



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

ISSN: 1806-1230

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Pereira Martins, Ana Caroline; Afrânio Sant'anna, Paulo;
Fagundes Durães Rocha, Jucimere; Vieira, Maria Aparecida

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 30, núm. 4, 2017, Outubro-, pp. 1-14

Universidade de Fortaleza

Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40854840018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

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

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



PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

More doctors program: an integrative review

Programa más médicos: una revisión integrativa

Ana Caroline Pereira Martins

Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES - Montes Claros (MG) - Brasil

Paulo Afrânio Sant'anna

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM - Diamantina (MG) - Brasil

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Faculdade de Saúde Ibituruna - FASI - Montes Claros (MG) - Brasil

Maria Aparecida Vieira

Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES - Montes Claros (MG) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Descrever o conhecimento produzido na literatura acerca da criação do Programa Mais Médicos e sua repercussão no Brasil. **Métodos:** Revisão integrativa, realizada no período de 2013 a 2016, nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Coleção SUS, utilizando-se os descritores: programa, médicos, atenção primária, atenção básica, saúde. **Resultados:** Foram selecionadas 21 publicações que atenderam aos critérios de inclusão, mas encontravam-se em periódicos com estratos intermediários e apresentaram baixo nível de evidência. Os principais resultados se referem à criação do Programa Mais Médicos (PMM) e sua repercussão na classe médica, na população e na mídia. O PMM foi criado tendo como objetivo ampliar o acesso e atenuar as desigualdades em saúde através da distribuição de médicos em municípios considerados prioritários, ocasionou grande repercussão no Brasil, com posicionamentos diversos entre os órgãos governamentais, usuários, mídia e, em especial, entre a classe médica brasileira. **Conclusão:** Diminuir as desigualdades de alocação de médicos, no entanto, é uma ação difícil e que exige ações em longo prazo. Soma-se a necessidade de implantar estratégias como melhoria de infraestrutura, melhor distribuição de insumos e equipamentos, apoio logístico e rede de atenção à saúde resolutive, eficiente e eficaz em todos os níveis de atenção.

Descritores: Programas Nacionais de Saúde; Médicos; Atenção Primária à Saúde; Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge produced in the literature about the creation of the More Doctors Program and its repercussion in Brazil. **Methods:** Integrative review carried out from 2013 to 2016 in the databases *Scientific Electronic Library Online*, *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature*, *Virtual Health Library* and *Coleção SUS* using the following descriptors: program, doctors, primary health care, health. **Results:** The study included twenty-one publications that met the inclusion criteria but that were found in intermediate journals and presented low levels of evidence. The main results refer to the creation of the More Doctors Program (MDP) and its repercussion for doctors, the population and in the media. The MDP was created with the aim of expanding the access and minimizing health inequalities through the distribution of doctors in municipalities considered priority. The program generated great repercussion in Brazil, with different opinions among governmental institutions, users, media and, mainly, Brazilian doctors. **Conclusions:** Reducing inequalities in the distribution of doctors is hard task that requires long-term actions. In addition, there is the need to implement strategies to improve infrastructure, the distribution of inputs and equipment, the logistic support and to make a health care network capable of solving users' conditions in an efficient and effective way at all levels of care.

Descriptors: National Health Programs; Physicians; Primary Health Care; Health.



Este artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 13/05/2017

Revisado em: 21/09/2017

Aceito em: 04/10/2017

RESUMEN

Objetivo: Describir el conocimiento producido en la literatura sobre la creación del Programa Más Médicos y su repercusión en Brasil. **Métodos:** Revisión integrativa realizada en el período entre 2013 y 2016 en las bases de datos: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y en la Colección SUS, utilizándose los descriptores: programa, médicos, atención primaria, atención básica, salud. **Resultados:** Fueron elegidas 21 publicaciones que se incluyeron en los criterios de inclusión pero que eran de periódicos con estratos intermedios y bajo nivel de evidencia. Los principales resultados fueron sobre la creación del Programa Más Médicos (PMM) y su repercusión para la clase de médicos, la población y los medios de comunicación. El PMM ha sido creado para ampliar el acceso y mejorar las desigualdades en salud a través de la distribución de médicos en los municipios considerados prioritarios lo que llevó a una gran repercusión en Brasil con distintos posicionamientos entre los órganos del gobierno, los usuarios, los medios de comunicación y, en especial, entre la clase médica brasileña. **Conclusión:** Disminuir las desigualdades de ubicación de médicos, sin embargo, es una acción difícil que exige acciones a largo plazo. Se suma a eso la necesidad de implementar estrategias como la mejoría de infraestructura, mejor distribución de insumos y equipos, el apoyo logístico y una red de atención a la salud resolutoria, eficiente y eficaz en todos los niveles de atención.

Descriptores: Programas Nacionales de Salud; Médicos; Atención Primaria de Salud; Salud.

INTRODUÇÃO

O provimento de serviços de saúde em regiões remotas e periféricas constitui um sério problema enfrentado por quase todos os países. A inadequada distribuição geográfica de profissionais de saúde, especialmente de médicos, vem sendo apontada como grave e persistente ao longo do tempo, resistindo às mais variadas estratégias adotadas pelas entidades governamentais para seu enfrentamento⁽¹⁾. No Brasil, tal desigualdade pode estar relacionada a diversos fatores: ausência de atratividade de regiões com piores indicadores sociais; condições inadequadas de trabalho; cargas horárias excessivas e má remuneração, o que dificulta a fixação desses profissionais em áreas remotas e vulneráveis⁽²⁾.

O Brasil possui 1,8 médicos por mil habitantes, índice menor que o da Argentina (3,2); do Uruguai (3,7); do Reino Unido (2,7); de Portugal (3,9) e da Espanha (4). Outro problema enfrentado, além da falta desses profissionais, é a distribuição desigual de médicos em algumas regiões brasileiras. Há 22 estados brasileiros nos quais o número de médicos encontra-se abaixo da média nacional, e cinco deles têm menos de um médico por mil habitantes, caso do Maranhão (0,58); Amapá (0,76); Pará (0,77); Piauí (0,92) e Acre (0,98)⁽³⁾.

Como estratégia de retenção e fixação de médicos em regiões remotas, o governo brasileiro vem tentando resolver a questão com intervenções na extensão universitária e na oferta de incentivos e benefícios para os profissionais que queiram atuar nas áreas mais carentes do país. As primeiras iniciativas governamentais para o enfrentamento da carência de médicos no Brasil tiveram como foco a distribuição e interiorização desses profissionais e foram implantadas antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁴⁾.

Diante da permanência dos desafios apresentados para a fixação de médicos em áreas desfavoráveis, o governo brasileiro lançou, em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), como forma de amenizar a carência de médicos em regiões brasileiras. O Programa tem como objetivo levar médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, além de prever investimentos na expansão da formação de médicos, além de para a construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde⁽⁵⁾.

Entretanto, com o lançamento do Programa, criou-se uma grande polêmica entre a classe médica, a população e a mídia no Brasil. Em diversas declarações e opiniões publicadas a partir de então, a classe médica brasileira, representada por suas entidades, posicionou-se contra o programa, alegando que ele agride preceitos constitucionais, trabalhistas, tributários, humanitários e ideológicos. Sendo assim, torna-se relevante e necessário aprofundar o conhecimento a respeito do assunto. Apesar da sua importância, pouco se sabe sobre as atividades que têm sido desempenhadas no PMM, sendo essas essenciais para a resolutividade dos problemas de saúde da população. Considerando que o PMM é uma política pública constituída para enfrentar a problemática da carência de médicos em regiões prioritárias, a fim de reduzir as desigualdades na saúde pública, os esforços para compreendê-lo e avaliá-lo se revestem de notável importância⁽⁶⁾.

Nessa perspectiva, este estudo objetivou descrever o conhecimento produzido na literatura acerca da criação do Programa Mais Médicos e sua repercussão no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, a qual tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento nessa temática⁽⁷⁾.

Nesse sentido, foram estabelecidas as seguintes questões norteadoras: Como e por que ocorreu a implantação do Programa Mais Médicos no Brasil? Quais as repercussões que essa implantação causou no país? Os descritores utilizados na busca e constantes na plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram: programa; médicos; atenção primária; atenção básica; saúde. A seguir, procedeu-se à busca nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Coleção SUS.

Como critérios de inclusão, observaram-se: artigos completos disponíveis eletronicamente no idioma português, publicados no período de 2013 a 2016 e que apresentassem a temática proposta no título, no resumo ou no descritor. Constituíram critérios de exclusão: artigos em outros idiomas, pois o objetivo era priorizar a literatura brasileira sobre o tema; cartas ao editor; editoriais; revisões de literatura, integrativas e sistemáticas; teses; dissertações e artigos em duplicidade.

Na terceira etapa, selecionaram-se as informações a serem extraídas das publicações: título e autoria; ano de publicação; título do periódico/ base de dados; local da publicação/ tipo de estudo; método/ nível de evidência; objetivo; principais resultados e recomendações, segundo as bases de indexação. Para tanto, utilizou-se um instrumento para coletar essas variáveis de interesse. A seleção dos textos ocorreu a partir da leitura dos resumos e da leitura integral dos artigos, quando as informações contidas no resumo não eram suficientes.

Os artigos foram classificados quanto ao Qualis na área interdisciplinar, classificação instituída pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para avaliar os periódicos científicos nas diferentes áreas de pesquisa no Brasil, com adoção de vários estratos de classificação⁽⁸⁾. Estratos A1, A2, B1 são considerados estratos superiores, B2 a B5 são intermediários e C é um estrato inferior⁽⁹⁾.

Adicionalmente, classificaram-se os artigos, de acordo com seu fator de impacto (FI), publicados pelo *Journal Citations Reports* (JCR), no ano de 2015, e pela SciELO⁽¹⁰⁾, sendo que quanto maior o FI, mais destacada é sua classificação. Para as revistas brasileiras terem um FI mais elevado, devem ter pelo menos um FI de 2 de modo sustentável⁽¹¹⁾.

As publicações foram ainda classificadas segundo o nível de evidência. Para tal, utilizou-se o sistema de hierarquia em sete níveis: 1) quando as evidências eram provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2) caso as evidências derivassem de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado, bem delineado; 3) quando as evidências eram obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4) evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineado; 5) evidências provenientes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e 7) evidências originárias de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas⁽¹²⁾.

Na quarta, quinta e sexta etapas, as publicações foram analisadas, interpretadas e sintetizadas para realizar a apresentação desta revisão. A apresentação e discussão dos resultados obtidos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo deste estudo.

RESULTADOS

Obtiveram-se 36 publicações na plataforma SciELO; na LILACS, 78; e 73 no Coleção SUS, totalizando 187 publicações a partir dos descritores: programa; médicos; atenção primária; atenção básica; saúde. Realizou-se leitura seletiva dessas publicações a partir de título e do resumo para verificar sua pertinência com a temática. Quando as informações contidas no resumo não eram suficientes, realizou-se leitura integral. Dessa leitura, selecionaram-se 57 publicações. Após análises, permaneceram 21 publicações compondo a amostra desta revisão, as quais atenderam integralmente aos critérios de inclusão (Figura 1).

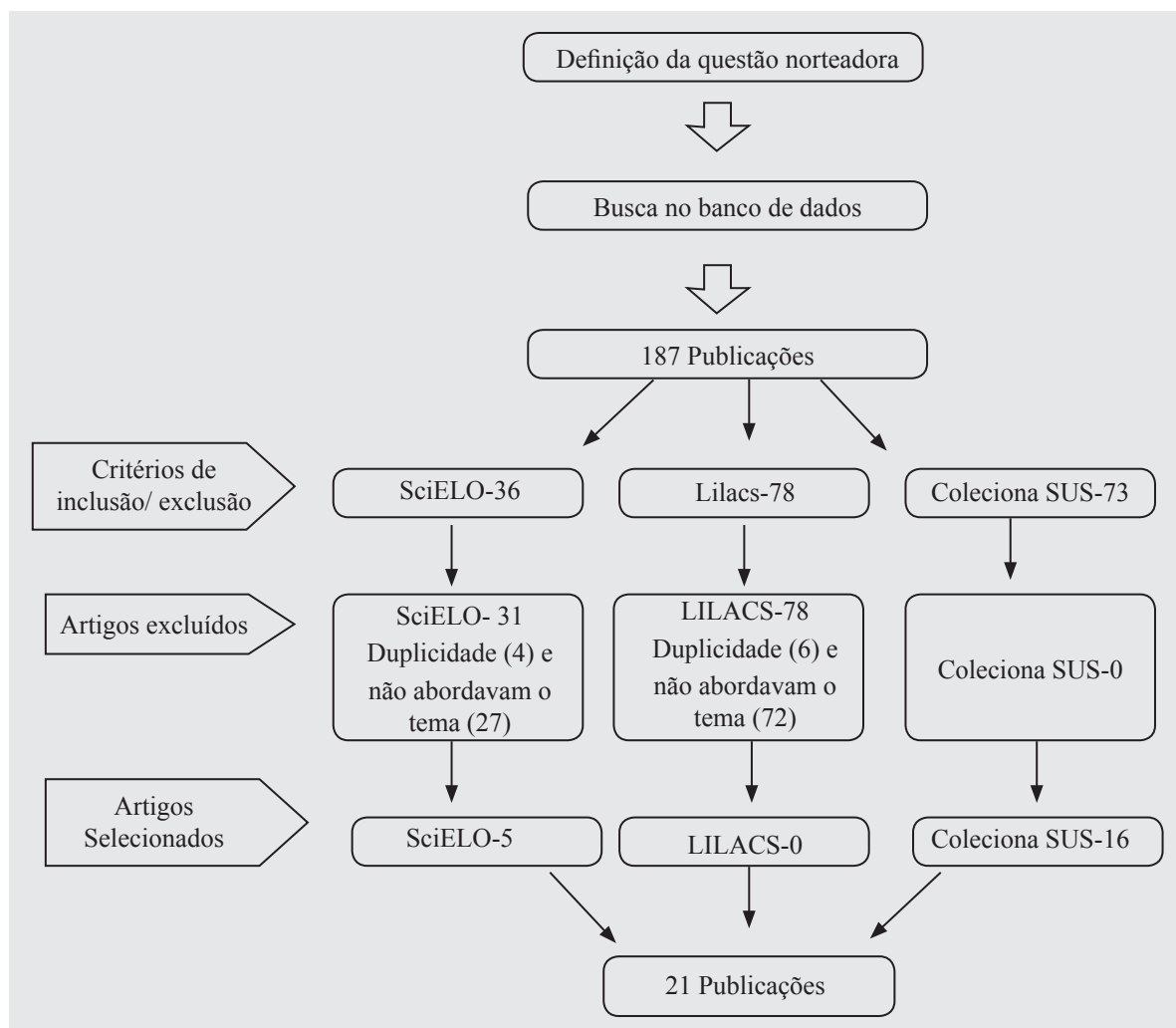


Figura 1 - Fluxograma representativo das publicações incluídas na revisão integrativa.

O Quadro I apresenta as características das publicações, segundo: título do periódico; ano de publicação; bases de dados; local da publicação; delineamento metodológico e a classificação do nível de evidência dos artigos selecionados.

Os estudos foram publicados, em sua maioria, em 2015 (10; 47,6 %) e 2016 (6; 28,5%). Os periódicos Tempus, Actas de saúde coletiva e a Revista Eletrônica Gestão e Sociedade publicaram 5 artigos cada um deles (23,8%); seguidos da Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, que publicou 3 (14,2%). A maioria dos artigos (47,6%) foi publicada em periódicos com classificação Qualis B5 (10 publicações) e 19% em revistas com Qualis B1 (4 publicações).

Quadro I - Características dos estudos, segundo título/autor do periódico, ano de publicação, título do periódico, local da publicação, delineamento metodológico adotado e nível de evidência.

Autor	Ano de Publicação	Título do periódico	Local da publicação/ Tipo de estudo	Nível de Evidência
Scheffer ⁽²⁾	2015	Interface- Comunicação, Saúde, Educação	Rio de Janeiro - RJ/ Artigo de opinião	7
Santos et al ⁽¹³⁾	2016	Revista Gestão e Sociedade	Belo Horizonte - MG/ Exploratório-descritivo, quali-quantitativo	6
Vargas et al. ⁽¹⁴⁾	2016	Revista Gestão e Sociedade	Belo Horizonte - MG Descritivo-analítico	6
Silva Junior ⁽¹⁵⁾	2016	Revista Gestão e Sociedade	Belo Horizonte - MG Descritivo	6
Alencar et al ⁽¹⁶⁾	2016	Revista Gestão e Sociedade	Belo Horizonte - MG Descritivo-exploratório quantitativo	6
Melo et al ⁽¹⁷⁾	2016	Revista Gestão e Sociedade	Belo Horizonte - MG Exploratório qualitativo	6
Macedo et al ⁽¹⁸⁾	2016	Cadernos EBAPE.BR	Rio de Janeiro - RJ Teórico- empírico qualitativo	6
Bertão ⁽¹⁹⁾	2015	Tempus, actas de saúde coletiva	Brasília - DF Relato de experiência	6
Rodrigues et al ⁽²⁰⁾	2015	Tempus, actas de saúde coletiva	Brasília - DF Descritivo - documental	6
Rodrigues ⁽²¹⁾	2015	Tempus, actas de saúde coletiva	Brasília - DF Documental histórico	6
Sousa, Paulete ⁽²²⁾	2015	Tempus, actas de saúde coletiva	Brasília - DF Ecológico espacial	6
Lima et al ⁽²³⁾	2015	Tempus, actas de saúde coletiva	Brasília - DF Social, qualitativo, exploratório, descritivo e compreensivo	6
Silva et al ⁽²⁴⁾	2015	Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade	Campina Grande - PB Qualitativo	6
Molina et al ⁽²⁵⁾	2014	Revista Divulgação em Saúde para Debate	Rio de Janeiro - RJ Descritivo	6
Landim ⁽²⁶⁾	2013	Revista Mídia e Cotidiano	Rio de Janeiro - RJ Estudo de Caso	6
Scremin, Javorski ⁽²⁷⁾	2013	Revista Cadernos da Escola de Comunicação	Curitiba - PR Reflexão teórica	6
Di Jorge ⁽²⁸⁾	2013	Revista Jurídica Cesumar-Mestrado	Maringá - PR Reflexão teórica	6
Silva et al ⁽²⁹⁾	2015	Interface- Comunicação, Saúde, Educação	Botucatu - SP Observação participante	6
Santos et al ⁽³⁰⁾	2015	Interface- Comunicação, Saúde, Educação	Botucatu - SP Artigo de opinião	7
Ribeiro ⁽³¹⁾	2015	Ciência e Saúde Coletiva	Rio de Janeiro - RJ Artigo de opinião	7
Morais et al ⁽³²⁾	2014	Revista da Escola de Enfermagem da USP	São Paulo - SP Descritivo, quali-quantitativo	6

Quanto ao FI selecionados na base estatística JCR, estão assim classificadas: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 1(4,7), tem FI 0,669; Revista Escola de Enfermagem da USP, 1 (4,7%), com FI 0,415. Não foi identificado o FI de 19 dos 21 periódicos selecionados (90,4%). Na biblioteca eletrônica SciELO, encontraram-se 4 dos 21 periódicos selecionados: Ciência e Saúde Coletiva (0,5564); Revista da Escola de Enfermagem da USP (0,2753); Cadernos EBAPE.BR (0,1795) e Interface - Comunicação, Saúde, Educação (0,1748).

Em relação ao desenho metodológico, 4 (19%) artigos podem ser identificados como qualitativos e 2 (9,5%) como quantitativos. Quanto ao nível de evidência dos estudos analisados, verificou-se que 18 (85,7%) são de nível 6 e 3 artigos (14,2%) são de nível 7. Observou-se um número maior de estudos descritivos, qualitativos e artigos de opinião.

Os locais de publicação encontram-se, respectivamente, no Rio de Janeiro (7; 33,3%); São Paulo, Brasília, e Belo Horizonte, com 5 (23,8%) em cada local, e os demais se encontram em outras cidades do Brasil. O Sudeste é a região brasileira com maior número de publicações, com 17 (80,9%); seguida pela região Centro Oeste, com 5 (23,8%).

O Quadro II apresenta a descrição das publicações entre 2013-2016 relacionadas ao Programa Mais Médicos (PMM), segundo publicação, objetivo, principais resultados e recomendações.

Os principais objetivos das 21 publicações encontradas eram descrever o conhecimento produzido na literatura acerca da criação do PMM e a repercussão que causou no Brasil.

As principais conclusões evidenciaram que o PMM trouxe benefícios para a população ao aumentar a quantidade de médicos por mil habitantes. Observa-se que a classe médica se manifestou criticamente contra a implantação do programa, pois foi visto pela classe como medida paliativa para aumento de contingente de médicos em curto e longo prazo, sem, no entanto, garantir estratégias para problemas estruturais e de formação de competência técnica para o sistema de saúde público, tendo em vista a vinda de profissionais estrangeiros sem a revalidação do diploma. Na mídia, a divulgação do programa nem sempre ocorreu de forma clara e precisa.

Quadro II - Descrição das publicações entre 2013-2016 relacionadas ao Programa Mais Médicos (PMM).

Autor	Objetivo	Principais Resultados	Recomendações
Scheffer ⁽²⁾	Debater o estudo que buscou apresentar os desafios compartilhados por países australianos e norte-americano, em contraste com o Brasil, ao enfrentar a má distribuição de médicos e discutir a magnitude da criação do PMM.	Deve-se repensar a abrangência e a magnitude da atual política brasileira de alocação de médicos em regiões vulneráveis e se, de fato, o programa poderá causar impacto sobre as condições de saúde da população assistida.	Não apresentou recomendações.
Santos et al ⁽¹³⁾	Avaliar a qualidade da assistência à saúde oferecida pela ESF na área rural do município de Porto Velho, Rondônia, segundo a perspectiva da satisfação dos usuários.	Evidenciou-se elevado índice de satisfação dos usuários em relação à assistência oferecida pela ESF e sobre o profissional médico do PMM.	Análise mais aprofundada, inclusive da visão do profissional médico das unidades pesquisadas.
Vargas et al ⁽¹⁴⁾	Analisar os impactos da implementação do PMM, no município de Campos dos Goytacazes, no Estado do Rio de Janeiro.	A chegada de médicos estrangeiros promoveu uma reestruturação positiva dos serviços de saúde. O intercâmbio cultural entre os profissionais brasileiros e cubanos, no cotidiano de trabalho, propiciou novas práticas profissionais, valorizando as tecnologias relacionais.	Pesquisas futuras para a construção de novos conhecimentos em torno do programa e das políticas de saúde brasileiras.
Silva Junior ⁽¹⁵⁾	Descrever as alterações encontradas no Estado do Rio de Janeiro, em relação ao eixo da formação de profissionais médicos, ao longo dos dois anos de implantação do PMM (2013-2015).	Observou-se a tendência crescente de privatização da graduação médica. O processo de interiorização das vagas é evidente e a expansão dos programas de residência médica no interior, em especial de Medicina de Família e Comunidade.	Pesquisas avaliativas, para analisar os aspectos político-pedagógicos dos novos cursos médicos criados, e identificar se há consonância dessa expansão com as Diretrizes Curriculares Nacionais e, por conseguinte, com as necessidades do SUS.

Alencar et al ⁽¹⁶⁾	Identificar o impacto do PMM nos indicadores da atenção básica no Município de Altaneira, CE, Brasil.	Constatou-se um aumento no número de consultas; queda na solicitação de exames complementares; aumento de visitas domiciliares; e melhoria dos indicadores da saúde no município.	Não apresentou recomendações.
Melo et al ⁽¹⁷⁾	Conhecer as percepções dos usuários da ESF sobre o PMM.	Observa-se que, mesmo com a divulgação feita pela mídia sobre o PMM, alguns usuários desconhecem ou possuem informações incompletas sobre o programa.	Realização da pesquisa em outros Estados e regiões do país, na qual seja avaliada a percepção do usuário quanto ao PMM.
Macedo et al ⁽¹⁸⁾	Mapear os atores envolvidos na formulação e implementação do PMM e compreender as dinâmicas e contribuições desses atores.	Identificaram-se como atores centrais o Governo Federal, os movimentos sociais, a mídia de massa, as redes sociais e os conselhos de medicina.	Pesquisas futuras para avaliação do PMM e de seus impactos na estrutura da saúde do Brasil.
Bertão ⁽¹⁹⁾	Descrever a observação feita pelo supervisor do PMM, em relação às mudanças ocorridas na saúde do município de São João do Polêsine, com a chegada do médico intercambista e sua opção por Saúde do Idoso.	A equipe foi capacitada para enfrentar os principais problemas do envelhecimento, políticas públicas foram instituídas e houve qualificação da saúde do idoso, a partir da adesão desses às consultas programadas.	A continuidade do trabalho iniciado pela equipe, o que permitirá a avaliação do impacto desse novo olhar da ESF, à saúde dos idosos.
Rodrigues et al ⁽²⁰⁾	Identificar as fragilidades da realização de educação em saúde pelos profissionais que atuam no PMM.	Notou-se o incentivo à realização de educação em saúde na ESF que, anteriormente, à implantação do PMM, não existia.	As atividades precisam ser direcionadas para os problemas da comunidade, contemplando ações de prevenção e promoção à saúde e fortalecimento da saúde pública.
Rodrigues ⁽²¹⁾	Discutir a polêmica que a criação do PMM gerou.	A classe médica e outros segmentos sociais criticaram a atitude do governo em convocar médicos de outras nacionalidades e brasileiros formados fora do Brasil sem que houvesse a necessidade de fazer o exame do Revalida.	Não apresentou recomendações.
Sousa, Paulete ⁽²²⁾	Descrever a situação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, um dos eixos do PMM, na Atenção Primária à Saúde do Estado de Pernambuco.	O PMM para o Brasil vem provendo um número significativo de médicos na Atenção Primária (AP) dos municípios do Estado, atendendo às áreas de maior necessidade, como preconiza o projeto.	Realização de outros estudos capazes de analisar de forma mais aprofundada o aumento na cobertura da ESF em Pernambuco e sua contribuição para a garantia da qualidade de saúde da população.
Lima et al ⁽²³⁾	Apresentar os aspectos históricos da criação do PMM e um breve relato dos resultados iniciais de uma pesquisa estadual em andamento.	O PMM representa uma franca possibilidade de garantia de realização do direito à saúde em rincões sombrios, marginalizados pela ausência de médicos, além de proporcionar uma transformação efetiva na formação em medicina para a atenção básica.	Não apresentou recomendações.

Silva et al ⁽²⁴⁾	Analisar a implantação do PMM no município de Boqueirão, Paraíba.	O programa assegurou atendimento contínuo às populações de baixa renda no município investigado, além de proporcionar manutenção dos profissionais médicos na Atenção Básica à Saúde.	Não apresentou recomendações.
Molina et al ⁽²⁵⁾	Descrever a experiência inicial do PMM e discutir sua relevância para a estruturação e o desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil.	O PMM incrementou o número de médicos atuantes no SUS, especificamente na ABS nos municípios mais vulneráveis, além de garantia do direito à saúde da população e melhora da AP e das redes integradas de serviços de saúde.	Não apresentou recomendações.
Landim ⁽²⁶⁾	Analisar a participação política no <i>Facebook</i> utilizando a página do Ministério da Saúde, cujo enfoque era o debate do PMM.	As redes sociais nem sempre contam com a seriedade e criticidade necessárias que a discussão política requer, embora o Ministério da Saúde (MS) possua uma página pública para debater essa questão. Porém, dificilmente, o MS abre espaço para o acolhimento de novas propostas e opiniões manifestadas pelo usuário, restringindo-se apenas na defesa da qualidade dos programas políticos em vigência.	O cidadão deve resgatar a atuação e envolvimento político, apropriando-se do espaço de participante com passo livre para argumentar e discutir.
Scremin, Javorski ⁽²⁷⁾	Analisar as notícias televisivas relacionadas à vinda de profissionais estrangeiros para o PMM, criado pelo governo federal em julho de 2013.	As matérias divulgadas sobre o PMM possuíam preocupação com a saúde, mas percebeu-se um forte viés político.	Não apresentou recomendações.
Di Jorge ⁽²⁸⁾	Analisar, a partir do estudo jurídico, a política pública do PMM.	Observou-se que o PMM rechaça o desenvolvimento nacional sustentável, cuja medida desacompanha a falta de infraestrutura e investimentos por parte do governo para a consecução da saúde pública no Brasil.	Não apresentou recomendações.
Silva et al ⁽²⁹⁾	Identificar diferenças culturais na formação acadêmica de profissionais estrangeiros advindos do PMM, e de que forma elas poderiam impactar na relação com os pacientes indígenas.	Detectou-se que a questão da linguagem entre os estrangeiros e o povo nativo foi inicialmente uma barreira. Porém, essa dificuldade fora sanada dando espaço para que os médicos cubanos desenvolvessem suas atividades, como a prática terapêutica com plantas.	Formação acadêmica com domínio maior sobre o efeito terapêutico de plantas medicinais e que priorize a atenção básica em detrimento de especialidade.
Santos et al ⁽³⁰⁾	Elucidar que o PMM não é um equívoco conceitual e sim uma forma efetiva de reduzir a iniquidade no país.	Constatou-se que o PMM incide sobre a escassez de médicos a curto e médio prazos, contribuindo para melhor distribuição e maior oferta de serviço de saúde nas áreas remotas.	Não apresentou recomendações.
Ribeiro ⁽³¹⁾	Discutir os equívocos que vêm nortando e confundindo os atores envolvidos nessa celeuma que envolve o PMM.	O PMM é um equívoco conceitual, no qual o governo busca, nas suas políticas públicas, uma perspectiva médica com foco na doença direcionando a cura por intermédio de medicamentos e cirurgias, sem se preocupar com a raiz do problema, que muitas vezes estão relacionados a hábitos de vida saudáveis.	Não apresentou recomendações.

Morais et al ⁽³²⁾	Analisar as publicações relacionadas ao PMM de julho a setembro de 2013 e sua repercussão no Correio Braziliense e Folha de São Paulo.	Observou-se que nem sempre as notícias referentes ao PMM eram veiculadas de forma clara. A maioria possuía caráter negativo e apenas uma pequena parte expressava aspectos positivos em relação à implantação do programa, deixando em segundo plano a análise de como esse afetaria a vida da população.	Não apresentou recomendações.
------------------------------	--	---	-------------------------------

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a maioria das publicações, segundo Qualis, encontra-se em periódicos B5 (10; 47,6%), denotando um estrato de avaliação intermediário⁽⁹⁾. Os critérios quantitativos de avaliação realizados pela CAPES vêm despertando preocupação da comunidade científica. A ausência da apreciação qualitativa dos periódicos e do conteúdo dos artigos, assim como a valorização ou não de uma publicação, foram retratados como um modelo de avaliação esgotado e que necessita de mudanças⁽³³⁾.

Entre os 21 artigos selecionados, apenas 2 periódicos apresentaram FI divulgado na base estatística JCR. Esse fato pode ser explicado, uma vez que a maioria dos pesquisadores brasileiros publica em revistas brasileiras. O número de citações recebidas por essas revistas não confere, em sua maioria, métricas para estarem no *ranking* das melhores revistas e melhores classificações estabelecidas pelo JCR, justificando assim o resultado encontrado⁽³⁴⁾. Na classificação do fator de impacto disponibilizado pela SciELO, os 4 periódicos identificados apresentaram FI menor que 1, o que indica também patamar baixo⁽¹¹⁾.

Para a *San Francisco Declaration on Research Assessment* (DORA), o uso isolado do FI na avaliação é altamente destrutivo, pois pode impedir periódicos de publicar artigos de áreas ou assuntos menos citados, além de sobrecarregar periódicos de alto impacto com submissões muitas vezes inadequadas. Pesquisas deveriam ser avaliadas pelos seus próprios méritos, e não pelo periódico em que foi publicada⁽³⁵⁾.

Quanto ao mapeamento das produções científicas, a região Sudeste apresentou o maior número de publicações, com maior concentração nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, possivelmente devido à grande quantidade de centros de pesquisa e de pós-graduação presentes nessas regiões⁽³⁶⁾. Essa região é favorecida pelo fato de ter maior disponibilidade de recursos humanos e financeiros devido a políticas implementadas por importantes agências de fomento brasileiras⁽³⁷⁾.

Na presente revisão, verificou-se que a maioria dos estudos apresentou nível de evidência fraco, pois apresentavam, em sua maioria, metodologia descritiva, qualitativa e artigos de opinião. Esse fato pode ser explicado devido à carência de pesquisas nacionais, principalmente internacionais, relacionadas a essa nova temática⁽³⁸⁾. No entanto, a ausência de evidências fortes não impossibilita a tomada de decisões baseada em evidências⁽³⁹⁾.

Os resultados do atual estudo apontam que, historicamente, os médicos brasileiros se concentram, em sua maioria, nos grandes centros urbanos e em regiões mais desenvolvidas do país, o que acarreta, nas demais regiões, em uma baixa capacidade em prover e fixar esses profissionais, comprometendo a ampliação do acesso com qualidade aos serviços básicos de saúde^(18,24,40).

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, há profunda desigualdade na distribuição de médicos no país, visto que os estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste contam com a metade dos médicos, que estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Os habitantes que vivem em qualquer capital têm, em média, duas vezes mais médicos que os que moram em outras regiões do mesmo estado⁽⁴¹⁾.

Vários fatores são determinantes e sistematicamente influenciam a recorrência do problema da disparidade e da falta de médicos em algumas regiões brasileiras, a saber: ausência de atratividade de regiões com piores indicadores sociais; condições inadequadas de trabalho; precarização do vínculo trabalhista; contratos temporários de trabalho; insuficiência de vagas na graduação em medicina nas universidades públicas e o alto custo desses cursos, oferecidos pelas Instituições de Ensino Superior Privadas, impedem a formação de número de profissionais necessários para atender à demanda. Acrescenta-se que é comum médicos que se dedicaram, no mínimo, seis anos para sua formação inicial e fizeram alto investimento em pós-graduação, não abrirem mão do conforto dos grandes centros urbanos para irem trabalhar em uma comunidade no interior do país^(2,26,32).

Segundo dois estudos^(4,42), houve várias iniciativas governamentais para o enfrentamento da carência de médicos no Brasil, que foram implantadas antes da implantação do SUS, como o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), e após, como o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS); o Programa Saúde da Família (PSF); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

Outros movimentos emergiram no cenário nacional em decorrência dos problemas enfrentados pela população em função da falta de médicos na rede pública de saúde, a exemplo da Frente Nacional de Prefeitos, que, em março de 2013, lançou a campanha “Cadê o Médico” com o propósito de reivindicar a presença desses profissionais nos locais não atendidos⁽³²⁾. Em junho de 2013, ocorreram no Brasil diversas manifestações que representavam o descontentamento da população frente à vida

social e política do país, e foi nesse contexto político intenso e como resposta às tentativas fracassadas e a essas manifestações que o PMM foi instituído pelo governo federal no dia 8 de julho de 2013, objetivando diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais em saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica; aprimorar a formação médica e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país e na organização e no funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS⁽⁵⁾.

Esse fato levou o PMM a uma associação forte com uma conotação político-partidária-eleitoral, sendo construído um discurso de que o PMM foi criado com fim eleitoral e baseado numa campanha da mídia para sustentá-lo⁽¹⁸⁾.

O programa envolve três frentes estratégicas para atingir tais objetivos: 1) Infraestrutura: ampliar e qualificar as instalações das Unidades Básicas de Saúde, tornando-as adequadas aos parâmetros previstos na Política Nacional de Atenção Básica, bem como os demais estabelecimentos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que servem de ambiente para o processo de ensino-serviço durante a prática acadêmica. Sendo que foram investidos mais de R\$ 5 bilhões para o financiamento de 26 mil obras em quase 5 mil municípios, das quais aproximadamente 10,5 mil estão prontas e outras 10 mil encontram-se em fase de execução. Esses investimentos, no entanto, ainda são insuficientes, persistindo a falta de infraestrutura adequada, falta de equipamentos e insumos; 2) Formação profissional: ampliar o quantitativo de cursos e vagas na graduação e na residência médica, com ênfase para as regiões com menor relação de vagas e médicos por habitante, além de promover mudanças e reorientação na formação médica. A meta do Governo Federal era criar 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência até 2017. Destas, foram autorizadas mais de 5 mil vagas de graduação e quase 5 mil de residência. Deve-se destacar, contudo, que há uma crítica por parte da categoria médica sobre a qualidade de ensino diante da ampliação da formação profissional sem o incremento de recursos para universidades federais; 3) Provisão emergencial através do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM), para prover – ou provisionar – médicos para as áreas e municípios prioritários através de chamamento imediato, tanto para médicos brasileiros quanto estrangeiros. Na atuação do eixo de provimento emergência de médicos, o PMMB conta com um total 18.240 médicos participantes em 4.058 municípios de todo o país, cobrindo 73% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), atingindo 63 milhões de pessoas que não tinham atendimento médico de APS. No total, agora são 134 milhões de brasileiros atendidos pela ESF⁽³⁰⁾. Dos municípios que aderiram ao PMM: 2.377 atendiam aos critérios de prioridade e/ou vulnerabilidade e receberam 77,7% dos médicos do PMM; já 1.408 municípios, que receberam 22,3% dos médicos, não correspondiam às prioridades estabelecidas⁽⁴³⁾.

Para se inscrever no PMM, o município deve preencher a condição de pertencer a um dos perfis definidos pelo Ministério da Saúde: estar localizado em áreas de difícil acesso e provimento de médicos e população em situação vulnerável. Além disso, deve se enquadrar pelo menos em um desses outros requisitos: municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza; estar entre os 100 municípios com 80.000 habitantes com menor número de renda per capita do país e alta vulnerabilidade social; áreas situadas em Distritos Sanitários Indígenas e áreas referentes aos 40% dos setores censitários de municípios com população em extrema pobreza⁽⁵⁾.

A partir do início do PMM, pesquisas foram elaboradas a fim de descrever e analisar essa nova proposta, evidenciando que a criação do PMM proporcionou aumento no número de médicos e de consultas prestadas aos usuários. Tal resultado indica um passo importante na garantia da diminuição das distorções na distribuição de médicos no território e a oportunidade de expansão da atenção à saúde a populações antes descobertas^(14,16).

Em Campos do Goytacazes, no estado do Rio de Janeiro, o cenário não foi diferente. A adesão do município ao PMM ampliou os atendimentos que já eram oferecidos não apenas na ESF, mas também nos domicílios e em espaços coletivos, como escolas, igrejas e associações de bairro, ampliando, assim, a cobertura da ESF⁽¹⁴⁾.

Os usuários se apresentaram satisfeitos com a criação do programa, pois tem ajudado a suprir a falta de médicos, ocasionando a melhoria do serviço e do acesso à saúde^(13,17,29). Relataram satisfação quanto ao tempo de espera para agendamento das consultas e em seu atendimento; que a privacidade foi respeitada; que os médicos ouviram com atenção suas queixas, deram as informações necessárias e explicaram de forma clara o tratamento, e que compreenderam as orientações dadas.

Os pontos que qualificam o atendimento dos médicos estrangeiros foram superiores aos dos médicos brasileiros, além de terem tido várias queixas quanto à forma com que esses últimos tratam seus pacientes. Em relação às divergências na formação dos médicos brasileiros e estrangeiros, os usuários citaram pontos favoráveis aos médicos estrangeiros/cubanos, como: têm mais conhecimento; demonstram mais experiência; a medicina de fora é melhor, a de Cuba é uma das melhores do mundo; atendem e examinam melhor, além do esclarecimento na consulta ser maior; são ótimos médicos; são melhores que os médicos brasileiros.

As diferenças mencionadas no atendimento principalmente em relação aos médicos cubanos podem ser explicadas pelo fato de que, em Cuba, o médico da família buscar compreender a situação de saúde de seu paciente e de sua família, de acordo com

sua realidade de vida, suas condições de moradia e sua realidade social, tentando avaliar o que pode ter influenciado o estado de doença, e prestam o primeiro atendimento, de forma integral, com qualidade, solucionando as demandas e acompanhando os pacientes^(13,14,19,30).

Em outra investigação, realizada com o propósito de descrever as diferenças culturais na formação acadêmica de profissionais estrangeiros advindos do PMM e de que forma elas poderiam impactar na relação com os pacientes indígenas, identificou-se que a vinda dos médicos para a aldeia trouxe benefícios. Anterior à presença do programa, os indígenas eram obrigados a se deslocarem para outras cidades para conseguirem atendimento; tinham que enfrentar filas e, muitas vezes, era necessário voltar posteriormente para outra consulta ou realização de exames. Com a criação do programa, aumentou a presença dos indígenas nas consultas médicas e a adesão ao tratamento, pois muitos deles mostravam resistência para se deslocarem à cidade para acompanhamento⁽²⁹⁾.

Estudo com o objetivo de conhecer a percepção que usuários da ESF possuem sobre o PMM mostrou que os usuários acreditam que os médicos brasileiros apresentam indisposição para o atendimento, além de não realizarem um atendimento humanitário. Por outro lado, afirmaram que os médicos estrangeiros eram bem capacitados e tratavam a população com afeto⁽¹⁷⁾.

Em relação à existência, ou não, de dificuldade no processo de atendimento pelo médico não brasileiro, os discursos evidenciaram que a questão da linguagem dos médicos cubanos não interferiu na consulta, os usuários tiveram um pouco de dificuldade, que logo foi superada^(13,29).

Uma pesquisa que identificou os impactos causados pela implementação do PMM evidenciou aumento do número de atendimentos prestados a pacientes portadores de tuberculose e hanseníase. Esse resultado pode ter sido elevado devido à realização de busca ativa dos pacientes e notificação dos casos realizados pela equipe. Notou-se aumento nas visitas domiciliares realizadas pelos médicos e diminuição dos pedidos de exames complementares a especialidades, o que pode ser resultado da implementação de protocolos para a solicitação de exames especializados, evitando-se gastos públicos. Indicadores do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) mostraram impacto positivo na saúde da comunidade⁽¹⁶⁾.

Em pesquisa que descreveu mudanças ocorridas na saúde da população do município de São João do Polêsine, Rio Grande do Sul, com a chegada do médico intercambista e a sua opção por saúde do idoso, constatou-se que, através das consultas médicas e da atuação qualificada da equipe, foi possível realizar o atendimento de 414 dos 767 idosos residentes no município. Identificou-se que o principal problema de saúde desse grupo era a hipertensão. A estratégia para enfrentar esse problema foi contemplada pelo agendamento de consultas para os idosos, que até então eram atendidos por demanda espontânea e necessitavam deslocar-se com antecipação à unidade para a garantia de atendimento⁽¹⁹⁾.

Observou-se que poucas equipes que receberam médicos do PMM apresentavam grupos de educação em saúde, e que no estado do Pará a realidade não foi diferente. Diante desses resultados, atividades educacionais foram realizadas, contemplando primeiramente o grupo de hipertensos e diabéticos. Além de proporcionar a interação entre usuários e profissionais da saúde, a medida adotada resultou na melhoria da saúde dos pacientes e correções de possíveis falhas terapêuticas⁽²⁰⁾.

Entretanto, em algumas investigações, verificou-se que os resultados se mostraram diferentes dos apresentados anteriormente. A maioria dos usuários entrevistados não sabia o que era o programa, nem que o médico de sua unidade de referência pertencia a ele, mostrando que os usuários não relacionaram a melhoria na assistência à presença desses profissionais. Esse resultado pode estar relacionado à insuficiência e ineficácia da divulgação do programa, que contribuiu para o não conhecimento, por parte dos usuários, acerca dessas estratégias que visam garantir o seu direito a saúde, dificultando a interação entre médicos e usuários e a efetivação da atenção integral à saúde^(17,24).

Quanto aos resultados relacionados às vagas de graduação e residência médica, também objetivo do PMM, estudo realizado no estado do Rio de Janeiro evidenciou que esse estado foi contemplado com a abertura de dois novos cursos de medicina. Houve aumento das vagas de residência médica, sobretudo na capital, mas seria fundamental que houvesse distribuição e abertura de vagas de residência médica no interior, elencando especialidades prioritárias de acordo com as necessidades da população e diminuindo, assim, a desigualdade na distribuição e provimento de médicos no estado⁽¹⁵⁾.

Embora a maioria dos resultados tenham sido favoráveis à criação do PMM, alguns autores argumentam que a contratação de médicos não resolve os problemas da saúde do Brasil, de forma que esses foram colocados como “bode expiatório” de um problema gerado pela má administração de recursos e direcionamento equivocado das ações do sistema de saúde pública, do qual os médicos também são vítimas. Recomenda-se o investimento de recursos na prevenção das doenças, e não na espera que elas se instalem e requeiram tratamento médico. Esses autores defendem que o PMM é um programa com cunho político-partidário e destacam que as necessidades da saúde pública no país são de ordem financeira, de melhor infraestrutura, de apoio logístico e de remuneração⁽³¹⁾. Estudos apontaram que usuários, entretanto, avaliaram como positiva a criação do PMM, visto que a medida adotada pelo governo faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, garantindo mais médicos para o Brasil e mais saúde para a população^(21,29).

Em relação ao papel exercido pela mídia, notou-se que o PMM também exerceu grande repercussão. Contudo, nem sempre as informações apresentadas se mostraram positivas, relatando, em sua maioria, o contraste entre o posicionamento do governo e dos Conselhos Federal e Estadual de Medicina⁽³²⁾.

Notícias relacionadas ao PMM, em especial sobre os médicos estrangeiros, começaram a aparecer em maio de 2013, mesmo antes de o governo federal anunciar a criação desse programa. A primeira matéria veiculada pela mídia foi feita pelo Jornal Bom Dia Brasil e, inicialmente, relatava a precariedade da saúde no Brasil e a falta de profissionais da medicina, levantando a possibilidade da contratação de médicos estrangeiros para amenizar sua carência no país. Na maioria dessas matérias, havia a preocupação com a saúde, mas inevitavelmente apresentava uma forte influência política. O jornal entrevistava apenas o alto escalão do Ministério da Saúde, de maneira que os médicos e os usuários, peças fundamentais nesse debate, pouco foram ouvidos a respeito do programa⁽²⁷⁾.

As matérias publicadas pelo Jornal Folha de São Paulo reforçaram a contraposição e o posicionamento das entidades médicas frente ao PMM e a decisão do governo federal em instituí-lo. Verificou-se que nessas matérias não se citava o usuário como falante autorizado, de modo que a visão de como o programa afetaria a vida dos brasileiros ficou em segundo plano. Outras notícias publicadas nesse jornal retratavam que Cuba foi o país que disponibilizou maior quantidade de médicos para o programa, o que gerou “desavenças” de ordem políticas entre médicos brasileiros e o governo. Nesse sentido, surgiu uma onda de preconceito por parte dos médicos brasileiros ao questionarem a formação dos médicos cubanos e a política de remuneração destinada a esses profissionais, por considerarem que essa medida poderia desvalorizar a categoria médica⁽³²⁾.

Ademais, uma pesquisa que buscou analisar a participação política de usuários na página oficial no *Facebook* do Ministério da Saúde sobre o PMM constatou que, embora o Ministério da Saúde mantenha uma página pública e responda às mensagens enviadas pelos cidadãos acerca do tema, não demonstra abertura para um espaço com vazão à criatividade, acolhimento de novas propostas e opiniões dos usuários, restringido apenas em expor e defender a qualidade dos programas políticos em vigência⁽²⁶⁾.

Diante dos achados deste estudo, percebe-se que o PMM tem suscitado polêmicas, acirrados debates, controvérsias, resistência e conflitos ideológicos entre as classes sociais. Esse contexto motivou reações e provocou a construção de percepções e representações nos atores sociais implicados em sua trama, com interesses diversos e contraditórios. É notável que, desde a sua concepção até a sua implantação no país, o tema do trabalho profissional médico no SUS adquiriu realce e maior ressonância na agenda de governo. Ele foi arrastado do limbo de problemáticas difusas e passou a se configurar em conteúdos propositivos de estratégia governamental através do PMM. Isso promoveu, indubitavelmente, fissuras no imaginário social sedimentado acerca da classe médica, especialmente acerca de sua autoprojeção e também de como essa projeção é socialmente difundida, levando a elaboração de representações sobre o PMM dicotômicas de aceitação e reprovação pelos atores sociais envolvidos⁽³²⁾.

CONCLUSÃO

A partir desta revisão foi possível verificar que a maioria dos estudos selecionados sobre o Programa Mais Médicos encontra-se em periódicos com estratos intermediários, apresentaram baixo nível de evidência, e poucos periódicos tiveram seu fator de impacto (FI) identificado, porém observaram-se contribuições significativas sobre esse novo tema ao proporcionar pesquisas importantes, que evidenciaram os primeiros resultados gerados após a criação do Programa Mais Médicos no Brasil.

O Programa Mais Médicos foi criado tendo como principais objetivos a prerrogativa de ampliar o acesso e atenuar as desigualdades em saúde através da distribuição de profissionais médicos na atenção primária à saúde em municípios considerados prioritários. No entanto, diminuir as desigualdades de alocação de médicos é uma ação difícil e exige ações de longo prazo. Soma-se a essa situação a necessidade de implantar estratégias amplas, como melhoraria de infraestrutura, melhor distribuição de insumos e equipamentos, apoio logístico e rede de atenção à saúde resolutive, eficiente e eficaz em todos os níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate*. 2009;(44):13-24.
2. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface Comun Saúde Educ*. 2015;19(54):637-40.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto Nacional pela Saúde: mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formação. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. Marciel R Filho. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em Sistemas Nacionais de Saúde: o caso brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
5. 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 [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo*, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1.

6. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. The Mais Médicos (More Doctors) Program: the placement of physicians in priority municipalities in Brazil from 2013 to 2014. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2719-27.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
8. Erdmann AL, Marziale MHP, Pedreira MLG, Lana FCF, Pagliuca LMF, Padilha MI, et al. A avaliação de periódicos científicos qualis e a produção brasileira de artigos da área de enfermagem. *Revista Latinoam Enferm*. 2009;17(3):403-9.
9. Koller SH. Manual de produção científica. Porto Alegre: Penso; 2014.
10. Pinto AC, Andrade JB. Fator de impacto de revistas científicas: qual o significado deste parâmetro? *Quím Nova*. 1999;22(3):448-53.
11. Marques F. Para ampliar o impacto. *Pesqui Fapesp*. 2015;259:32-5.
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
13. Santos MAM, Souza EG, Cardoso JC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do programa mais médicos na área rural de Porto Velho, Rondônia. *Rev Eletr Gestão Sociedade*. 2016;10(26):1327-46.
14. Vargas AFM, Campos MM, Vargas DS. O risco dos extremos: uma análise da implantação do programa mais médicos em um contexto de volatilidade orçamentária. *Rev Eletr Gestão Sociedade*. 2016;10(26):1313-26.
15. Silva AG Junior, Andrade HS, Alexandre GC, Alves MGM, Costa BR. Oferta de vagas de graduação e residência médicas no estado do rio de janeiro a partir do programa mais médicos (2013-2015). *Rev Eletr Gestão Sociedade*. 2016;10(26):1347-59.
16. Alencar APA, Xavier SPL, Laurentino PAS, Lira PF, Nascimento VB, Carneiro N, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Rev Eletr Gestão Sociedade*. 2016;10(26):1290-301.
17. Melo CF, Baião DC, Costa MC. A percepção dos usuários cearenses sobre o programa mais médicos. *Rev Eletr Gestão Sociedade*. 2016;10(26):1302-12.
18. Macedo AS, Alcântara VC, Andrade LFS, Ferreira PA. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cadernos EBAPE.BR*. 2016;14(Esp):596-618.
19. Bertão IR. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Tempus (Brasília)*. 2015;9(4):217-24.
20. Rodrigues CCP, Quaresma MSM, Monteiro RC. Educação em saúde no Programa Mais Médicos para o Brasil: o papel do supervisor no processo educacional. *Tempus (Brasília)*. 2015;9(4):151-8.
21. Rodrigues KMA. O Programa Mais Médicos do Governo Federal: um aporte pedagógico na saúde para a construção da cidadania. *Tempus (Brasília)*. 2015;9(4):35-47.
22. Souza BPA, Paulette AC. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. *Tempus (Brasília)*. 2015;9(4):11-34.
23. Lima RCGS, Garcia CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. *Tempus (Brasília)*. 2015;9(4):67-80.
24. Silva RJO, Sousa D. O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua Implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão, PB. *Rev Administração Contabilidade Sustentabilidade*. 2015;5(3):59-75.
25. Molina J, Suárez J, Cannon LRC, Oliveira G, Fortunato MA. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Divulg Saúde Debate*. 2014;(52):190-201.
26. Landim IC. Um estudo sobre a relação entre a democracia digital e a participação política a partir do debate sobre o Programa Mais Médicos no Facebook. *Rev Mídia Cotidiano*. 2013;3(3):533-61.
27. Scremin L, Javorski E. O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do Programa Mais Médicos. *Cad Esc Comun Unibrasil*. 2013;(Esp):1-15.
28. Di Jorge FM. Estudo jurídico do Programa Mais Médicos. *Acta JUS*. 2013;1(1):24-34.

29. Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares TO. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o Programa Mais Médicos. *Interface Comun Saúde Educ*. 2015;19(Supl 1):1005-14.
30. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(11):3547-52.
31. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos: um equívoco conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(2):421-4.
32. Morais I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos?. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(Esp 2):112-20.
33. Bardanachvili E. Quantidade não é qualidade. *Rev Radis*. 2015;(152):24-8.
34. Rother ET. O desafio das revistas brasileiras em busca de citações. *J Health Inform*. 2012;4(3):1-2.
35. Nassi-Calò L. Declaração recomenda eliminar o uso do Fator de Impacto na Avaliação de Pesquisa. *SciELO em Perspectiva* [acesso em 2016 Nov 20]. Disponível em: <http://blog.scielo.org/blog/2013/07/16/declaracao-recomenda-eliminar-o-uso-do-fator-de-impacto-na-avaliacao-de-pesquisa/>
36. Mutti, CF, Paula CC, Souto MD. Assistência à saúde da criança com câncer na produção científica brasileira. *Rev Bras Cancerol*. 2010;56(1):71-83.
37. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Análise da produção científica a partir de publicações em periódicos especializados. In: *Indicadores de ciência, tecnologia e inovação em São Paulo 2010*. São Paulo: FAPESP; 2011. p. 1-72.
38. Lima ACMACC, Silva AL, Guerra DR, Barbosa IV, Bezerra KC, Oriá MOB. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):785-92.
39. Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(3):415-22.
40. Sousa MF, Franco MS, Rocha DG, Andrade NF, Prado EAJ, Mendonça AVM. Por que mais médicos no Brasil? Da política à formação. *Tempus (Brasília)*. 2015;9(4):159-74.
41. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Mais Médicos. *Jornal CREMESP*. 2013;308:6.
42. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface Comun Saúde Educ*. 2013;17(47):913-26.
43. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2719-27.

Endereço para correspondência:

Ana Caroline Pereira Martins
Universidade Estadual de Montes Claros
Rua Armando Correia Machado, 180
Bairro: Alcides Rabelo
CEP: 39401-415 - Montes Claros - MG - Brasil
E-mail: anacaroline3233@gmail.com