



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Giovanella, Ligia; Magalhães de Mendonça, Maria Helena; Rodrigues Fausto, Marcia Cristina; Fidelis de Almeida, Patty; Bousquat, Aylene; Gagno Lima, Juliana; Seidl, Helena; Mendes Franco, Cassiano; Rodrigues Fusaro, Edgard; Zeferino Ferreira Almeida, Sueli
A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 9, septiembre, 2016, pp. 2697-2708
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047411009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde

Emergency supply of doctors by the *Mais Médicos* (More Doctors) Program and the quality of the structure of primary health care facilities

Ligia Giovannella ¹

Maria Helena Magalhães de Mendonça ¹

Marcia Cristina Rodrigues Fausto ²

Patty Fidelis de Almeida ³

Aylene Bousquat ⁴

Juliana Gagno Lima ⁵

Helena Seidl ²

Cassiano Mendes Franco ⁵

Edgard Rodrigues Fusaro ⁶

Sueli Zeferino Ferreira Almeida ⁷

Abstract *The health policy context in Brazil has featured a series of measures to improve primary health care (PHC), including a national access and quality improvement program (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade, PMAQ-AB) and the Mais Médicos Program (More Doctors, PMM) and upgrading PHC centers ('Requalifica UBS'). The paper examines the PMM's placement of doctors, by quality of PHC structure, in an endeavor to identify synergies among the three programs. It reports on a transverse study based on secondary data from PMAQ-AB Cycles 1 and 2, the PMM and 'Requalifica UBS'. The PHC facilities inventoried during PMAQ-AB Cycle 1 were classified, on pre-established typology, into five groups ranked from A (best) to E (failed). They were then compared in terms of PMM personnel allocated and Requalifica UBS proposals. The results point to convergences in investments by the three programs. Incentives targeted predominantly PHC facilities of types B and C, indicating a concentration of efforts on PHC facilities with potential for structural quality improvements. In addition to expanding access, the provision of doctors by the PMM, added to infrastructure upgrades and work process improvements, contributes to addressing high turnover and guaranteeing retention of doctors in PHC.*

Key words *Primary health care, Human resources, Health evaluation*

Resumo *No contexto das políticas de saúde no Brasil, observa-se um conjunto de ações para qualificação da atenção primária à saúde (APS), entre as quais os Programas Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), Mais Médicos (PMM) e Requalificação das UBS (Requalifica UBS). O artigo analisa a inserção de médicos do PMM segundo qualidade da estrutura das UBS, buscando reconhecer sinergias entre os três programas. Trata-se de estudo transversal com base em dados secundários do PMAQ-AB ciclos 1 e 2, do PMM e do Requalifica UBS. As UBS recenseadas no PMAQ-AB Ciclo 1 foram classificadas, segundo tipologia previamente elaborada, em cinco grupos hierarquizados de A (melhores) a E (reprovadas). Em seguida foram cotejadas com a alocação de profissionais do PMM e propostas Requalifica. Os resultados sinalizam convergências de investimentos dos três programas. Observa-se predomínio de incentivos nas UBS tipos B e C, indicando concentração de esforços em UBS com potencialidade de melhora da qualidade de sua estrutura. Além da ampliação do acesso, o componente provisão emergencial de médicos do PMM, somado à melhoria da infraestrutura e qualificação do processo de trabalho conflui para enfrentar a rotatividade e garantir a permanência de médicos na APS.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Recursos humanos, Avaliação em saúde, Infraestrutura sanitária*

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Av. Brasil 4036/1001, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ Brasil. giovanel@ensp.fiocruz.br

² Vice-direção de Escola de Governo em Saúde, ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Planejamento em Saúde, Universidade Federal Fluminense. Niterói RJ Brasil.

⁴ Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

⁵ ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁶ Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. São Paulo SP Brasil.

⁷ Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Brasília DF Brasil.

Introdução

Na implementação recente de políticas de saúde no Brasil, observa-se convergência de ações para a qualificação dos processos assistenciais na atenção primária à saúde (APS) em todo o território nacional¹. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)² é o instrumento orientador que traça as diretrizes para organização dos serviços de atenção básica. À PNAB somam-se programas do governo federal que promovem a melhoria do acesso e da qualidade da APS, investimentos nas unidades básicas de saúde (UBS) e provisão de médicos para as equipes de atenção básica (AB). Destacam-se, assim, o Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com indução financeira para a avaliação de desempenho das equipes AB e adesão expressiva dos municípios em todas as regiões. O Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS) direciona investimentos financeiros para a construção, reforma e ampliação de unidades básicas, constituindo-se em importante intervenção na infraestrutura de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Para enfrentar a insuficiência e rotatividade de profissionais médicos, o Programa Mais Médicos (PMM) oferta aporte financeiro para a provisão emergencial de médicos para equipes de atenção básica e da estratégia saúde da família (ESF), e direciona a formação médica para a atuação em APS.

Os três programas governamentais em sua formulação convergem no sentido de enfrentar problemas consensuais para a constituição de uma APS forte, abrangente e que, se espera, exerça a coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde. Estes problemas são: a infraestrutura precária em diversas UBS; a escassez de recursos humanos, principalmente médicos; e a ausência de uma cultura avaliativa no cenário da APS.

Problemas relacionados à força de trabalho em saúde antecedem a instituição do SUS, com histórico de políticas e planejamento pouco eficazes. A partir dos anos 2000, observa-se um reordenamento mais estratégico das políticas para a superação da insuficiente e inadequada provisão de profissionais de saúde que envolveram estratégias de ampliação da formação, capacitação profissional e valorização da força de trabalho em saúde³.

Em 2013, o Brasil, apresentava uma razão de 1,8 médicos por mil habitantes, muito abaixo da média de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) em sua maior parte com sistemas universais com 3,3 médicos por mil habitantes, e de outros países la-

tino-americanos como Argentina (3,8 médicos/mil hab.) ou Uruguai (4,5 médicos/mil hab.)^{4,5}. Ademais, são acentuadas as disparidades na distribuição regional destes profissionais no país e ainda dentro de cada região e estado, com concentração em capitais e centros urbanos de maior porte, em detrimento do interior, pequenos municípios e regiões menos desenvolvidas^{6,7}.

Mais uma vez, o conceito da *Inverse Care Law*, elaborado por Hart, em 1971, para o cenário inglês, é atual. O autor indicava que as populações moradoras em áreas de exclusão social, com maiores necessidades de saúde, eram exatamente aquelas populações com menor cobertura e piores serviços de APS. Isto ocorria mesmo após 23 anos da universalização da saúde⁸.

A análise do número de postos de trabalho médico permite confirmar a escassez no Brasil. Dados da Relação Anual de Informações Sociais mostram uma oferta consideravelmente maior de empregos formais criados em relação ao número de egressos de medicina⁹. Escassez e desigualdades na distribuição regional dificultam a formação de equipes de saúde da família (EqSF) e contribuem para a elevada rotatividade de profissionais.

A APS tem enfrentado dificuldades para fixação e adequada qualificação dos profissionais médicos para atuação nas EqSF desde a proposição original, nos anos 1990. Estudos apontam fatores associados à rotatividade destes profissionais e às dificuldades para sua fixação tais como condições de trabalho adversas, vínculos trabalhistas precários, baixa remuneração, reduzidas oportunidades de progressão, baixo reconhecimento social entre os pares e ausência de formação compatível com o modelo adotado pela ESF¹⁰.

Muitos destes fatores expressam uma fase da política de saúde, quando a descentralização gerou uma diversidade de experiências associadas a projetos de governo local de diferentes matizes políticos, que oscilavam entre aderir à reforma neoliberal do Estado, com menos regulação da força de trabalho e da organização dos serviços de saúde, e implantar a APS como base de um SUS forte e inclusivo.

A lacuna de regulação estatal no mercado de trabalho em saúde, especialmente na medicina que detém forte poder de autorregulação, representa fator dificultador à atração e fixação de médicos em áreas prioritárias para o SUS¹¹. Esse fenômeno não se restringe ao país, segue a lógica da globalização econômica que, segundo Rovere¹², promove um movimento migratório de médicos orientado pelo mercado em oposição à política, e dá sentido ao deslocamento dos pro-

fissionais, em escala global, de pequenas cidades e áreas rurais para capitais e metrópoles.

No país, escassez e desigualdades na distribuição regional dificultam a formação de EqSF e contribuem para a elevada rotatividade de profissionais, com maiores problemas de fixação em zonas remotas e desfavorecidas¹³.

Neste contexto, atendendo reivindicações políticas e sociais, o PMM foi criado em 2013 com a

“finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS”¹⁴, com o intuito de cumprir a responsabilidade prevista na Constituição de ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Esta política é estruturada em três eixos estratégicos: formação para o SUS; melhoria da infraestrutura das UBS; e provimento emergencial de médicos (Quadro 1)^{14,15}.

Quadro 1. Características dos programas de qualificação dos processos assistenciais na APS: PMAQ-AB, Mais Médicos e Requalifica UBS.

Características	PMAQ-AB	Programa Mais Médicos	Programa Requalifica UBS
Objetivos	Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, por meio da instituição de processos contínuos de avaliação de qualidade. Criação do componente qualidade do PAB-variável.	Diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias do SUS e reduzir desigualdades. Formar recursos humanos na área médica para o SUS a partir de 3 eixos: - criação de mais vagas e novos cursos de medicina, com diretrizes curriculares revisadas; - ampliação e melhoria da infraestrutura das UBS; - provimento emergencial de médicos.	Criar incentivos financeiros para a reforma, a ampliação e a construção de UBS provendo condições adequadas para o trabalho em saúde e melhor ambiência para o atendimento ao usuário.
Marco legal de criação do Programa	Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011 ³⁵	Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 ¹⁴	Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011 ³⁶
Setor responsável	DAB/MS	SGTES/MS e MEC	DAB/MS e MPOG
Ano de implantação	2011	2013	2011*
Equipes e UBS participantes	Censo: 38.812 UBS EqAB adesão ciclo 1: 17.202 EqAB adesão ciclo 2: 30.522 em 24.055 UBS	12.284 UBS 17.074 médicos (set.2015)	26.277 propostas, sendo 18.036 UBS com CNES e 7.749 para construção de novas UBS sem CNES
Recursos aplicados (Reais)	Ciclo 1: 770 milhões (2011/2) ³⁷ Ciclo 2: ~4 bilhões (2013/4) ³⁷	~ 2 bilhões (2014) ²⁶	Total de ~ 5 bilhões (2011 a 2015) ³⁸ inclui recursos MS +MPOG
Crítérios de participação	Equipes completas. Monitoramento pelo SCNES. O número limite de adesão de equipes por município varia de acordo com o ciclo.	Municípios mais vulneráveis (que possuem 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, ou entre os 100 municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita”), e a população usuária do SUS não coberta pela atenção básica.	Cada UBS poderá passar por um dos projetos por vez: construção, reforma ou ampliação. Município enviará relatórios periódicos sobre a situação da obra. Monitoramento pelo SISMOB.

* Nos anos de 2009 e 2010, o Plano Nacional de Implantação de UBS proporcionou incentivos financeiros para construção de UBS.

O provimento emergencial tem se dado em ciclos. Na primeira etapa recrutou-se, para atuar em áreas de difícil fixação, médicos de inscrição voluntária no PMM, brasileiros e estrangeiros, nesta ordem obrigatoriamente, com contratos de três anos prorrogáveis por mais três. A seguir, contrataram-se aqueles fornecidos pela cooperação internacional via Organização Panamericana de Saúde com Cuba⁹. O registro para atuação desses profissionais é conferido pelo Ministério da Saúde e limitado à prática no âmbito do PMM¹⁴. Em 2015, um último ciclo foi completado com médicos com registro profissional brasileiro, que participavam do Provac.

O processo de seleção de municípios e médicos para provimento foi regulamentado com definição de critérios de enquadramento segundo condições de vulnerabilidade da população¹⁶. No curto prazo, o PMM proporcionou a redução em mais de 50% dos municípios com escassez de médicos, que passaram de 1.200, no início de 2013, para 558, em setembro de 2014. Na região Norte, 91% dos municípios com escassez receberam médicos do PMM^{15,17}. Em setembro de 2015 estavam implantados 17.074 médicos do PMM no país¹⁸.

Os três programas, com características sintetizadas no Quadro 1, convergem para o fortalecimento da APS, buscando reverter a tendência de privilegiar interesses privados, que obstaculizam a superação da inadequada provisão a qual afeta a capacidade de estruturar serviços de saúde mais efetivos e de qualidade.

A qualidade da infraestrutura das UBS é um fator relacionado à satisfação com o trabalho e à rotatividade dos médicos¹⁹. Dentre os argumentos para a institucionalização do PMM, a inadequada qualidade da infraestrutura das UBS foi apontada como um dos fatores com implicações para a fixação dos médicos na AB²⁰.

Embora se reconheça que as características estruturais de um serviço de saúde isoladamente não possam garantir a qualidade assistencial, é possível dizer que estruturas adequadas facilitam uma melhor atenção à saúde^{21,22}. A combinação de elementos estruturais e operacionais dos serviços de saúde produzem análises que não estão relacionadas com efeitos diretos na saúde da população, mas com os meios para conseguir os melhores resultados em saúde.

Considerando que um dos três eixos do PMM é a melhoria da infraestrutura das UBS, e que a insuficiente qualidade da infraestrutura afeta a fixação de médicos, o presente artigo tem por objetivo analisar a inserção de médicos do PMM segundo características da estrutura das UBS de

atuação e discutir potencialidades do programa na melhoria da provisão de médicos na APS. A análise proposta também permitirá conhecer sinergias entre os três programas, PMM, PMAQ-AB e Requalifica UBS, e discutir suas potencialidades para informar possíveis ajustes nestas políticas públicas.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, com informações selecionadas a partir dos dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade ciclos 1 e 2, do Programa Mais Médicos e do Programa de Requalificação das UBS.

Com o objetivo de analisar a qualidade da estrutura das UBS, tendo por base os resultados do censo brasileiro de infraestrutura, realizado em 2012, no processo de avaliação externa do ciclo 1 do PMAQ-AB, foi construída uma tipologia de UBS. A tipologia é composta por cinco dimensões de estrutura consideradas essenciais para processos de atenção acessíveis, resolutivos e de qualidade: tipos de equipes, elenco de profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e instalações e insumos²³.

Para cada dimensão foram selecionadas variáveis do PMAQ-AB e definidos padrões correspondentes. Com base em análise fatorial foram determinados os pesos de cada dimensão. O escore final de cada UBS foi calculado multiplicando-se o escore obtido pelo coeficiente padronizado de cada dimensão. Com base no valor do escore final, as UBS foram agrupadas em 5 tipos: Tipo A, escore final igual a 1, corresponde ao padrão de referência atingindo valor máximo em todas as variáveis e subdimensões analisadas; Tipo B, escore de 0,750 a 0,999; Tipo C, escore 0,500 a 0,749; Tipo D, escore 0,250 a 0,499; Tipo E, escore menor que 0,250. A metodologia detalhada pode ser consultada em Giovannella *et al.*²³.

No presente artigo toma-se por base esta tipologia relacionando seus resultados com dados da implantação do PMM e do Requalifica UBS.

Foram realizadas cinco modalidades de análise:

1. Aplicação da tipologia de qualidade da estrutura às UBS que receberam médicos do PMM, com comparação na distribuição proporcional das UBS por tipologia da estrutura entre as UBS que receberam médicos do PMM e as que não receberam.

2. Identificação do número de médicos declarados no censo do ciclo 1 do PMAQ-AB das

UBS que receberam médicos do PMM, com cotejamento entre UBS com e sem profissionais do PMM também segundo tipologia da estrutura. Esta análise possibilitou verificar em que proporção os profissionais do PMM foram alocados em UBS por Tipo, com ou sem médicos. Para a comparação utilizou-se a variável correspondente ao número identificador da unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

3. Cotejamento de equipes PMM com os dados de equipes do ciclo 2 do PMAQ-AB. O ciclo 2, com a maior parte dos dados coletados antes da implementação do PMM, teve a adesão da quase totalidade das equipes de atenção básica do país (94,5%), o que permite conhecer se os médicos do PMM foram implantados em equipes que já existiam ou se viabilizaram a constituição de novas equipes. De modo a identificar cada equipe, os números de CNES e códigos de área de equipes que aderiram ao PMAQ-AB foram pareados com aqueles da lista de médicos do PMM. Foram assim identificadas equipes que aderiram ao ciclo 2 do PMAQ-AB e que receberam médicos do PMM.

4. Classificação das UBS participantes do Requalifica UBS segundo tipologia da qualidade da estrutura, indicando os tipos de UBS contemplados com investimentos na melhoria de sua infraestrutura.

5. Por fim, os códigos CNES das UBS que participam do Requalifica UBS foram cotejados com os CNES das UBS que receberam médicos do PMM para conhecer a proporção de UBS integrantes dos dois programas.

O banco de dados do PMAQ-AB ciclo 1 é de acesso público, disponível no site do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS):http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. O banco de dados do PMAQ-AB ciclo 2 é temporariamente de acesso restrito às instituições de ensino superior participantes da avaliação externa do Programa. No ciclo 1 do PMAQ-AB participaram do censo de infraestrutura, 38.812 UBS e no ciclo 2, 24.055 UBS, nas quais atuavam 30.522 equipes que aderiram ao PMAQ-AB.

Os dados do PMM foram obtidos a partir do CNES, com a data de referência de setembro de 2015 que identificou 17.074 profissionais médicos do PMM implantados até aquela data, atuando em 14.348 UBS em todo o país¹⁸. Esta listagem de profissionais e dados correspondentes foi disponibilizada pelo DAB/SAS/MS.

Os dados do Programa Requalifica UBS foram disponibilizados pelo DAB/SAS/MS, a partir

dos relatórios do SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras) referentes a 26.277 propostas implantadas até novembro de 2015²⁴.

Embora este artigo tenha se utilizado apenas de dados secundários, ressalta-se que o estudo do PMAQ-AB foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Ensp/Fiocruz.

Resultados

Em setembro de 2015 estavam implantados 17.074 médicos no PMM, atuando em 14.348 UBS em todo o país. A grande maioria destas UBS (86,4%) recebeu 1 médico do PMM, 9,9% receberam 2 médicos, 2,6% receberam 3 médicos e 1,2% receberam de 4 a 9 médicos¹⁸.

Ao comparar os identificadores CNES das 14.348 UBS com profissionais PMM com aqueles das UBS participantes do censo do PMAQ-AB, ciclo 1, observa-se que das 38.812 UBS recenseadas no PMAQ-AB em todo o país, 12.284 UBS receberam médicos do PMM, o que corresponde a 31,7% (Tabela 1).

As 12.284 UBS participantes do censo que receberam profissionais do PMM foram classificadas segundo a tipologia de qualidade da estrutura das UBS, previamente construída²³. A distribuição das UBS PMAQ-AB com profissionais do PMM e total de UBS recenseadas pelo PMAQ-AB ciclo 1 segundo Tipo de UBS é apresentada na Tabela 1.

As UBS com profissionais do PMM apresentaram uma distribuição pelos tipos de UBS mais positiva do que para o conjunto de UBS do país. Entre as UBS com profissionais do PMM, 65,6% se concentram nas tipologias B e A (as melhores), enquanto para o país, a concentração é de 55,8% nos tipos B e A. Entre as UBS com Mais Médicos, 6,9% correspondem aos tipos D e E (UBS mais precárias), enquanto no total de UBS do censo, esta proporção é maior: 15,0% concentram-se nos tipos D e E (Tabela 1).

A última coluna da Tabela 1 mostra que 31,7% das UBS do país receberam médicos PMM e que as UBS classificadas na tipologia como melhores receberam médicos do PMM em maior proporção. Das 1.916 UBS classificadas como tipo E (piores em 2012), 161 (8,4%) receberam médicos do PMM, assim como de 3.930 do tipo D, 686 (17,5%) receberam profissionais do Mais Médicos. Por outro lado, das 1.874 UBS classificadas como tipo A (melhores em 2012), 760 (40,6%) receberam médicos do PMM.

Em 2012, das 38.812 UBS recenseadas, 5.532 não tinham médicos (14,3%). Entre estas UBS

sem médico, 1.229, ou seja, 22,2% receberam profissionais do PMM.

A Tabela 2 relaciona a distribuição das UBS do censo PMAQ-AB 2012 com Médicos PMM, segundo número de médicos nas UBS, por Tipos de UBS. Considerando o total de 12.284 UBS participantes do censo com Mais Médicos, 8,7% são UBS que não tinham médico, 56,7% tinham 1 médico e 34,6% contavam com 2 ou mais médicos em 2012.

Por sua vez, entre as 161 UBS tipo E e entre as 686 UBS Tipo D, que receberam profissionais do PMM, 95,7% e 47,7%, respectivamente, estavam sem médico, e os profissionais do PMM preencheram esta lacuna. Nos outros Tipos, mais de 80,0% das UBS que receberam médicos do PMM já possuíam um ou mais médicos em 2012 (Tabela 2).

Em 2013/4, 24.055 UBS participaram do PMAQ-AB, ou seja, tinham equipes que aderiram ao PMAQ-AB ciclo 2. Destas UBS, 9.419

receberam médicos do PMM, correspondendo a 39,2% do total de UBS participantes do ciclo 2.

Por outro lado, dos 17.074 médicos do PMM em setembro de 2015, 9.398 (55%) foram alocados em equipes que já existiam, ou seja, tinham médicos por algum período em 2013/4 e aderiram ao PMAQ-AB ciclo 2, pois para aderir ao PMAQ-AB é necessário que a equipe esteja completa. Isso sugere uma combinação de efeitos com caráter complementar e substitutivo no provimento emergencial de médicos pelo PMM.

O Programa Requalifica UBS, instituído pelo MS em 2011, está direcionado para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica com repasses financeiros aos municípios habilitados nos componentes de construção, reforma ou ampliação de UBS nos municípios, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e emendas parlamentares.

Até novembro de 2015, de acordo com dados do SISMOB, tinham sido implantadas 26.277

Tabela 1. Distribuição de UBS recenseadas no PMAQ-AB e das UBS com médicos do PMM, segundo tipo de UBS, Brasil.

Tipos de UBS	Total de UBS recenseadas (1)			UBS com médicos do PMM (2)			% UBS com médicos do PMM (2/1)
	n	%	% acumulada	n	%	% acumulada	
A	1.874	4,8	4,8	760	6,2	6,2	40,6
B	19.801	51,0	55,8	7.297	59,4	65,6	36,8
C	11.291	29,1	84,9	3.380	27,5	93,1	29,9
D	3.930	10,1	95,0	686	5,6	98,7	17,5
E	1.916	4,9	100	161	1,3	100	8,4
Total	38.812	100		12.284	100		31,7

Fontes: Banco do PMAQ AB Ciclo 1 e Lista do PMM_Set.2015 a partir de SCNES, 2015.

Tabela 2. Distribuição das UBS PMAQ-AB com Médicos PMM, por tipo de UBS, segundo número de médicos nas UBS no censo 2012, Brasil.

Tipos de UBS	Médicos por UBS							
	0		1		2 ou mais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A	0	0	334	43,9	426	56,1	760	100,0
B	206	2,8	4.366	59,8	2.725	37,3	7.297	100,0
C	384	11,4	2.005	59,3	991	29,3	3.380	100,0
D	327	47,7	254	37,0	105	15,3	686	100,0
E	154	95,7	5	3,1	2	1,2	161	100,0
Total	1.071	8,7	6.964	56,7	4.249	34,6	12.284	100,0

Fonte: Banco do PMAQ AB Ciclo 1 e Lista do PMM_Set.2015 a partir de SCNES, 2015.

propostas do Programa Requalifica UBS para reforma, ampliação ou construção de UBS no país. A análise aqui realizada considera as 18.036 UBS do Programa Requalifica com registro no CNES, excluindo as propostas com CNES repetido (492) e as 7.749 propostas para construção de unidades novas (em execução e, portanto, sem CNES). Das 18.036 propostas com registro no CNES, 44,2% (7.970) correspondem a recursos para ampliação, 43,3% (7.816) para reformas e 12,5% (2.250) para construção de novas unidades²⁴.

Até 2011 tinham sido habilitadas 6.466 (35,8%) propostas de melhoria de infraestrutura de UBS, e entre 2012 e 2015, 11.570 propostas do Requalifica UBS (64,1%). Essas propostas de reformas de UBS mais recentes certamente incidem na qualidade da estrutura com probabilidade de melhora da Classificação das UBS na tipologia elaborada com dados de 2012.

Ao relacionar os dados dos programas Requalifica UBS e Mais Médicos observa-se que entre as 18.036 UBS que participam do Requalifica, 6.178 (34,3%) receberam médicos do PMM. Por outro lado, das 14.348 UBS com médicos do PMM, 6.178 (43,1%) participam do Requalifica UBS, sugerindo convergência entre programas com conjunção de esforços para melhoria destas UBS.

Para conhecer a correspondência entre propostas Requalifica e situação da unidade na tipologia UBS, inicialmente por meio do cotejamento dos números CNES identificou-se que do total de 38.812 UBS do censo 2012, 16.331 participam do Requalifica (42,1%). Observando-se a distribuição destas 16.331 UBS do Requalifica, que participaram do censo do PMAQ AB Ciclo 1, 58,1% foram classificadas no Tipo B e 25,4%, no Tipo

C (Tabela 3, última coluna), com distribuição levemente maior para os Tipos de UBS de melhor estrutura (A, B e C), do que para o conjunto das 38.812 UBS que participaram do censo (Tabela 1).

Na Tabela 3, observa-se uma maior probabilidade de participação de UBS dos tipos B (47,9%) e A (46,7%) no Requalifica. Já entre as UBS E e D, um terço (31%) participaram do Requalifica. Ainda que as UBS melhor classificadas na tipologia participem do Requalifica em maior proporção, há convergência parcial dos dois programas e possibilidade de melhoria nessas UBS com deslocamento positivo na tipologia.

O Gráfico 1 ilustra o número de UBS por tipo que recebe incentivos de cada programa. Observa-se predomínio de incentivos nas UBS B e C, indicando concentração de esforços em UBS com potencialidade de melhora da qualidade de sua estrutura.

Discussão

Os três programas PMM, PMAQ-AB e Requalifica UBS convergem para a qualificação de equipes e UBS e sua implantação proporcionou importante aumento do aporte financeiro para a AB nos últimos cinco anos. Segundo dados do Portal de Transparência, os gastos federais com atenção básica expandiram de cerca de 11 bilhões, em 2011, para 15 bilhões, em 2015²⁵. Os três programas envolveram 9,8 bilhões de reais, o que corresponde a mais de 80% dos gastos em um ano com AB^{25,26}. Tal fato demonstra a importância e a forte aposta do gestor federal em ações capazes de provocar mudanças na qualidade da

Tabela 3. Distribuição das UBS do Programa Requalifica UBS segundo participação no PMAQ-AB Ciclo 1, por tipo de UBS, Brasil, 2012.

Tipos de UBS	Participação no Programa Requalifica UBS						% de UBS Requalifica por Tipo
	Não		Sim		Total		
	n	%	n	%	n	%	
A	998	53,3	876	46,7	1.874	100,0	5,4
B	10.315	52,1	9.486	47,9	19.801	100,0	58,1
C	7.136	63,2	4.155	36,8	11.291	100,0	25,4
D	2.713	69,0	1.217	31,0	3.930	100,0	7,5
E	1.319	68,8	597	31,2	1.916	100,0	3,7
Total	22.481	57,9	16.331	42,1	38.812	100,0	100,0

Fontes: Banco de dados PMAQ-AB ciclo 1; SISMOB, 2015.

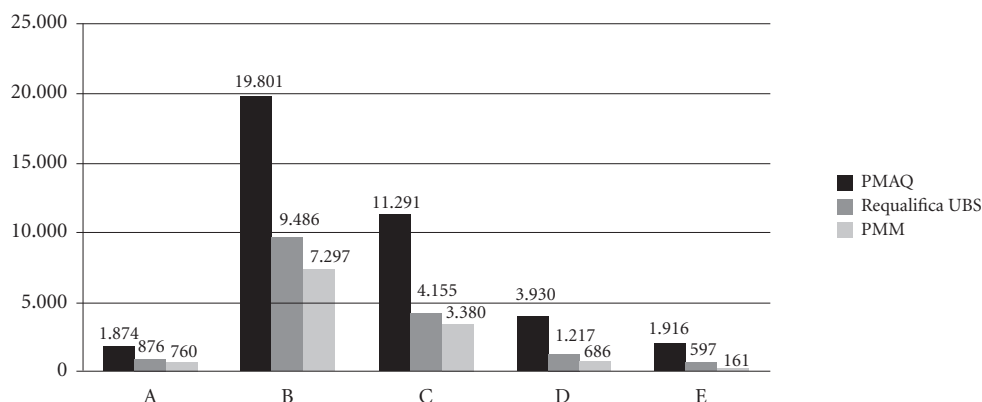


Gráfico 1. UBS do censo PMAQ-AB por Tipo segundo adesão aos programas Requalifica UBS e PMM, Brasil.

Fontes: Banco de dados PMAQ-AB ciclo 1; SISMOB, 2015; Lista do PMM_Set.2015 a partir de SCNES, 2015.

assistência, seja diretamente com a construção, ampliação e reforma das UBS, seja garantindo a presença de médicos nas equipes, incentivando boas práticas nos processos de trabalho da ESF e institucionalizando a avaliação contínua para melhoria da qualidade.

Elevada rotatividade de profissionais incide em maiores gastos financeiros, podendo comprometer a produtividade e a qualidade¹⁹. Em contexto nacional, poucos são os estudos que tratam da rotatividade de profissionais nas organizações, e mais escassas ainda as iniciativas sistêmicas para enfrentamento do problema, que afeta atributos essenciais da APS, como a coordenação e longitudinalidade do cuidado. Campos e Malik¹⁹ chamam a atenção para o elevado custo para reposição de profissional que requer treinamento extensivo. Em estudo sobre o PSF no município de São Paulo, mostram que as condições de infraestrutura afetam a satisfação e estão associadas negativamente à rotatividade profissional. A satisfação está associada à forma de contratação, ao perfil do médico para atuação no PSF e às condições de trabalho, incluindo o ambiente físico. Há maior rotatividade onde os médicos têm mais dificuldade de acesso à UBS, sentem-se menos capacitados para suas funções e não têm condições materiais para atuar^{19,27}.

Em outras realidades, nas quais é comum a imigração de profissionais qualificados, especialmente médicos e enfermeiros, para países com economias mais fortes, fatores como ambiente de

trabalho desestimulante e sem recursos; condições de vida precárias nas localidades; e ausência de carreira profissional são indicados como motivadores de não fixação nos postos de trabalho das APS em seus países de origem²⁸.

Neste sentido, o Requalifica UBS é promissor por sua abrangência, atingindo quase a metade das UBS do país com reformas ou ampliação, além de mais 7.749 em construção. Como se pode observar, as unidades básicas incluídas no Requalifica e a alocação dos médicos do PMM, correspondem majoritariamente às UBS classificadas no tipo B, seguidas das UBS tipo C, havendo, em tese, uma convergência favorável à qualificação dos processos assistenciais nessas UBS. Deve-se considerar que as UBS tipo C são as que necessitam principalmente de investimentos em infraestrutura geral, equipamentos básicos e para a prestação de serviços de saúde bucal. As UBS tipo B apresentam insuficiência de alguns elementos de infraestrutura, em menor proporção, em especial acesso à internet e, com baixo investimento, alcançariam o padrão de referência A²³.

O PMM, alinhado às estratégias internacionais para fazer frente ao problema da falta de profissionais, ao longo de sua vigência tem se responsabilizado por inserir médicos brasileiros e estrangeiros em áreas que apresentam escassez de profissionais para APS, em especial atendendo às prioridades de distribuição que o programa estabeleceu e às demandas organizacionais dos gestores de saúde¹⁵.

Apesar da raridade dos estudos que medem a rotatividade, há evidências que condições materiais de trabalho atraem os profissionais e garantem sua satisfação e confiança, além da capacitação profissional^{19,29}. Isto é tanto mais importante por se tratar da APS, na medida em que não temos no país uma tradição de formação generalista, com médicos na ESF com um perfil variável quanto ao tempo de formação, atuação e qualificação profissional, e que a reforma do sistema de saúde não foi acompanhada de adequada regulação do mercado de trabalho. Neste sentido, nossa análise aponta que o PMM tem sido um importante suporte à ESF ao garantir certa estabilidade na manutenção do profissional médico nas EqSF.

Neste estudo se coteja as UBS recenseadas pelo PMAQ Ciclo 1, classificadas segundo tipologia, com a alocação de profissionais do PMM, buscando acompanhar como ocorre essa provisão emergencial. Sem dúvida, os profissionais Mais Médicos se concentram em UBS com melhores condições de estrutura (padrão de qualidade composto por tipo de equipe, elenco de profissionais, turnos, serviços disponíveis e equipamentos e insumos), em que a ausência de um profissional da equipe básica colocaria em risco o seu desempenho e nas quais um profissional médico é essencial para garantir resolutividade. Portanto, ao se alocar um profissional do PMM nestas equipes de UBS Tipos A e B está se tratando de consolidar uma dada situação ou responder a uma carência emergencial por perda do profissional. A alocação de profissionais do PMM nas UBS do tipo C também aposta na qualificação destas UBS.

As UBS tipo E e D são aquelas com piores condições de infraestrutura e que, portanto, necessitam de importantes intervenções para que obtenham condições para a execução de ações de saúde, tanto no que se refere à infraestrutura, quanto à fixação dos profissionais de saúde, para que correspondam a uma AB com um mínimo de qualidade²³. No entanto, investimentos a partir do Programa Requalifica UBS atingiram pouco as UBS que têm as piores estruturas. As UBS classificadas nos tipos E e D também foram as que menos receberam médicos do PMM e, grande parte delas, por não contar com equipes completas, não puderam participar do PMAQ-AB.

As razões para explicar as características desses investimentos não podem ser verificadas neste estudo. Entretanto, supõe-se que a autonomia do gestor municipal em aderir ou não aos programas com indução financeira do gestor federal, a instabilidade na gestão e insuficiente capacida-

de técnica gerencial das Secretarias Municipais de Saúde para elaboração de projetos, aliados à decisão sobre onde realizar os investimentos no território municipal, pode estar relacionado aos resultados encontrados. Neste sentido, é preciso reconhecer e construir estratégias que possibilitem atingir essas UBS, de modo que agreguem condições para receber e fixar profissionais, inclusive os médicos, que possam dispor de meios para realizar ações com qualidade e alcançar melhores resultados em saúde.

A identificação de elevada proporção de médicos do PMM implantados em UBS com médicos, segundo os dados do PMAQ-AB, sugere a inserção destes profissionais em equipes incompletas ou com elevada rotatividade ou processo de substituição por médicos do PMM. Embora não haja estatísticas oficiais disponíveis sobre a proporção de EqSF incompletas ao longo do tempo, estima-se em até 30% a proporção de EqSF com intermitência na presença de médicos, com repetidos períodos de ausência deste profissional nas equipes. Em 2012 estimava-se, por exemplo, em Natal, que 47% das 116 EqSF implantadas estavam incompletas por falta de médicos³⁰. Estudo sobre a rotatividade de médicos na ESF na cidade de São Paulo mostrou rotatividade elevada (> 25%) em oito das onze instituições parceiras pesquisadas, sendo que em cinco delas a rotatividade anual foi maior de 40%¹⁹. Estes resultados sugerem que é frequente a presença de equipes incompletas com intermitência do profissional médico mesmo em cidades com elevada disponibilidade, como São Paulo, com razão de 4,65 médicos por mil habitantes⁷.

Essas estimativas são coerentes com os resultados encontrados no presente estudo e com a evolução do número de EqSF implantadas após a entrada em ação de médicos do PMM. Segundo dados do Histórico de Cobertura da Saúde da Família (DAB/2016), em dezembro de 2012, estavam implantadas no país, 33.404 EqSF atuando em 5.297 municípios e estimativa de cobertura de 105,5 milhões de pessoas no país. Em dezembro de 2015 estavam implantadas 40.162 EqSF em 5.463 municípios e cobertura estimada de 123,6 milhões de habitantes³¹.

Ocorreu, portanto, um aumento de 6.758 equipes implantadas, no período, em mais 166 municípios e cobertura de mais 18,1 milhões de pessoas. Se 30% das 33.404 equipes implantadas em 2012 contavam com médicos de forma intermitente, pode-se estimar que cerca de dez mil EqSF estiveram incompletas por algum período de tempo. Assim, seria plausível supor que dos

17 mil médicos do PMM implantados até setembro de 2015, dez mil completaram equipes com presença intermitente e dificuldades para fixação de médicos. Outros sete mil médicos do PMM possibilitaram a criação de novas EqSF. Nesta perspectiva, não seria possível afirmar ter ocorrido um processo de substituição, mas de inserção regular de médicos nas equipes, completando-as.

Considerações finais

Os três programas apresentam sinergia no enfrentamento de desafios históricos para a qualificação da APS no país. O PMAQ-AB, ao constituir-se como um indutor de padrões de qualidade para o acesso à atenção básica, que em seu segundo ciclo teve adesão da quase totalidade das EqAB existentes, ofertou um amplo diagnóstico da infraestrutura das UBS, bem como do processo de trabalho das equipes, produzindo informações capazes de gerar aprimoramento institucional e profissional, em uma perspectiva de institucionalização da avaliação em saúde, além de introduzir a perspectiva da avaliação por desempenho.

Se é reconhecido que as condições de infraestrutura afetam a satisfação e estão associadas negativamente à rotatividade profissional, ratifica-se a importância do Requalifica UBS como estratégia para fixação da força de trabalho em saúde na APS, por meio da melhoria da infraestrutura física dos serviços. Outro achado deste estudo parece indicar que, para além da evidente ampliação do acesso à AB, por meio da criação de novas EqSF e construção de novas UBS via Requalifica, o componente de provisão de médicos tem sido uma importante estratégia, mesmo tendo caráter emergencial, para ampliar acesso e para garantir certa regularidade na permanência do profissional nas EqAB por três ou mesmo seis anos. Neste sentido, somado à melhoria da infraestrutura e qualificação do processo de trabalho, conflui para enfrentar a rotatividade e fixação de profissionais na APS.

Ainda assim, por meio do cotejamento da tipologia das UBS com a distribuição dos médicos do PMM e UBS contempladas pelo Requalifica, também se observou que UBS em piores condições tem menores chances de participar dos programas, o que enfraquece a potencialidade de redução de iniquidades no acesso aos recursos em saúde. Deve-se considerar ainda que as UBS tipos E e D estão localizadas em todas as regiões do

país, mas em maior proporção nas Regiões Norte e Nordeste, onde historicamente as dificuldades para acessar os serviços de saúde sempre estiveram presentes. Neste sentido, indaga-se a convergência entre PMM, Requalifica UBS e PMAQ-AB em alcançar equipes, serviços e populações em condições de maior vulnerabilidade.

A garantia da provisão de profissionais de saúde, especialmente médicos, para a APS – em quantidade, qualidade e adequadamente distribuídos – é um desafio enfrentado pelos diferentes países^{28,32,33}. Mesmo a Inglaterra, com sistema universal alicerçado em forte APS, tem se depaorado com diversos problemas para provisão adequada de médicos na APS (General Practitioners -GP), entre estes, o aumento de aposentadorias precoces entre os GP³⁴.

Vale lembrar, que apesar das enormes diferenças entre distintos países e seus respectivos sistemas de saúde, algumas questões têm sido identificadas reiteradamente como fatores que influenciam tanto a fixação de médicos, bem como sua qualificação para a prática da APS: os aspectos financeiros e da carreira, a possibilidade de formação e educação continuadas, e a existência de condições estruturais que permitam uma boa *performance* da prática médica²⁹.

Regular a força de trabalho em saúde de modo eficiente tem representado um desafio global. O movimento migratório de médicos, segundo Rovere¹², costuma seguir uma lógica de decisão “orientada pelo mercado” em oposição a uma lógica “orientada pelas políticas”. A complexidade da dinâmica do mercado de trabalho em saúde e dos determinantes da distribuição da força de trabalho resultam em reconhecidas dificuldades para implementação de políticas efetivas. Com uma teia de fatores que influenciam a disponibilidade da força de trabalho em saúde, construir um projeto que busque enfrentar o movimento de esvaziamento nas áreas remotas e vulneráveis constitui um desafio em todo o mundo. O Brasil se insere nesta conjuntura, apresentando dificuldades relacionadas à força de trabalho em saúde que antecedem ao SUS, sendo os três programas analisados iniciativas mais sistêmicas e estratégicas de enfrentamento do problema.

Por fim, conclui-se que o PMM, em seus componentes provisão e formação, aliado ao Requalifica UBS e ao PMAQ AB compõem uma proposta sistêmica, não pontual, de enfrentamento dos principais motivos que dificultam a formação, provimento e fixação de médicos nas mais diferentes áreas do país.

Colaboradores

L Giovanella, MHM Mendonça, MCR Fausto, PF Almeida, A Bousquat, JG Lima e H Seidl participaram da concepção, análise e redação final do artigo; ER Fusaro na metodologia e na análise estatística; SZF Almeida na análise dos dados do Programa Requalifica UBS e CM Franco na análise de dados do Programa Mais Médicos. L Giovanella, MHM Mendonça, MCR Fausto, PF Almeida, A Bousquat, JG Lima, H Seidl, ER Fusaro, SZF Almeida e CM Franco participaram igualmente da revisão crítica final do artigo.

Referências

1. Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate* 2014; 51:14-29.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 21 out.
3. Carvalho M, Santos NR, Campos GWS. 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.
4. OECD. OECD Health Statistics 2015 - Frequently Requested Data. [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>
5. Giovanella L, Almeida PF, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate* 2015; 39(105):300-322.
6. Scheffer M, coordenador. *Demografia médica no Brasil*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); 2013. Vol. 2. [acessado 2015 set 18]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf.
7. Scheffer M, coordenador. *Demografia médica no Brasil* 2015. São Paulo: Departamento de Medicina preventiva da faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Conselho Federal de Medicina (CFM); 2015.
8. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1(7696):405-412.
9. Morais I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, Rosa W, Mendonça A, Sousa M. Jornais Folha de São Paulo e Correio Brasiliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? *Rev. esc. enferm. USP* 2014; 48(spe 2):107-115.
10. Giovanella L, Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-546.
11. Rodrigues PHA, Ney MS, Paiva CHA, Souza LMBM. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2013; 23(4):1147-1166.
12. Rovere MR. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):635-636.
13. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* 2014; 38(spe):94-108.
14. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 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* 2013; 22 out.
15. Santos MPS, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552.

16. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC). Portaria Interministerial MS/MEC nº 1369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2013; 8 jul.
17. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM/ NESCON/ FM/UFGM. *Dados Estatísticos sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em atenção primária no Brasil*. Belo Horizonte: NESCON/FM/UFGM; 2015. [acessado 2016 fev 23]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa_Andamento/Impacto_Programa_Mais_Medicos.pdf
18. SCNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. DATASUS. 2015. [acessado 2015 set 30]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
19. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. *Revista de Administração Pública* 2008; 42(2):47-68.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: MS; 2015.
21. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex* 1986; 28(3):324-327.
22. Silva L, Formigly V. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saude Publica* 1994; 10(1):80-91.
23. Giovannella L, Bousquat A, Fausto MCR, Fusaro E, Mendonça MHM, Gagno J. *Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras*. [Nota Técnica], Pesquisa Regiões e Redes, 2015. [acessado 2015 Dez. 13]. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/Novos-Caminhos05_ValeEste.pdf
24. SISMOB. Sistema de Monitoramento de Obras. Acesso restrito. [acessado 2015 Nov 20]. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/login.php>.
25. Brasil. Saúde com transparência. Portal da transparência. 2016. [acessado 2016 fev 18]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portalttransparencia/index.jsf>
26. Dutra M. Mais Médicos tem orçamento de R\$1,9 bilhão em 2014. *Contas abertas* 2014 Fev 11. [acessado 2016 fev. 18]. Disponível em: www.contasabertas.com.br/website/arquivos/7779
27. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1521-1531.
28. Moosa S, Wojcowski S, Hoffmann K, Poppe A, Nkomazana O, Peersman W, Willcox M, Derese A, Mant D. The inverse primary care law in sub-Saharan Africa: a qualitative study of the views of migrant health workers. *Br J Gen Pract* 2014; 64(623):e321-e328.
29. Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2008; 8:247.
30. Tribuna do Norte. Metade das equipes está incompleta. 3.8.2012. [acessado 2016 fev 19]. Disponível em: <http://tribunadonorte.com.br/noticia/metade-das-equipes-esta-incompleta/227754>.
31. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2016. [acessado 2016 fev 26]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
32. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research* 2008; 8:19.
33. Mash R, Almeida M, Wong WCW, Kumar M, Von Pressentin KB. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa. *Human Resources for Health* 2015; 13:93.
34. Sansom A, Calitri R, Carter M, Campbell J. Understanding quit decisions in primary care: a qualitative study of older GPs. *BMJ* 2016; 1:9.

Artigo apresentado em 15/03/2016

Aprovado em 14/06/2016

Versão final apresentada em 16/06/2016