda que os problemas sejam pertinentes na contribuição da melhoria da qualidade da atenção primária, algumas causas identificadas podem reduzir a pertinência da intervenção, sendo necessárias ações de ampliação e reformas educacionais que formem profissionais para uma prática não prescritiva, voltada para uma atenção colaborativa e centrada na família.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Sistema Único de Saúde.

Submetido em: 16/07/2019

Aprovado em: 10/03/2020

^I Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil; <http://orcid.org/0000-0001-9215-9921>; e-mail: leda.oliveira@fiocruz.br.

^{II} Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil; <http://orcid.org/0000-0002-4061-474X>; e-mail: marly@ensp.fiocruz.br.

^{III} Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil; <http://orcid.org/0000-0002-7059-6546>; e-mail: alessandro.jatoba@fiocruz.br.

^{IV} Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro (RJ), Brasil; <http://orcid.org/0000-0002-7521-1027>; e-mail: andreiaf@cesgranrio.org.br.

Assessing the pertinency of the More Doctors program to primary healthcare in Brazil

Abstract

In order to expand Primary Health Care in Brazil, taking into consideration the difficulties in allocating medical professionals in remote and difficult locations, the "More Doctors" program was created in July 2013, with the objective of ensuring quality access to health services, improving health promotion practices, and redesigning the care model. Thus, this article aims to evaluate the relevance of the program as a strategy to strengthen primary care, through the analysis of the suitability of performance constraints to established objectives, verifying to what extent the actions adopted are adequate to address problems. The choice of problems was considered relevant by the participants of this study, as well as the program's ability to act. Although the problems are relevant to the improvement of the quality of primary care, some identified causes may reduce the strength of the intervention. Thus, it is necessary to expand and reform educational programs in order to train professionals to a non-prescriptive practice, focused on collaborative and focused family assistance.

Keywords: Health Evaluation. Primary Health Care. Health Manpower. Unified Health System.

Evaluación de la relevancia del programa Mais Médicos en atención primaria de salud en Brasil

Resumen

Para expandir la Atención Primaria de Salud en el país, considerando las dificultades para promover el establecimiento de profesionales médicos en áreas de escasez, el Programa *Mais Médicos* se creó en julio de 2013, con el objetivo de garantizar un acceso de calidad a los servicios de salud y cualificar el desarrollo de prácticas de promoción de la salud, ayudando a reorientar el modelo de atención. Por lo tanto, este artículo busca evaluar la relevancia del programa como estrategia para fortalecer la atención primaria, con base en el análisis de la adecuación de los problemas de desempeño y los objetivos establecidos, verificando hasta qué punto las acciones adoptadas son capaces de abordar problemas prioritarios. Los participantes del estudio consideraron relevante la elección de los problemas, así como la capacidad de acción del programa. Aunque los problemas son relevantes para la contribución a la mejora de la calidad de la atención primaria, algunas causas identificadas pueden reducir la relevancia de la intervención, lo que requiere acciones de expansión y reformas educativas que capaciten a los profesionales para una práctica no prescriptiva, centrada en la atención colaborativa y enfocada en la familia.

Palabras clave: Evaluación de Salud. Atención Primaria de Salud. Recursos Humanos en Salud. Sistema Único de Salud.

Introdução

Para organização dos sistemas de saúde, como no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental que fatores contextuais (transição demográfica e epidemiológica, inovação e incorporação tecnológica) sejam incorporados e orientem a adaptação necessária em relação a cultura organizacional, arranjos organizativos, sistemas de pagamentos e incentivos, estilos de liderança, organização dos recursos humanos e estruturais.

Nesse sentido, no Brasil, ao longo do processo de implantação do SUS, o conjunto de ações integrais que compõe a Atenção Primária à Saúde (APS), passou a ser a principal porta de entrada do sistema e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BODENHEIMER; GHOROB; WILLARD-GRACE; GRUMBACH, 2014; STARFIELD, 2010). Tem como modo prioritário de organização e atenção a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ALMEIDA; GÉRVAS; FREIRE; GIOVANELLA, 2013; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; GIOVANELLA, 2006).

No entanto, um grande entrave para a ampliação da cobertura de APS tem sido a dificuldade de fixar o profissional médico nos grandes centros urbanos e nas áreas geográficas mais isoladas e remotas, exatamente onde os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela falta ou escassez de profissionais de saúde (MEDINA, 2018; NEY; RODRIGUES, 2012). O desafio quanto à suficiência do número e alocação de profissionais médicos em regiões carentes permanece em vários países (ALVES; OLIVEIRA; MATOS; SANTOS; DELDUQUE, 2017). Neste sentido, várias ações têm sido desenvolvidas visando atrair profissionais para estes locais (BUYKX; HUMPHREYS; WAKERMAN; PASHEN, 2010; DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010; GROBLER; MARAIS; MABUNDA, 2015).

Mediante as necessidades de expansão da APS, e tendo avaliado que iniciativas anteriores não obtiveram resultados esperados em promover a fixação de profissionais médicos em áreas de escassez, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB (GIRARDI et al., 2016a; OLIVEIRA et al., 2015; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015), o Governo Federal criou o Programa Mais Médicos (PMM) em julho de 2013 (BRASIL, 2013), com o objetivo finalístico de garantir acesso com qualidade nos serviços de saúde e qualificar o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, reorientando o modelo de atenção à saúde.

Como forma de dar visibilidade para a relevância do PMM, o Ministério da Saúde, em 2015, publicou documento específico em que apresentava a justificativa para sua formulação, estruturação e execução (BRASIL, 2015). De acordo com este documento, o PMM foi constituído por três grandes dimensões: a) Provimento emergencial de médicos visando o aperfeiçoamento de médicos por meio de integração ensino-serviço, no qual durante um período determinado o profissional integra e atua numa ESF; b) Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde objetivando reformar, ampliar e construir unidades básicas de saúde para consolidação da APS no país e c) Formação Médica no Brasil, onde preconiza-se a melhoria da qualidade e formação médica, com a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, visando a universalização do atendimento (BRASIL, 2015).

Outro aspecto que vem sendo discutido dentro da perspectiva do PMM é a sua capacidade de envolvimento de setores estratégicos nas áreas de regulação do trabalho médico e de outros profissionais, de modo a instituir, de forma mais permanente, as estratégias de fixação e formação.

Nesse sentido, a importância de avaliar a pertinência de uma intervenção está em prover aos gestores subsídios para decidirem sobre a importância de continuidade da intervenção e se há necessidade de repensar o seu desenho para alcance de seus objetivos. Possibilita, ainda, a esses atores revisitar a etapa de planejamento buscando definir mais claramente sobre a pertinência do problema selecionado, a importância das causas priorizadas e comparação das estratégias possíveis para enfrentamento dos mesmos (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; BROUSSELLE; HARTZ; DENIS, 2011).

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é avaliar o grau de pertinência do PMM como estratégia para fortalecimento da APS no país, buscando analisá-lo quanto à adequação dos problemas selecionados para atuação e objetivos traçados à época de sua implantação, verificando em que medida as ações adotadas possuíram capacidade de incidir sobre os problemas considerados prioritários ou se ajustes deveriam ter sido realizados no desenho do programa.

Métodos

O estudo realizado se caracteriza como uma avaliação de pertinência, focado em dois aspectos estruturantes do planejamento da intervenção: (i) a escolha do

problema em relação ao total de questões enfrentadas pela organização; (ii) a escolha dos objetivos estratégicos e da população a ser atendida (BROUSSELLE; CHAMPAGNE, 2011; HARTZ, 1997), a partir de duas questões avaliativas formuladas, a saber:

- Até que ponto os problemas selecionados para intervenção pelo PMM são pertinentes, considerando o conjunto de problemas enfrentados pela APS para garantir acesso qualificado aos serviços de saúde?
- Até que ponto os objetivos estratégicos do PMM são adequados para melhorar a APS?

Nesse estudo foram consideradas pertinentes as características do PMM que fossem apropriadas (adequadas ou convenientes) e relevantes (fundamentais, importantes e indispensáveis), estabelecendo assim uma relação de pertinência para o fortalecimento da APS.

Este estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos estabelecidos nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016, além da Norma Operacional nº 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde sobre Pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Veiga de Almeida sob o CAAE 2.309.610.

Procedimentos de Coleta

A abordagem de campo utilizada na avaliação foi centrada em especialistas (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004), utilizando-se de dois painéis, que incluíram: a) três idealizadores do PMM; b) dez especialistas em recursos humanos em saúde; especialistas em APS e planejamento e gestão em saúde. Esses especialistas atuaram emitindo julgamentos profissionais como *experts* na temática, permitindo basear juízos em seus conhecimentos e experiências individuais (POPE; MAYS, 2006). Nestes painéis, eles analisaram os problemas sobre os quais o PMM deveria agir encontrados na literatura técnica e científica recente.

Em uma primeira etapa, com o objetivo de identificar o conjunto dos problemas que constituíram a análise estratégica, foram realizadas entrevistas com três atores-chave responsáveis pela formulação e implementação do PMM. O contato com estes atores foi realizado por meio telefônico. Posteriormente, foi enviada carta por e-mail juntamente com os documentos necessários para avaliação (análise

estratégica e modelo lógico do PMM elaborada pelos autores e apresentado na Figura 1). Além disso, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste momento também foi verificada a possibilidade de realização de uma entrevista, que ocorreu por Skype™.

O roteiro da entrevista foi estruturado com nove perguntas abertas e submetido a um processo de validação técnica e de conteúdo por três especialistas em Avaliação. As entrevistas foram gravadas – quando consentido pelos entrevistados –, e transcritas utilizando códigos alfanuméricos (E1, E2 e E3) para identificação. A partir do resultado das entrevistas foi possível validar e fazer os ajustes dos elementos estratégicos do PMM: objetivos e problemas selecionados.

Uma segunda etapa foi realizada para o julgamento da pertinência da escolha dos problemas focalizados pela intervenção. Como critérios de julgamento foram considerados os aspectos relacionados à importância e à capacidade relativa de ação sobre os problemas para alcançarem os objetivos estratégicos estabelecidos pelo PMM e sua capacidade de melhorar a qualidade da APS.

Nesta segunda etapa, um questionário foi utilizado como instrumento de coleta de dados, visando o julgamento e a priorização das causas selecionadas para os problemas focalizados pelo PMM, e submetido a dez especialistas em recursos humanos em saúde, especialistas em APS e planejamento/gestão em saúde. As perguntas do questionário possuíam cinco opções de resposta, a saber: a) Nenhuma Pertinência; b) Pouco Pertinente; c) Medianamente Pertinente; d) Pertinente; e) Muito Pertinente. Também foram enviados aos especialistas documentos informativos, objetivando alinhar a Análise Estratégica do PMM e aspectos metodológicos em relação ao modo de resposta ao instrumento.

O instrumento e os documentos informativos foram submetidos à validação técnica e de conteúdo por três especialistas em Avaliação, sendo aprovados sem necessidade de ajustes. A pontuação final consistiu na soma das pontuações dada pelos especialistas a cada causa.

O questionário foi organizado para abordar cada objetivo estratégico do PMM, identificado na revisão da literatura: 1) enfrentar o financiamento insuficiente na APS; 2) ampliar a legitimidade da APS com os usuários; 3) melhorar o uso da informação; 4) qualificar o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde; 5) contribuir para a mudança do modelo de atenção à saúde; 6) **qualificar o atendimento à saúde da**

população; e 7) regular o trabalho e a formação médica. Foram organizados três grupos de questões, a saber: a) quanto à capacidade do PMM de promover o desenvolvimento de práticas inovadoras de cuidado; b) quanto à relevância do profissional médico para desenvolvimento de práticas inovadoras de cuidado na APS; e c) quanto à pertinência do PMM como indutor de ações que qualifiquem o sistema de APS.

Procedimentos de Análise

Para apresentar o conjunto de causas que contribuíram para a existência ou manutenção dos problemas a serem enfrentados pelo PMM, foram elaborados os modelos causais (ISHIKAWA, 1963). A partir desses modelos, foram julgadas as causas nas quais o PMM se propôs agir.

Os modelos causais foram elaborados utilizando o modelo de diagrama de Ishikawa (ISHIKAWA, 1963), a partir das entrevistas com três especialistas formuladores do PMM. Do conjunto de sete problemas inicialmente identificados na análise estratégica, observou-se que apenas dois deles poderiam ser considerados como problemas: (i) déficit de provimento de profissionais médicos e (ii) deficiência para o acesso e longo tempo de espera.

Para a análise dos resultados da etapa seguinte, realizada por meio de questionário com dez especialistas, foi elaborado um modelo matemático baseado em lógica *Fuzzy* (ZADEH, 1965; 1975; 2015), que permitiu o julgamento da pertinência dos objetivos estratégicos do PMM para o fortalecimento da APS e garantia do acesso com qualidade aos serviços de saúde.

A lógica *Fuzzy* descreve sistemas lógicos situando os valores selecionados pelos avaliadores em subconjuntos de um dado intervalo. Com isso, os avaliadores podiam expressar sua opinião de forma verbal, utilizando uma escala. Considerando que no presente artigo foi utilizado um modelo *fuzzy* hierárquico, foi adotada uma escala de cinco valores possíveis (SAATY, 1990).

Assim, estes valores foram processados por modelos matemáticos e apresentaram resultados adequados para a avaliação da pertinência, pois permitiu situar o elemento dentro de um contexto representado por um intervalo de valores, ao invés de exigir a escolha de um único valor. É importante ressaltar que o objetivo finalístico do PMM requer que, para avaliá-lo, considere-se um conjunto de variáveis

e indicadores interdependentes, por meio dos quais as decisões mudam o contexto, dando origem a novas informações e levando às decisões subsequentes (JATOBÁ et al., 2018).

Uma vez definidas as opções de resposta dos avaliadores, elas foram “fuzzyficadas” por meio da aplicação do modelo. Dessa forma, as respostas fornecidas pelos avaliadores foram convertidas em valores *fuzzy* de acordo com as regras que compõem o modelo avaliativo e situadas dentro do conjunto correspondente, possibilitando que o modelo agregasse as opiniões e fornecesse um valor referente à pertinência do objeto avaliado.

Os indicadores incluídos no modelo *fuzzy* foram baseados nos princípios de qualidade da APS e de cuidado das condições crônicas, considerados como padrões para julgamento da pertinência dos objetivos estratégicos (MENDES, 2012; STARFIELD, 2012). O modelo fez uso de números *fuzzy* triangulares e permitiu a organização das questões de maneira hierárquica (SAATY, 1990), organizado de acordo com os padrões de julgamento. Os padrões e respectivas questões que compuseram o questionário empregados para construção do modelo *fuzzy* constam na Tabela 2, juntamente com os resultados de sua aplicação.

As respostas dos participantes, quando inseridas no modelo, resultaram em uma indicação da pertinência do PMM, com valores que variaram de não pertinente até muito pertinente. De forma complementar, o modelo *fuzzy* previu a ponderação da importância relativa das questões a partir da opinião dos especialistas, de acordo com a seguinte classificação: Igualmente importante; Mais importante; Um pouco mais importante; Muito Mais Importante; Extremamente mais importante. O modelo também previu a atribuição de pesos *ad hoc* aos avaliadores, a partir da formação, tempo de experiência profissional e tempo de experiência na área de atuação.

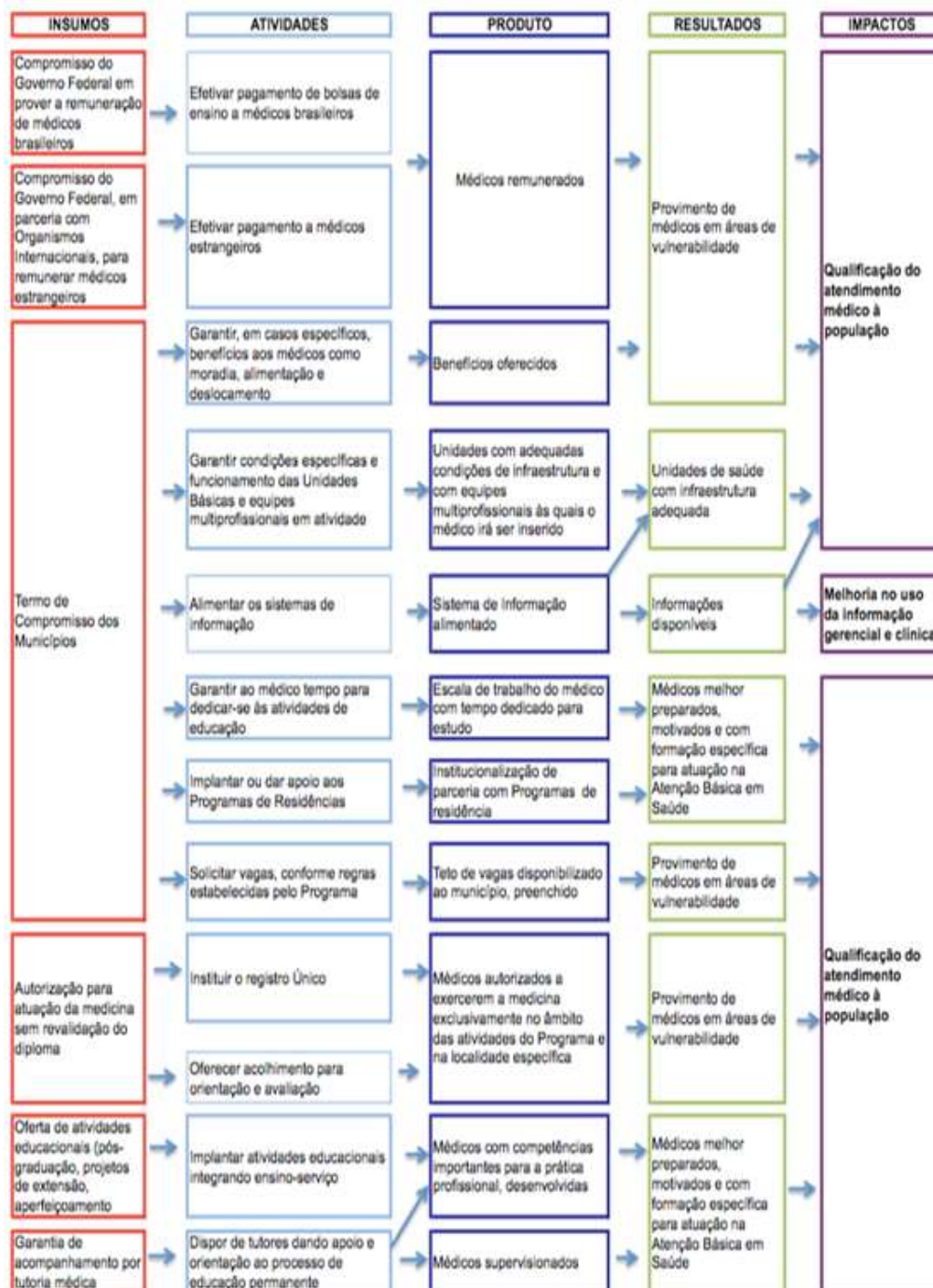
O modelo *fuzzy* adotado calcula a pertinência dos objetivos estratégicos a partir da soma dos critérios, multiplicados pelo seu peso relativo, multiplicados pelo peso relativo do grupo de critérios, dividido pela quantidade de avaliadores (JATOBÁ et al., 2018).

Os valores numéricos fornecidos pela equação são traduzidos em expressões verbais. Com isso, o modelo *fuzzy* foi capaz de classificar a pertinência dos objetivos estratégicos do PMM, dentro de uma faixa de valores que vai de “não pertinente” até “muito pertinente”.

Resultados

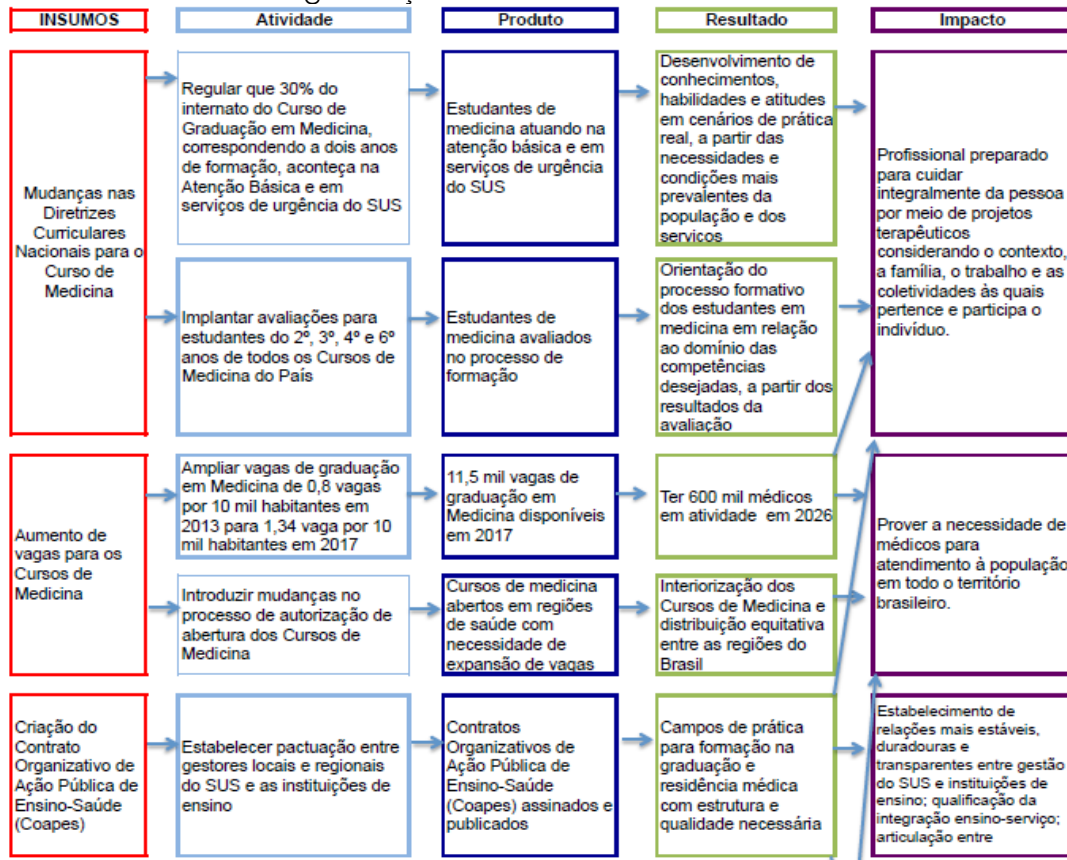
A realização das entrevistas com os formuladores do PMM permitiu a validação da análise estratégica e dos modelos lógicos (Figuras 1 a 3) elaborados a partir de análise documental.

Figura 1 – Modelo lógico da dimensão 1 do PMM - provimento emergencial de médicos



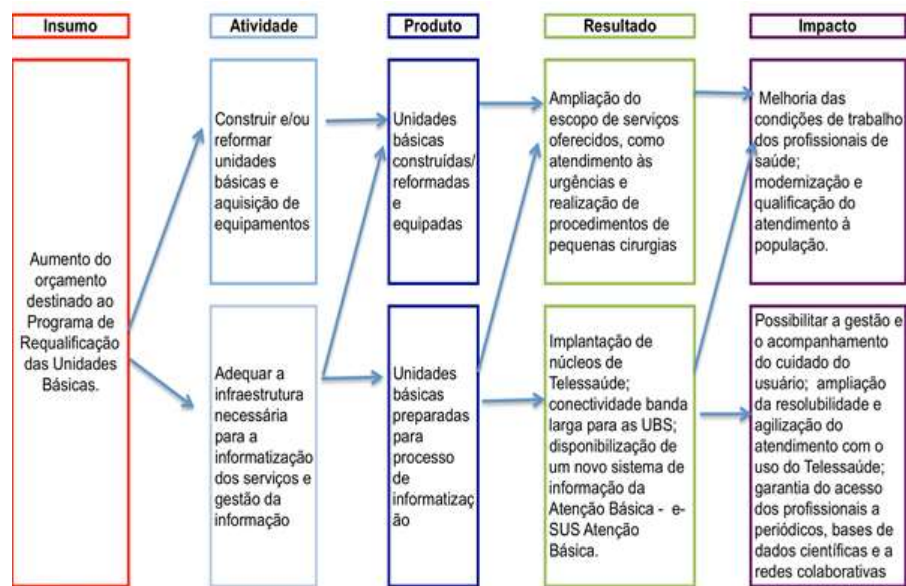
Fonte: OLIVEIRA (2018).

Figura 2 – Modelo lógico da dimensão 2 do PMM - ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica



Fonte: OLIVEIRA (2018).

Figura 3 – Modelo lógico da dimensão 3 do PMM – Investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde



Fonte: OLIVEIRA (2018).

Os especialistas julgaram como Muito Pertinente a decisão de agir sobre o problema do déficit de provimento de profissionais médicos para o alcance de seis objetivos (ampliar a legitimidade da APS com os usuários; contribuir para a mudança do modelo de atenção à Saúde; enfrentar o financiamento insuficiente na APS; qualificar o atendimento à saúde da população; qualificar o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde e regular o trabalho e a formação médica) e Pertinente para um objetivo (melhorar o uso da informação).

Destaca-se que, apesar de julgarem que a intervenção no problema de déficit de provimento de profissionais médicos era importante para o alcance do objetivo estratégico que visava a regulação do trabalho e formação médica, os especialistas consideram reduzida a capacidade de intervenção do PMM. Este resultado corroborou com a visão dos formuladores, que destacaram que o PMM vem perdendo potência para intervenção neste problema, colocando a sustentabilidade dessa dimensão como um desafio.

Em relação ao problema das deficiências para o acesso e longo tempo de espera, os especialistas julgaram a escolha Muito Pertinente para o alcance de quatro dos sete objetivos estratégicos definidos pelo PMM e Pertinente para os três objetivos restantes.

Da mesma forma, segundo os especialistas entrevistados, a capacidade de intervenção do PMM sobre o problema de deficiência no acesso e do longo tempo de espera é baixa. Nesse caso, o PMM, da forma como foi concebido, não pode ser a principal estratégia para intervenção sobre este problema. Outras ações precisam ser desenvolvidas em paralelo, de forma que as ações do PMM sejam complementares.

Ao considerar o julgamento dos especialistas participantes do estudo, observou-se que os problemas selecionados para atuação pelos gestores do PMM são pertinentes, podendo contribuir em graus diferenciados para os objetivos estratégicos estabelecidos.

Em relação ao problema do déficit de provimento de profissionais médicos, foram julgadas 15 causas relacionadas a este problema: 1) alta rotatividade de médicos; aumento da oferta de vagas para contratação de médicos; 2) baixa capacidade de contratar e fixar médicos; 3) baixa oferta de equipamentos de suporte tecnológico para diagnóstico; 4) baixa oferta de vagas para formação de médicos; 5) baixo investimento na formação específica e carreiras dos médicos para

a APS; 6) baixos salários para médicos que atuam na APS; 7) descontinuidade de pagamentos de salários, 8) redução de carga horária para suprir deficiência de pagamento; 9) dificuldade de acesso a instituições de ensino; 10) falta de material necessário para realização do trabalho; 11) infraestrutura física inadequada; 12) mercado de trabalho predatório; 13) municípios com difícil acesso; 14) municípios com precárias condições socioeconômicas e sanitárias; 15) política de formação e mercado de trabalho privilegiando a alta especialização e suporte tecnológico.

Em nove causas (1; 3; 6; 8; 10; 11; 13; 14 e 15), consideradas pelos especialistas como muito pertinentes para resolverem o problema de déficit de profissionais médicos, o PMM propõe ações de intervenção em oito delas e em cinco das pertinentes (2; 4; 5; 7 e 9), considerando o modelo lógico do PMM:

- Dimensão 1 – Provisão emergencial de médicos – propõe agir nas causas de alta rotatividade de médicos; baixa capacidade de contratar e fixar médicos; descontinuidade de pagamentos de salários, redução de carga horária para suprir deficiência de pagamento; baixos salários para médicos que atuam na APS e mercado de trabalho predatório; municípios com difícil acesso e municípios com precárias condições socioeconômicas e sanitárias.
- Dimensão 2 – Ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país – propõe agir nas causas de baixo investimento na formação específica e carreiras dos médicos para a APS; política de formação e mercado de trabalho privilegiando a alta especialização e suporte tecnológico; baixa oferta de vagas para formação de médicos; dificuldade de acesso a instituições de ensino e mercado de trabalho predatório.
- Dimensão 3 – Investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde – propõe agir nas causas de infraestrutura física inadequada e baixa oferta de equipamentos de suporte tecnológico para diagnóstico.

Do conjunto de causas relacionadas ao problema do déficit de provimento de profissionais médicos, os especialistas consideraram que a capacidade de intervenção do PMM nestas causas é medianamente pertinente para quatro (4; 10; 12 e 15); pertinente para outras nove causas (2; 3; 5; 6; 7; 9; 11; 13 e 14) e muito pertinente para duas causas (1 e 8).

Considerando que a ação no problema do déficit de profissionais médicos foi considerada como muito pertinente para o alcance de seis dos sete objetivos do PMM, a atuação nas causas que têm alto impacto sobre a manutenção deste problema contribuirá para a melhoria da capacidade do PMM em alcançar seus objetivos estratégicos.

Assim, pode-se considerar que, quanto ao problema de déficit de provimento de profissionais médicos, o PMM está adequadamente desenhado e a capacidade de ação sobre suas causas é pertinente.

Para o segundo problema, deficiência para o acesso e longo tempo de espera, foram julgadas a pertinência de vinte e uma causas, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Causas para o problema de deficiência para o acesso e longo tempo de espera

Causas	Descrição
1	Ausência de gestão de clínica
2	Ausência de sistemas de informação clínica e gerencial
3	Baixa capacidade das equipes de Atenção Básica de articulação intersetorial
4	Baixa densidade tecnológica
5	Baixa legitimidade da Atenção Básica junto à sociedade
6	Baixa profissionalização de gestores
7	Baixo investimento nos trabalhadores para atuarem em período integral
8	Carência de equipes multiprofissionais
9	Deficiência e má distribuição de médicos
10	Falta de material médico
11	Falta de material para oferta de programas educacionais
12	Falta de medicamentos
13	Financiamento insuficiente para a Atenção Básica
14	Fragilidade do sistema de apoio diagnóstico
15	Fragilidade institucional da gerência da Atenção Básica nas organizações de saúde
16	Infraestrutura das Unidades Básicas inadequadas
17	Não orienta o acesso a outros níveis de atenção
18	Número de Unidades Básicas insuficientes
19	Pouca atuação nas ações de promoção da saúde
20	Pouca organização dos serviços para atender às condições e eventos agudos
21	Profissionais sem formação específica para atuar na Atenção Básica

Fonte: OLIVEIRA (2018).

Do conjunto de causas que contribuem para manutenção deste problema, os especialistas julgaram 15 como muito pertinentes (6; 7; 8; 9; 10; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20 e 21) e seis como pertinentes (1; 2; 3; 4; 5 e 11).

Das 15 causas consideradas pelos especialistas como muito pertinentes para a manutenção do problema de deficiência para o acesso e longo tempo de espera,

o PMM propõe ações que podem impactar em nove delas e em três das seis consideradas pertinentes, tendo como base de análise o modelo lógico do PMM:

- Dimensão 1 – Provimento emergencial de médicos – propõe agir e contribuir para redução das causas de baixo investimento nos trabalhadores médicos para atuarem em período integral; carência de equipes multiprofissionais, inserindo o profissional médico; deficiência e má distribuição de médicos; financiamento insuficiente para a APS; pouca atuação nas ações de promoção da saúde e baixa legitimidade da APS junto à sociedade.
- Dimensão 2 – Ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país – propõe agir e contribuir para redução das causas da pouca atuação nas ações de promoção da saúde e profissionais sem formação específica para atuar na APS.
- Dimensão 3 – Investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde – propõe agir e contribuir para redução das causas de financiamento insuficiente para a APS; infraestrutura das unidades básicas inadequadas; número de unidades básicas insuficientes; ausência de sistemas de informação clínica e gerencial e baixa densidade tecnológica.

Assim, das 21 causas que contribuem para a manutenção do problema de deficiência para o acesso e longo tempo de espera, o PMM está organizado para agir sobre 12 delas. Dessas causas, os especialistas consideraram a capacidade de intervenção muito pertinente somente sobre a causa deficiência e má distribuição de médicos. A capacidade de intervenção do PMM foi pertinente para cinco causas e medianamente pertinente sobre outras seis causas.

Das causas consideradas muito pertinentes, o PMM não propõe ações de intervenção em seis delas (baixa profissionalização de gestores; falta de material médico; falta de medicamentos; fragilidade do sistema de apoio diagnóstico; fragilidade institucional da gerência da APS nas organizações de saúde; falta de orientação quanto ao acesso a outros níveis de atenção e pouca organização dos serviços para atendimento às condições e eventos agudos).

Deste conjunto de causas, os especialistas consideraram que o PMM é pertinente para agir sobre a fragilidade institucional da gerência da APS nas organizações de saúde e na pouca organização dos serviços para atender às condições e eventos agudos e, medianamente pertinente, sobre as demais.

É preciso destacar que, do conjunto de causas para as quais não existe uma ação organizada do PMM, pelo menos cinco impactam diretamente no desenvolvimento do trabalho médico e na qualidade do atendimento que será realizado.

Para avaliar a adequação dos objetivos estratégicos do PMM para o alcance do objetivo finalístico, foram analisados os resultados das médias de cada questão e sua importância para a tendência de pertinência do padrão, apresentadas no modelo *fuzzy*. O conjunto das médias *fuzzy* das questões relativas a cada padrão gerou um gráfico que apresenta a pertinência do padrão, sintetizadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Julgamento dos Especialistas sobre a pertinência dos objetivos estratégicos do PMM

Padrão	Questões	Resultado
Atenção colaborativa e centrada na pessoa	Mudanças nas relações entre as equipes de saúde e os usuários, implementando uma atenção colaborativa e centrada na pessoa.	Pertinente com tendência a Pouco Pertinente
	Relações de longo prazo entre os profissionais e pessoas usuárias.	
	O uso de planos de cuidado elaborados por equipes de saúde e pessoas usuárias.	
	As capacidades das pessoas em obter, desenvolver, processar e compreender as informações básicas que as permitam tomar decisões e utilizar plenamente os serviços em benefício de sua saúde.	
	Formação dos profissionais das equipes de Saúde da Família focada numa visão holística e não prescritiva.	
Atenção centrada na família (orientação familiar)	Cadastramento das famílias em áreas adstritas às Unidades Básicas de Saúde.	Pertinente
	Classificação das famílias, por risco pessoais, familiares e sociais.	
	Uso de ferramentas de abordagem familiar (genograma, apgar familiar etc.).	
Fortalecimento do autocuidado apoiado	Apoiar as pessoas usuárias para o autocuidado.	Pouco Pertinente
	Mudanças nas relações entre as equipes de saúde e os usuários, implementando uma atenção colaborativa e centrada na pessoa.	
	O uso de planos de cuidado elaborados por equipes de saúde e pessoas usuárias.	
	As capacidades das pessoas em obter, desenvolver, processar e compreender as informações básicas que as permitam tomar decisões e utilizar plenamente os serviços em benefício de sua saúde.	
Equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada	Estruturação de Sistema de Informações Clínicas (prontuários eletrônicos, registro das famílias por estrato de risco; portadores de condições crônicas etc.).	Medianamente Pertinente com tendência a Pertinente
	Agendamento de atendimentos clínicos em intervalos regulares e previsíveis.	
	Oferta de atenção programada por grupos de profissionais.	

Continua

		Conclusão
Padrão	Questões	Resultado
Equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada	Cuidado orientado por Diretrizes Clínicas baseadas em evidências.	Medianamente Pertinente com tendência a Pertinente
	Atendimento às condições agudas das pessoas usuárias.	
	O uso de planos de cuidado elaborados por equipes de saúde e pessoas usuárias.	
Atenção multiprofissional	Oferta de atenção programada por grupos de profissionais.	Não Pertinente
	Atenção integral por meio de cuidados por equipe Multiprofissional	
Atenção compartilhada a grupo e atenção contínua	Orientação Comunitária grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes por profissionais da equipe de saúde.	Não Pertinente
Coordenação dos níveis de cuidado	Coordenação dos níveis de cuidado pela Equipe de Saúde da Família (atenção ambulatorial especializada/outras níveis de atenção) garantindo a continuidade da atenção.	Não Pertinente
Equilíbrio entre a atenção presencial e a atenção não presencial	Incremento de atendimentos não presenciais, feitos pelas Equipe de Saúde da Família, no ambiente micro-organizacional (telefone, correio eletrônico, serviços de mensagem instantânea).	Não Pertinente
Atenção por pares	Atividades de grupos de portadores de condições crônicas, conduzidas por pessoas leigas portadoras dessas condições.	Não Pertinente

Fonte: OLIVEIRA (2018).

Discussão

Os especialistas julgaram que o PMM escolheu adequadamente as causas sobre as quais agir, considerando a relevância da contribuição destas causas para a manutenção do problema déficit de provimento de profissionais médicos.

No entanto, é importante ressaltar que houve causas que condicionam o problema, julgadas muito pertinentes por serem estruturantes e que não estão contempladas pelo PMM. Essas causas têm potencial para interferência nos resultados pretendidos pela política: a falta de material necessário para realização do trabalho e o aumento da oferta de vagas para contratação de médicos.

Quanto ao problema da deficiência para o acesso e longo tempo de espera, das 21 causas consideradas relevantes para a manutenção do problema, o PMM propõe agir sobre 57% delas. Para este problema, na visão dos especialistas, existem causas consideradas muito pertinentes e que, se não resolvidas, diminuem a pertinência do PMM. Vale ressaltar que, segundo Girardi et al. (2016b), médicos em municípios remotos realizaram número maior e mais diversificado de procedimentos quando comparados àqueles das capitais e regiões metropolitanas.

Da mesma forma, alguns estudos apontam aumentos setoriais, como das consultas para população idosa ou pacientes com AIDS, provavelmente devido ao maior acolhimento à demanda espontânea nas unidades básicas de saúde, o que indica também a aderência dos profissionais do PMM aos atributos da APS (CARRER; TOSO; GUIMARÃES; CONTERNO; MINOSSO, 2016; SILVA et al., 2016). Ao julgarem a pertinência do PMM quanto ao atendimento aos padrões considerados necessários para melhoria da qualidade e estruturação da APS, os especialistas entrevistados julgaram o PMM não pertinente em 55% dos padrões e pertinente em 22%. Vale ressaltar, no entanto, que outros estudos avaliativos também ressaltam a contribuição do PMM para o aumento da equidade e da integralidade da assistência (SANTOS et al., 2019), especialmente devido à contribuição na distribuição de profissionais e especialidades.

No que tange à atenção multiprofissional, o PMM também foi considerado não pertinente, valendo destacar os aspectos da assistência integral por meio de equipes multiprofissionais. Comes et al. (2016) destacaram que a comunicação médico-paciente é um aspecto decisivo para a atenção de qualidade, mais humanizada e aderente, e, nesses casos, o idioma pode ser uma barreira à integralidade. Há evidências na literatura de problemas de comunicação entre médicos estrangeiros do PMM e usuários, especialmente idosos e pessoas de zonas rurais. Além disso, observa-se também efeitos relacionados a problemas de comunicação na assistência (FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2019; OLIVEIRA et al., 2008).

É preciso considerar, então, que a ausência de ações diretas do PMM sobre algumas causas, tais como: 1) ausência de investimento nas equipes multiprofissionais; 2) ausência de gestão da clínica; 3) falta de material médico e de oferta de programas educacionais nas Unidades Básicas de Saúde e 4) organização das Redes de Atenção, podem ter influenciado o julgamento dos especialistas quanto a não pertinência dos objetivos estratégicos propostos.

O presente estudo também apontou que o PMM tem pouca pertinência no que diz respeito ao fortalecimento do autocuidado, especialmente no que se refere à mudança nas relações entre as equipes e usuários. Práticas no sentido de democratizar relações entre profissionais de saúde e usuário são ainda muito incipientes, especialmente em locais remotos e de difícil acesso, como as zonas rurais (SHIMIZU; TRINDADE; MESQUITA; RAMOS, 2018). Valorizar a autonomia do usuário e a corresponsabilidade das equipes de saúde requer problematizar as relações de

poder/saber estabelecidas. O modelo centrado no tratamento clínico individual, ainda muito comum na APS, desestimula o autocuidado e reforça a procura pelos serviços de saúde somente em situações de doenças (SHIMIZU; TRINDADE; MESQUITA; RAMOS, 2018).

Assim, apesar da pertinência dos problemas e causas selecionadas para atuação pelo PMM, o fato de não existirem ações específicas sobre causas relevantes e essenciais acaba diminuindo a pertinência deste programa para alcance do seu objetivo finalístico, que é a garantia do acesso com qualidade aos serviços da APS a toda população. Vale ressaltar que o presente estudo foi realizado entre os meses de janeiro e maio de 2018.

Conclusão

Dado o objetivo finalístico do PMM, esse estudo avaliativo buscou determinar a pertinência do programa a partir do julgamento de especialistas sobre a adequação dos seus objetivos estratégicos e os problemas a resolver.

A escolha dos problemas sobre os quais o PMM realiza intervenção (déficit de provimento de profissionais médicos e deficiência para o acesso e longo tempo de espera) foi considerada pertinente pelos especialistas participantes do estudo, assim como a capacidade de ação do PMM sobre estes.

Ainda que os problemas selecionados para atuação pelo PMM sejam pertinentes na contribuição da melhoria da qualidade da APS, algumas causas identificadas não estão sendo objeto de ação pelo PMM, podendo reduzir a pertinência desta intervenção. Nesse sentido, é importante expandir para outros profissionais que compõem a equipe de saúde da família as ações previstas na ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país, formando profissionais para uma prática não prescritiva, voltada para uma atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família.

Dessa forma, é necessário que o PMM invista no fortalecimento do trabalho em equipe e que disponibilize uma agenda para discussão sobre o escopo de prática dos profissionais de saúde, dada a necessidade de mudança do modelo assistencial e da capacidade do Estado na regulação da formação e prática de todos os profissionais de saúde, bem como do modelo de contratação de profissionais médicos.

Também se destacam aspectos que podem atuar negativamente na sustentabilidade do PMM a médio e longo prazos, como: infraestrutura inadequada, falta de medicamentos e material básico para o cuidado, baixa resolutividade e incapacidade de coordenação/integração com outros níveis de cuidado.

Nesse sentido, o presente estudo avaliativo forneceu evidências que podem contribuir para o aprimoramento do PMM e, conseqüentemente, o fortalecimento desta política pública, que se destaca no cenário atual como iniciativa de promoção do acesso da população, especialmente a mais desfavorecida economicamente, a serviços essenciais de saúde.

Referências

ALMEIDA, P. F. de; GÉRVAS, J.; FREIRE, J. M.; GIOVANELLA, L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400–415, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a04v37n98.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2019.

ALVES, S. M. C.; OLIVEIRA, F. P. de; MATOS, M. F. M.; SANTOS, L. M. P.; DELDUQUE, M. C. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2223–2235, jul. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.03512017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2223.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2019.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, maio 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.

BODENHEIMER, T.; GHOROB, A.; WILLARD-GRACE, R.; GRUMBACH, K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *The Annals of Family Medicine*, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 166–171, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1616>. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/annalsfm/12/2/166.full.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2019.

BRASIL. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 11 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa mais médicos: dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em: 11 jan. 2019.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F. Program theory evaluation: logic analysis. *Evaluation and Program Planning*, [New York, NY], v. 34, n. 1, p. 69–78, feb. 2011.

BUYKX, P.; HUMPHREYS, J.; WAKERMAN, J.; PASHEN, D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Australian Journal of Rural Health*, [Sydney], v. 18, n. 3, p. 102–109, jun. 2010.

CARRER, A.; TOSO, B. R. G. de O.; GUIMARÃES, A. T. B.; CONTERNO, J. R.; MINOSSO, K. C. Efetividade da estratégia saúde da família em unidades com e sem Programa

Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2849–2860, set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16212016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2849.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2019.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. M. de A.; DENIS, J. L. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. M. de A. (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

COMES, Y. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2729–2738, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2729.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Norma Operacional nº 001/2013. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/pastas-ocultas/bd/pro-reitoria-de-pesquisa-e-pos-graduacao/repositorio-de-arquivos/arquivos-do-cep/norma-operacional-no-0012013-conep-2013-cns-aprova-as-normas-regulamentadoras-de-pesquisa-envolvendo-seres-humanos>. Acesso em: 2 jan. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisa em seres humanos e atualiza a resolução nº 196. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 2 jan. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais conquista dos pesquisadores. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, abr. 2016. Disponível em: http://www.gppege.org.br/home/secao.asp?id_secao=341. Acesso em: 2 jan. 2019.

DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J. M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, New York, NY, v. 88, n. 5, p. 379–385, may 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2865654/pdf/BLT.09.070607.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2019.

FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L. A perspectiva dos supervisores sobre a integralidade nas práticas dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 15–29, jan./mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0015.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.

- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951–963, maio 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/08.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675–2684, set. 2016a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2675.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- GIRARDI, S. N. et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2739–2748, set. 2016b. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2739.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.
- GROBLER, L.; MARAIS, B. J.; MABUNDA, S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S. l.], jun. 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005314.pub3/full#0>. Acesso em: 6 jun. 2019.
- HARTZ, Z. M. de. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- ISHIKAWA, K. Cause and effect diagram. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY CONTROL, 1963, Tokyo. *Proceedings* [...]. Tokyo: [s. n.], 1963.
- JATOBÁ, A. et al. Supporting decision-making in patient risk assessment using a hierarchical fuzzy model. *Cognition, Technology & Work*, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 477–488, ago. 2018.
- MEDINA, M. G. Dialogando com os autores: concordâncias e controvérsias sobre atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00116118.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/livro_cronicas.pdf. Acesso em: 6 jun. 2019.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. de A. Fatores críticos para a fixação do médico na estratégia saúde da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293–1311, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a03v22n4.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.

OLIVEIRA, A. de et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 12, n. 27, p. 749–762, dez. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000400006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a06v1227.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

OLIVEIRA, F. P. de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 19, n. 54, p. 623–634, set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0623.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

OLIVEIRA, L. Z. *O programa mais médicos e a atenção básica em saúde no Brasil: avaliação de pertinência*. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação) - Faculdade Cesgranrio, Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro, 2018.

POPE, C.; MAYS, N. (ed.). *Qualitative research in health care*. 3rd ed. Malden, Mass: Blackwell Pub, 2006.

SAATY, T. L. An exposition of the AHP in reply to the paper "remarks on the analytic hierarchy process". *Management Science*, Providence, RI, v. 36, n. 3, p. 259–268, mar. 1990.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547–3552, nov. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3547.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SANTOS, W. dos et al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 256–268, jan./mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0256.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SHIMIZU, H. E.; TRINDADE, J. de S.; MESQUITA, M. S. de.; RAMOS, M. C. Avaliação do índice de responsividade da estratégia saúde da família da zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 52, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017020203316>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-S1980-220X2017020203316.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

SILVA, B. P. da et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2899–2906, set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2899.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

STARFIELD, B. Reinventing primary care: lessons from Canada for the United States. *Health Affairs*, Millwood, VA, v. 29, n. 5, p. 1030–1036, may 2010. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2010.0002>. Acesso em: 6 jun. 2019.

STARFIELD, B. *Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. [Paris]: Unesco, 2012.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Editora Gente, 2004.

ZADEH, L. A. Fuzzy sets. *Information and Control*, New York, NY, v. 8, n. 3, p. 338–353, jun. 1965. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001999586590241X>. Acesso em: 11 jan. 2019.

ZADEH, L. A. Fuzzy logic and approximate reasoning: in memory of Grigore Moisil. *Synthese*, [Dordrecht], v. 30, n. 3–4, p. 407–428, 1975.

ZADEH, L. A. Fuzzy logic: a personal perspective. *Fuzzy Sets and Systems*, [S. l.], v. 281, p. 4–20, dec. 2015.