

Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos

Evaluation of user satisfaction and service responsiveness in municipalities enrolled in the *Mais Médicos* (More Doctors) Program

Yamila Comes¹
Josélia de Souza Trindade¹
Helena Eri Shimizu¹
Edgar Merchan Hamann¹
Florença Bargioni¹
Loana Ramirez¹
Mauro Niskier Sanchez¹
Leonor Maria Pacheco Santos¹

Abstract *The Mais Médicos (More Doctors) Program (PMM) addresses shortages of doctors, one of whose objectives is to reduce regional inequalities in access to health care. This descriptive cross-sectional study evaluated service responsiveness and user satisfaction with PMM doctors among 263 users of the public health system in 32 municipalities with 20% or more of extreme poverty. Questionnaires of open and closed questions were used. Users were satisfied with patient-doctor relationships, information about diseases and treatment and the clarity and comprehensibility of medical indications. The doctors' technical and humanised conduct helped ensure satisfaction among users, who stressed the importance of the programme's continuance. As regards responsiveness, most users were pleased with the non-medical aspects of care: prompt scheduling of appointments, waiting times of less than one hour and privacy. Users suggested improving infrastructure and making more medicines and more doctors available, which should be considered by SUS managers to help ensure access to the right to health guaranteed in Brazil's constitution.*

Key words *Distribution of doctors, Primary health care, Patient satisfaction, Health care quality, access, and evaluation*

Resumo *A finalidade do Programa Mais Médicos é diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais no acesso à atenção à saúde. O estudo objetivou avaliar a satisfação dos usuários com os médicos do Programa e a responsividade destes serviços de saúde. Estudo transversal descritivo realizado em 32 municípios com 20% ou mais de extrema pobreza com 263 usuários dos serviços de saúde. Aplicou-se um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas. 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.*

Palavras-chave *Distribuição de médicos, Atenção Primária à Saúde, Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde, Satisfação dos usuários*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70510-900 Brasília DF Brasil. ycomes@gmail.com

Introdução

As desigualdades na distribuição de médicos têm sido um problema em muitos países do mundo, inclusive no Brasil. Até 2013, estudos evidenciavam desigualdades entre os habitantes das regiões brasileiras no que diz respeito ao acesso aos cuidados médicos. O Índice de Escassez de Profissionais de Saúde na Atenção Primária, desenvolvido pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, demonstrou que a escassez grave de médicos atingia sobremaneira as populações das regiões Norte e Nordeste; as iniquidades também eram notáveis ao comparar a densidade de médicos nas capitais e no interior dos estados^{1,2}.

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a equidade e este princípio tende a compensar as desigualdades injustas, evitáveis e desnecessárias³. Neste caso, a desigual distribuição dos médicos aprofunda a iniquidade e, portanto, precisa ser revertida.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado no ano de 2013 com a finalidade de dar uma resposta ao problema da falta de profissionais da medicina, especialmente em áreas rurais e remotas do Brasil. A agenda política iniciou a partir da manifestação pública da Frente Nacional de Prefeitos (FNP) que, em 4 de fevereiro de 2013, liderou um movimento denominado *Cadê o médico?* e organizou uma petição por mais médicos no SUS, demandando resposta do Governo Federal; a frente reivindicou a adoção imediata das medidas necessárias para a contratação de médicos formados em outros países⁴. Em junho do mesmo ano manifestações populares reivindicaram melhorias nos serviços públicos, sobretudo de educação e saúde⁵.

O Ministério da Saúde já havia identificado que a média nacional de médicos por 1.000 habitantes era abaixo da necessária para o país, que demandava maior quantidade destes profissionais em diversas regiões. As regiões Norte e Nordeste eram as mais desfavorecidas nessa distribuição de médicos, com parte dos estados e municípios chegando a ter muito menos do que um médico por mil habitantes⁶.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído em 8 de julho de 2013. Para receber prioritariamente médicos do programa, os Municípios deviam apresentar pelo menos uma das seguintes características: 20% ou mais da população em extrema pobreza; ser um município com mais de 80.000 habitantes e com baixo nível socioeconômico; e/ou ser uma Capital ou região metropolitana na qual existem setores censitários com alto

percentual de população em extrema pobreza. As vagas destinadas a médicos para atuar em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) também foram priorizadas.

Para o ingresso ao PMM, o governo publicou Editais a fim de dar prioridade aos médicos brasileiros com título validado no país. Em segundo lugar, foi dada prioridade aos médicos brasileiros formados em universidades estrangeiras e com habilitação para o exercício profissional no exterior. Por último, foi dada a opção aos médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da medicina no exterior.

Em julho de 2014 os dados oficiais do Ministério da Saúde registraram o deslocamento de 14.462 médicos em 3.785 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O provimento de médicos teve como propósito garantir o que seriam os princípios e as diretrizes do SUS, na tentativa de assegurar o direito à saúde para todos os brasileiros e tendo a atenção básica como porta de entrada do sistema. Desde a Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como central e organizadora dos sistemas de saúde integrando o processo de atenção com a promoção, a prevenção e a reabilitação⁷.

Macinko e Lima evidenciaram a associação da Estratégia Saúde da Família (ESF) com melhoria no acesso, uso e satisfação com os serviços de APS no Brasil⁸. A rápida expansão da ESF evidenciou a má distribuição dos médicos no território nacional, à qual o Brasil respondeu com o PMM. Essa medida foi recentemente reconhecida por artigo publicado no *The New England Journal of Medicine* como um dos maiores programas do governo brasileiro em resposta aos protestos sobre a necessidade de maior investimento público na área da saúde⁹.

Conceitos e definições sobre satisfação dos usuários

Neste trabalho, a *satisfação dos usuários* é enfocada como uma dimensão da qualidade da atenção. Segundo expressa Barbara Starfield¹⁰, o conceito de qualidade tem sido utilizado em sentido amplo como o *grau de satisfação com os serviços, os custos da atenção à saúde, as aptidões do pessoal sanitário, a segurança e a compatibilidade dos centros onde se prestam os serviços, a idoneidade da equipe para contribuir para um bom provisionamento de serviços*. Esta autora deixa explícito que a satisfação dos usuários com os serviços não é diretamente uma medida de qualidade assistencial, e sim uma medida indireta da quali-

dade, porque a satisfação poderia influenciar na busca de serviços, o que melhoraria a saúde das pessoas.

Donabedian¹¹ define a satisfação como uma medida de resultado da interação entre o profissional da saúde e o paciente. O conceito de satisfação dos usuários ganhou relevância a partir dos anos 1960 acompanhando o desenvolvimento da *avaliação de serviços de saúde*¹². Destaca-se que a ideia da satisfação do paciente define-o como sujeito de práticas e coloca-o no lugar de poder valorizar certos atributos que são considerados importantes para a atenção. Esta valorização do relato do paciente outorga-lhe um lugar privilegiado como sujeito de direitos e fortalece, direta e indiretamente, a *cultura participativa*¹³.

Os estudos de satisfação dos usuários, usualmente incluem estratégias metodológicas quantitativas e qualitativas. Existe grande variedade de estudos com metodologias quantitativas e qualitativas sobre satisfação, cada qual com aspectos positivos e algumas limitações¹². Na literatura, o alto nível de satisfação encontrado a partir da aplicação de diferentes instrumentos de diversas tradições metodológicas, denominado como *sentimento de gratidão*¹⁴ ou *efeito de elevação das taxas de satisfação*¹², tem sido um dos aspectos mais destacados por pesquisadores para apontar limites e questionar a validade dos estudos de satisfação. Argumenta-se que o *gratitude bias* – sentimento de gratidão – pode dificultar uma visão mais crítica do atendimento¹⁴.

A responsividade dos serviços de saúde

Para prover qualidade, os serviços de saúde têm que ter bom desempenho, o que abrange respeitar as pessoas em todos os sentidos. Deve respeitar a confidencialidade dos dados clínicos, respeitar a dignidade, que inclui o trato humanizado e a autonomia do usuário para tomar decisões, e oferecer instalações e infraestrutura de qualidade. Este bom desempenho dos sistemas de saúde foi denominado de capacidade de resposta, ou responsividade, pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁵.

A partir de então a OMS incorpora o conceito de responsividade em complementação ao de satisfação dos usuários, utilizado desde a década de 1960. Satisfação foca nas distintas dimensões que envolvem o cuidado da saúde desde a relação médico-paciente até a qualidade do atendimento clínico e dos profissionais da saúde¹⁴. Em contraste, a responsividade é um conceito que se refere aos *aspectos não médicos do cuidado*. Este concei-

to se relaciona com o modo como os sistemas de saúde reconhecem e conseguem responder às expectativas dos indivíduos em relação aos aspectos não médicos do cuidado. A OMS introduz este conceito para se referir aos elementos não diretamente ligados ao estado de saúde, considerando que, além de promover e manter a saúde das pessoas, os sistemas de saúde devem tratar com dignidade, facilitar a participação nas decisões sobre os procedimentos médicos, incentivar a comunicação clara entre profissionais e usuários, além de garantir a confidencialidade dos dados médicos dos pacientes¹⁶.

Vaitsman e Andrade¹⁴ operacionalizam o conceito de responsividade com as seguintes variáveis: a qualidade das instalações; o acesso a redes de apoio social para os pacientes; a liberdade para escolher o serviço de saúde; e o respeito pelas pessoas, que abrange o respeito pela dignidade, o caráter confidencial da informação sobre a própria saúde, a autonomia para participar de decisões sobre a saúde e a orientação ao cliente, que incorpora a pronta atenção, com possibilidades de escolhas de acordo com as suas necessidades. As pesquisas sobre responsividade diferem das de satisfação dos usuários porque avaliam o sistema de saúde como um todo: os aspectos não médicos do cuidado e as percepções individuais sobre as expectativas universalmente legítimas dos usuários. Em contraste, nas pesquisas de satisfação, mais subjetivas, avalia-se o usuário e sua relação com os profissionais da saúde e trabalhadores, as interações clínicas dos usuários e profissionais e as necessidades percebidas individualmente¹⁴.

Para este estudo adotaram-se os aportes de Vaitsman e Andrade¹⁴. Consideraram-se os aspectos médicos do cuidado como parte da satisfação dos usuários e a responsividade incluiu os aspectos que deveriam ser garantidos por um sistema de saúde e que não estão relacionados ao cuidado direto, tais como o respeito por parte dos profissionais e trabalhadores do sistema, o tempo de espera, a limpeza e o conforto dos serviços de saúde¹⁵.

Metodologia

Objetivos, métodos, amostragem, coleta e análise dos dados

Trata-se de um estudo descritivo, sobre a satisfação dos usuários e a responsividade dos serviços em 32 municípios selecionados, participantes do Programa Mais Médicos. O critério

de seleção se deu a partir de municípios com 20% ou mais de extrema pobreza inscritos no primeiro ou segundo ciclo do PMM, com menos de cinco médicos atuando nele e com menos do que 0,50 médicos por 1.000 habitantes em junho de 2013. A seleção final foi aleatória por meio de partilha proporcional ao número de municípios com 20% ou mais de pobreza, inscritos no PMM por região e por UF. O processo resultou em 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.

Foi elaborado e pré-testado um questionário com perguntas abertas e outras fechadas, com base em um instrumento de avaliação de satisfação dos usuários e responsividade dos serviços já publicado¹³. As variáveis contidas no questionário correspondiam às seguintes dimensões da satisfação dos usuários: satisfação com o modo de agir do médico do PMM, satisfação com as informações prestadas, compreensão das explicações e índice geral de satisfação, medido por meio de uma escala hedônica facial. As variáveis correspondentes à responsividade foram: agilidade no agendamento da consulta, tempo de espera no dia da consulta, duração da consulta, privacidade, visitas domiciliares e sugestões para melhoria do PMM. Além disso, dados demográficos, condição social e escolaridade dos entrevistados foram coletados.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de novembro de 2014 e junho de 2015 mediante uma visita às unidades de saúde dos municípios selecionados. Foram abordados pacientes que se encontravam aguardando, ou no momento da sua saída da consulta médica. Foram aplicados 263 questionários em 50 Equipes de Saúde da Família dos 32 municípios.

A análise quantitativa foi realizada mediante procedimentos da estatística descritiva (média, mediana, moda e frequência) e foram cruzadas as variáveis do estudo com algumas variáveis sociais e demográficas. A análise das perguntas abertas do questionário foi feita mediante a técnica de análise de conteúdo. Alguns dos dados qualitativos foram representados na forma de nuvens de palavras empregando o software livre WORDLE.

Para categorização do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Educação, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Renda e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Longevidade, foram utilizados critérios do Atlas Brasil¹⁷.

Esta análise faz parte da pesquisa *Avaliação da efetividade do Programa Mais Médicos na re-*

alização do direito universal à saúde e na consolidação das redes de serviços em saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UNB.

Como limites do presente estudo pode-se destacar vieses metodológicos próprios da avaliação de serviços de saúde, quando esta se apoia apenas na subjetividade dos usuários. No entanto, o uso do instrumento para avaliação de responsividade foi capaz de reduzir parte da subjetividade da avaliação da qualidade dos serviços. Esta característica é inerente a este método por mensurar mais objetivamente o desempenho da atenção e tirar do usuário o julgamento de valor que pode ser variável, diante de situações semelhantes. Ainda assim, algum tipo de viés pode ter ocorrido. Um importante aspecto refere-se ao fenômeno que alguns estudiosos chamam de “paradoxo da satisfação”¹⁸, que diz respeito ao viés de percepção quando, apesar dos serviços de saúde apresentarem vários problemas estruturais, organizacionais e de acesso, os usuários expressam grau elevado de satisfação. Neste estudo, esse tipo de viés – *gratitude bias* ou sentimento de gratidão – pode estar relacionado à possibilidade de acesso aos serviços de saúde proporcionada pelo PMM a populações antes totalmente excluídas do sistema, ou até mesmo esquecidas por viverem em áreas remotas e de difícil acesso.

Resultados

Caracterização dos municípios

Os 32 municípios selecionados tinham entre 4.000 e 50.000 habitantes (média = 14.500; mediana 11.200 habitantes). O IDHM variou entre 0,496 e 0,643 (média = 0,576; mediana 0,572), sendo considerado, em geral, como baixo. Na distribuição dos municípios segundo o IDHM, foi verificado que apenas um dos municípios encontra-se com um IDHM categorizado como muito baixo, 22 deles com IDHM considerado baixo e nove com IDHM médio. O IDHM-Educação variou entre 0,317 e 0,550 (média = 0,454; mediana = 0,440), sendo esses valores considerados muito baixos para todos os municípios selecionados. No que diz respeito ao IDHM-Renda, os municípios apresentam valores entre 0,470 e 0,658, classificados como muito baixo e médio (mediana 0,553 e média 0,549). Quanto ao IDHM Longevidade, nos municípios selecionados observa-se um intervalo entre 68,4 e 75,8 anos a esperança de vida

ao nascer (média = 71; mediana = 70,8 anos).

Considerando os critérios de seleção da amostra, de fato foram incluídos municípios vulneráveis, remotos e distantes das capitais. Em campo constatou-se a presença de 49 médicos do PMM nos 32 municípios, sendo 47 cubanos e dois brasileiros.

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%).

A satisfação dos usuários do programa Mais Médicos

A satisfação dos usuários foi em geral elevada (Tabela 1). Mais especificamente no que concerne ao atendimento médico e à relação médico-paciente, a grande maioria dos usuários (98,1%) considerou que o médico ouviu atentamente todas as suas queixas e 95,8% dos participantes expressaram que receberam todas as informações necessárias. Ademais, 93,5% dos usuários afirmaram que receberam todas as informações sobre o tratamento e 87,0% disseram que compreenderam as orientações que deveriam seguir.

Ainda que a grande maioria tenha compreendido as orientações recebidas, a comunicação com o médico estrangeiro, cubano, que fala o espanhol, foi avaliada como parcialmente difícil: 57,5% dos usuários entrevistados afirmaram alguma dificuldade para compreender as indicações dadas pelo profissional.

Quanto à satisfação geral com o médico do Programa Mais Médicos, a avaliação foi positiva.

Tabela 1. Aspectos analisados da satisfação dos usuários em 32 municípios selecionados com 20% ou mais de pobreza, inscritos no Programa Mais Médicos. Brasil, 2014-2015.

Dimensões da satisfação dos usuários	Valores	N	%
Durante a consulta, o médico ouviu com atenção todas as suas queixas?	Sim	257	98,1
	Parcialmente	3	1,1
	Não	2	0,8
	Total	262	100,0
Durante a consulta, o médico deu todas as informações que precisava?	Sim	251	95,8
	Parcialmente	7	2,7
	Não	4	1,5
	Total	262	100,0
Durante a consulta, o médico explicou de forma clara todo o seu tratamento?	Sim	243	93,5
	Parcialmente	10	3,8
	Não	7	2,7
	Total	260	100,0
O Sr./Sra. compreendeu as explicações e indicações que o médico lhe forneceu?	Sim	227	87,0
	Parcialmente	29	11,1
	Não	5	1,9
	Total	261	100,0
Pelo fato do médico ser estrangeiro, o Sr./Sra. teve alguma dificuldade para compreender as indicações que ele te deu?	Sim	64	26,7
	Parcialmente	74	30,8
	Não	102	42,5
	Total	240	100,0
Gostaria que o Sr./Sra. assinalasse a carinha para mostrar o quanto o Sr./Sra. está satisfeito com o Médico do programa Mais Médicos desta unidade	Muito ruim	5	1,9
	Ruim	2	0,8
	Indiferente	7	2,7
	Bom	104	39,5
	Muito Bom	145	55,1
Total	263	100,0	

Fonte: elaboração própria a partir de dados coletados em campo.

A grande maioria selecionou o estado de satisfação bom e muito bom (94,6%).

Dos dados obtidos das perguntas abertas, os principais comentários centraram-se no bom atendimento dos médicos. O segundo lugar dentre os argumentos que justificam a alta satisfação geral foi o fato de não haver médico antes do PMM, o que os obrigava a realizar deslocamentos para outros municípios. Outros usuários sustentaram suas respostas com comentários positivos sobre a postura ou atitude dos médicos, sendo descritos como *sempre sorridentes, atenciosos, humildes e educados*. Outro conjunto de usuários argumenta com comentários positivos sobre a sua vivência dentro da consulta, seja no consultório ou no domicílio, apontando para o fato de que *foram bem tratados, que se sentiram considerados, que os médicos se interessavam sobre a sua vida*. Como frase que representa boa parte dos depoimentos, um usuário manifestou *eles nos tocam e não têm nojo da gente*.

A Figura 1 apresenta na forma de nuvens de palavras, a análise das perguntas abertas sobre a satisfação geral. Destaca as palavras evocadas com maior frequência, que diz respeito a que avaliação o grupo compartilha sobre o fenômeno. Observa-se que estão em destaque as palavras: bem, gente, médico, atende, atenção, bom.

A responsividade dos serviços onde atendem médicos do PMM

Os resultados das dimensões da responsividade dos serviços são apresentados na Tabela 2.

O tempo de espera no dia da consulta foi menor do que uma hora para 75,7% dos usuários (média = 59,8 minutos; mediana = 30 minutos) e avaliado como pouca espera por 57,6% e mais ou menos por 33,2%. Ao selecionar a carinha para mostrar a satisfação com o tempo de espera entre o momento que chegou à unidade e que foi atendido pelo médico, 78,7% dos usuários avaliaram como bom e muito bom. Destaca-se que quando indagados, por meio de perguntas abertas sobre dificuldades, alguns usuários relataram dificuldades de acesso a resultados dos exames laboratoriais e de diagnóstico.

Em relação ao tempo de duração da consulta, a maioria dos usuários, 98,1%, informou que durou menos de meia hora, sendo que variou de 2 a 60 minutos (média = 21 minutos; mediana = 20).

A grande maioria dos usuários (84,5%) teve a privacidade respeitada durante a consulta médica ou exames. Todavia, 15,5% dos usuários afirmaram que foram interrompidos com a entrada de outra pessoa durante o procedimento médico; destes, 69,6% afirmaram ter consentido essa entrada. A falta de privacidade foi relatada por 16% das pessoas que sabem ler e 9% das pessoas que não sabem ler.

Foi-lhes perguntado sobre visitas domiciliares e 28,9% dos usuários informaram que receberam visita do médico em seu domicílio; a maioria deles (71,6%) avaliou essa visita satisfatoriamente. A população beneficiada pelas visitas foi majoritariamente: os idosos, os deficientes, as gestantes com complicações, as crianças com algum agravo agudo. Nas visitas foram realizadas con-



Figura 1. Frequência da aparição de cada palavra nos depoimentos dos usuários sobre a satisfação geral em 32 municípios selecionados com 20% ou mais de pobreza inscritos no programa Mais Médicos. Brasil, 2014-2015.

Tabela 2. Dimensões da responsividade dos serviços em 32 municípios selecionados com 20% ou mais de pobreza, inscritos no Programa Mais Médicos. Brasil 2014-2015.

Dimensão da responsividade	Valores	N	%
Neste dia, quanto tempo o Sr./ a Sra. esperou para ser atendido/a?	Muito	24	9,2
	Mais ou menos	87	33,2
	Pouco	151	57,6
	Total	262	100,0
Intervalo de horas que esperou até ser atendido	1. Menos de uma hora	199	75,7
	2. Entre uma e duas horas	48	18,3
	3. Mais de duas horas	16	6,1
	Total	263	100,0
Intervalo de tempo que levou a consulta	1. Menos de meia hora	258	98,1
	3. Mais de uma hora	5	1,9
	Total	263	100,0
Durante as consultas ou exames, alguém entrou na sala enquanto o médico estava examinando o Sr./Sra.?	Sim	40	15,5
	Não	218	84,5
	Total	258	100,0
Agora assinale a carinha para mostrar a sua satisfação com o tempo de espera entre o momento que pede/solicita a consulta e o dia da consulta	Muito ruim	3	1,2
	Ruim	16	6,5
	Indiferente	12	4,9
	Bom	115	46,9
	Muito Bom	99	40,4
	Total	245	100,0
Agora assinale a carinha para mostrar a sua satisfação com o tempo de espera entre o momento que chegou à unidade e que foi atendido pelo médico	Muito ruim	5	1,9
	Ruim	21	8,0
	Indiferente	30	11,5
	Bom	133	50,8
	Muito Bom	73	27,9
	Total	262	100,0
Médico dos Mais Médicos visitou o seu domicílio?	Sim	76	28,9
	Não	187	71,1
	Total	263	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados em campo.

sultas, aferição da pressão arterial, e orientação para cuidados de si e dos familiares, e, eventualmente, do ambiente com o objetivo de prevenir doenças.

A avaliação do tempo de espera entre o momento que o usuário solicita a consulta e o dia em que é atendido foi avaliado como muito bom e bom por 87,3% dos usuários, demonstrando que o acesso à consulta se tornou fácil após a implantação do PMM.

A Figura 2 apresenta as nuvens de palavras referentes às perguntas abertas sobre a responsividade com relação ao tempo de espera. As palavras repetidas com maior frequência foram: dia, atendida, consulta, tempo, demora.

Como sugestões para melhorar a responsividade do programa, a maioria dos usuários ex-

pressou que nada havia para melhorar, porque o PMM estava bem assim. Os que fizeram comentários disseram que queriam *melhorias na infraestrutura, maior disponibilidade de medicamentos, Mais Médicos* (mais profissionais inseridos no Programa Mais Médicos), *maior apoio do município para os médicos, melhoras no transporte para o acesso às comunidades rurais e remotas, mais especialistas*. Outros expressaram que queriam *a continuidade do programa*.

Discussão

Os usuários que participaram deste estudo são oriundos de municípios remotos, pequenos e pobres. Muitos desses municípios convivem há



Figura 2. Número da aparição de cada palavra nos depoimentos dos usuários sobre a responsividade com o tempo de espera em 32 municípios selecionados com 20% ou mais de pobreza inscritos no programa Mais Médicos. Brasil 2014-2015.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados em campo.

longa data sem serviços de saúde adequados, sobretudo devido à ausência de profissionais, especialmente de médicos. Essa situação decorre dos desequilíbrios na distribuição geográfica dos profissionais, com concentração em centros urbanos, e com reforço à tendência à formação médica especializada, centrada no hospital e em tecnologias sofisticadas e dissonantes com as necessidades de saúde da população e do sistema de saúde¹⁹.

Neste contexto, pode-se inferir que são pessoas que residem muito distante de centros urbanos e, portanto, precisam de um médico perto do domicílio para garantir o acesso ao SUS. Como já destacado, o PMM foi criado para reduzir essa lacuna. Contudo, os médicos brasileiros, no ato da inscrição no programa, de forma geral, não escolheram os municípios mais pobres e distantes, e, como consequência, os municípios estudados foram providos quase na sua totalidade com médicos cooperantes cubanos.

Quanto ao perfil dos usuários das unidades atendidas pelo PMM, constatou-se que são predominantemente do sexo feminino, adultos e com baixa escolaridade. O emprego das pessoas entrevistadas requer pouca qualificação profissional. O grande número de mulheres que procuram os serviços de saúde é demonstrado por diversos estudos^{20,21}, tendo como explicação a importância que elas lhes dão e aos cuidados de si e de suas famílias.

A avaliação da satisfação do usuário, mais especificamente a relação médico-paciente, foi considerada positiva, pois os médicos demonstraram a capacidade de ouvir com atenção todas as necessidades dos usuários. A escuta atenta é fundamental para uma boa comunicação, por meio da qual é possível compreender individualmente as diferentes dimensões físicas, psíquicas e sociais do paciente e contribui para minimizar as distâncias entre médicos e usuários²². Este resultado é similar comparado com estudo realizado em atenção básica de grandes centros urbanos brasileiros durante o ano de 2010 onde a satisfação com a relação e a comunicação com os profissionais foi o que mais se destacou positivamente²³.

A comunicação também foi percebida como satisfatória porque os médicos se empenharam em oferecer todas as informações e explicações necessárias sobre a doença, o tratamento e em resolver dúvidas. O grau de compreensão dessas informações poderia ser dificultado pela diferença da língua da maioria dos médicos – que falam espanhol – e os usuários que falam o português. Cerca da metade dos usuários informou ter tido alguma dificuldade para entender as indicações. Mas isso parece não prejudicar a comunicação efetiva, que é compreendida como aquela que permite a obtenção de dados objetivos da doença, além dos subjetivos, como as repercussões do adoecimento na rotina das famílias e do próprio

paciente, bem como os medos e as preocupações que envolvem a queixa clínica²².

As dimensões melhor avaliadas foram as informações dadas pelo médico, que explicou de forma clara tudo sobre a doença. Este resultado é similar ao achado no estudo de Brandão et al.²³, no qual essas duas dimensões também obtiveram a maior pontuação.

Starfield¹⁰ aponta a relevância da expressão dos usuários na avaliação dos serviços. Argumenta que analisar a satisfação significa entrar no campo da subjetividade dos usuários, das relações interpessoais entre estes e os profissionais que o cuidado envolve para além dos procedimentos técnicos. Neste estudo, os dados qualitativos demonstram que os usuários foram muito bem atendidos nos serviços de saúde. A atenção dada pelos médicos aos usuários durante as consultas parece modular essa avaliação positiva. Tanto no presente estudo como em um outro que foi realizado num bairro dos subúrbios de Fortaleza, observou-se que a avaliação qualitativa da satisfação dos usuários foi considerada, em ambos casos, como boa. No estudo realizado em Fortaleza, a mesma população mostrou uma capacidade de reconhecer quando os serviços de saúde não eram bons. Situação que não foi testada com a população de referência do presente estudo²⁴. Outro estudo realizado em Caucaia-CE, também evidenciou alto nível de satisfação, contudo, os usuários apresentavam baixa expectativa. Com estas evidências, os autores alertam sobre a necessidade de cautela na análise não sendo possível generalizar estes resultados²⁴. Outros estudos realizados no Brasil também destacam a importância do bom relacionamento entre médicos e usuários, que ultrapassa meramente o aspecto técnico, para fortalecer a confidencialidade, a dignidade e a humanização na atenção²⁵.

Quanto à responsividade do serviço, a maioria dos usuários avaliou positivamente o acesso ao serviço de atenção básica à saúde, sobretudo porque tem conseguido rápido atendimento médico, quase sempre no mesmo dia. É possível o atendimento por demanda espontânea, mesmo sem agendamento prévio, o que quebra as barreiras institucionais causadas pela necessidade de marcação prévia e reduz a espera. Possivelmente, além da disponibilidade de médicos, o fato da maioria dos municípios serem de pequeno porte, portanto sem grandes demandas reprimidas, contribui para a redução do tempo de espera. Neste estudo observou-se que o serviço buscou realizar o atendimento rápido dos usuários, quase sempre no mesmo dia. Essa disponibilidade

dos profissionais em atendê-los prontamente quando procuram certamente contribui para o aumento do grau de satisfação e da responsividade do serviço. A dificuldade de acesso aos serviços de APS tem sido confirmada como fator que influencia o grau de responsividade na Europa bem como na África^{26,27}.

O tempo de espera para consulta dentro dos serviços esteve em torno de 30 minutos, portanto dentro do tempo recomendado por estudiosos da qualidade dos serviços de saúde^{10,11}. O tempo de espera foi avaliado em outros estudos no Brasil e os resultados são em geral negativos, observando-se queixas sobre esta dimensão. As queixas referiram a necessidade de receber atendimento mais rápido²⁸, o tempo de espera ser demorado²⁹ e as dificuldades para a marcação das consultas²³.

O tempo médio de duração da consulta foi em torno de 20 minutos, que é considerado razoável para um atendimento na unidade básica. Nesse sentido, é preciso destacar que o momento da consulta é central no processo diagnóstico e terapêutico, sendo necessário o entendimento da subjetividade do indivíduo e da influência nas queixas clínicas dos aspectos psicossociais, culturais, religiosos. O tempo da consulta, no modelo centrado no paciente deve permitir abordar: a agenda do médico relacionada aos sintomas e à doença; a agenda do paciente que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas agendas²².

Embora tenha sido pequeno o número de usuários que referiram a privacidade prejudicada durante as consultas e os procedimentos, aponta-se a necessidade dos serviços de APS aprimorarem este aspecto, que envolve a dimensão ética do atendimento, pois todos os usuários têm direito a confidencialidade¹⁴. Nesse sentido, tanto a infraestrutura física dos serviços deve garantir salas ou consultórios privativos, como o pessoal deve ter treinamento adequado para manter o sigilo das informações¹⁸. Estes resultados e as dificuldades relatadas de acesso aos exames diagnósticos apontam para a necessidade de maior investimento para melhorar a infraestrutura e equipar as unidades básicas, além da necessidade de implantar serviços de saúde de outros níveis de complexidade nos municípios e nas correspondentes regiões. Trata-se de territórios com enormes vazios assistenciais, devido ao baixo investimento financeiro recebido historicamente.

Cerca de um terço dos usuários já tinha recebido uma visita médica domiciliar de profissional do PMM. Os usuários mostraram-se bastante satisfeitos com as visitas domiciliares realizadas

pelos médicos, especialmente pela atenção dedicada aos mais frágeis e dependentes (idosos, deficientes, gestantes, portadores de doença mental). Essa atividade permite aproximação com as necessidades da população e ainda com um olhar ampliado, voltado para identificar os agravos ambientais. Há que se ressaltar que estudos têm mostrado que nos últimos anos, devido à complexidade das situações com as quais os profissionais têm de lidar no território vivo, cada vez mais os médicos têm deixado de realizar visitas, delegando-as aos ACS e, eventualmente, às enfermeiras²¹.

Conclusões

Os usuários avaliaram positivamente os aspectos médicos (satisfação dos usuários) e não médicos (responsividade) do cuidado em 32 municípios inscritos no PMM. Contribuem para esses resultados, o acesso ao médico para populações que raramente ou nunca tinham tido esse profissional no município. Além disso, foi evidente o bom desempenho dos médicos do PMM, especialmente no que tange à maneira de se relacionar com usuários, famílias e comunidade. A disponibilidade e a sensibilidade do profissional do PMM que a tem tratado com respeito e dignidade, motiva a população a reafirmar a importância da continuidade do PMM. Nessa perspectiva, o desempenho técnico e humanizado dos médicos contribuiu para garantir o acesso e o direito à saúde.

A responsividade dos serviços de saúde obteve também avaliação positiva pelos usuários. Contribuem para esses resultados: o fato de os usuários conseguirem rápido atendimento mesmo sem agendamento prévio, ter um tempo de espera e um tempo de duração da consulta considerados razoáveis para atendimento em serviços de APS, ter mantido a privacidade durante as consultas e os procedimentos médicos e respeitado a confidencialidade, em quase todos os casos. Porém, a infraestrutura dos serviços de APS ainda é deficiente, o que aponta para a necessidade de maior investimento para melhor equipá-los, além da necessidade de oferta de serviços de saúde de outros níveis de complexidade nos municípios e nas correspondentes regiões.

As sugestões para melhorar a responsividade do programa, tais como adequação da infraestrutura, maior disponibilidade de medicamentos, mais profissionais inseridos no Programa Mais Médicos, mais especialistas, mais apoio de transporte para acesso às comunidades rurais e remotas devem ser levadas em consideração pelos gestores federais e municipais do SUS de modo a contribuir para a garantia do acesso e do direito constitucional à saúde.

Colaboradores

Declaramos que a autora Y Comes contribuiu para a concepção do projeto de pesquisa e planejamento de trabalho, análise e interpretação dos resultados, elaboração do manuscrito, revisão crítica do conteúdo; JS Trindade contribuiu para a análise e interpretação dos resultados, elaboração do manuscrito e revisão crítica de conteúdo; HE Shimizu na concepção do projeto de pesquisa e planejamento de trabalho, elaboração da discussão e revisão crítica do conteúdo; EM Hamann na concepção do projeto de pesquisa e planejamento de trabalho, elaboração dos resultados de pesquisa e revisão crítica do conteúdo; F Bargioni e L Ramirez contribuíram na introdução, análise e interpretação dos resultados; MN Sanchez na concepção do projeto de pesquisa e planejamento de trabalho e revisão crítica de conteúdo; LMP Santos na concepção do projeto de pesquisa e planejamento de trabalho, elaboração de manuscrito, revisão crítica de conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao CNPq/DECIT pelo financiamento deste estudo, por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/ MS/SCTIE/DECIT.

Referências

1. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). *Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde*. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG; 2010. [acessado 2015 jul 3]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>
2. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ UFMG. Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG; 2012. [acessado 2015 jul 3]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf
3. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*. Copenhagen: WHO; 2006.
4. Frente Nacional de Prefeitos. Petição Cadê o Médico? Frente Nacional de Prefeitos promove petição eletrônica por mais médicos no SUS. [acessado 2015 out 13]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>
5. Antunes R, Braga R. Dias que abalaram o Brasil; as rebeliões de junho, julho de 2013. *R. Pol. Públ.* 2014; N Especial:41-47. [acessado 2015 jun 18]. Disponível: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rpublica/article/viewFile/2694/720>
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pacto Nacional pela Saúde*. Brasília: MS; 2013. [acessado 2015 out 5]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf
7. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):s21-s23.
8. Macinko J, Lima MFC. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012; 17(1):36-42.
9. Macinko J, Harris MB. Brazil's Family Health Strategy: delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015; 372(23):2177-2181.
10. Starfield B. *Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2004.
11. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch. Pathol. Lab Med.* 1990; 114(11):1115-1118.
12. Esperidião M, Trad L. Avaliação de satisfação de usuários. *Cien Saude Colet* 2005; 10(Supl.):303-312.
13. Hollanda E, Siqueira SAVD, Andrade GRBD, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3343-3352.
14. Vaitsman J, Andrade GRBD. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):599-613.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Cap.2 ¿Cuán bueno es el desempeño de los sistemas de salud? 2000. [acessado 2015 jun 4]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
16. Silva A. A framework for measuring responsiveness. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper Series, n. 32). [acessado 2015 jun 8]. Disponível em: <http://www.who.int/responsiveness/papers/paper32.pdf?ua=1>
17. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Atlas do Desenvolvimento Humano dos municípios brasileiros, 2013*. [acessado 2015 out 13]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>
18. Serapioni MG, Silva CD. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4315-4326.
19. Carvalho MD, Santos NRD, Campos GWDS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em debate* 2013; 37(98):372-387.
20. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(35):1-14.
21. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface (Botucatu)* 2013; 17(44):61-63.
22. Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam SDSA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Rev. bras. educ. med.* 2010; 34(4):598-606.
23. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):103-114.
24. Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-.CE. *Rev Bras em Promoção da Saúde* 2004; 17(4):163-169.
25. Santiago RF, Mendes ADCG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WVD. Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):35-44.
26. Mohammed S, Bermejo JL, Souares A, Sauerborn R, Dong H. Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria: users' perspectives. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:502.
27. Sánchez-Piedra CA, Prado-Galbarro FJ. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Qual prim care* 2014; 22(3):147-155.
28. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina, GL, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS Sobre o Serviço Público De Saúde. *Physis* 2010; 20(04):1419-1440.
29. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RDCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):2145-2154.

Artigo apresentado em 07/03/2016

Aprovado em 15/06/2016

Versão final apresentada em 17/06/2016