



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

da Silva Carvalho, Viviane Karoline; Pintas Marques, Carla; Nunes da Silva, Everton
A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS
para provimento de médicos

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 9, septiembre, 2016, pp. 2773-2784

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047411016>

- 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 contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos

Mais Médicos (More Doctors) Program: its contribution in view of WHO recommendations for provision of doctors

Viviane Karoline da Silva Carvalho ¹

Carla Pintas Marques ¹

Everton Nunes da Silva ¹

Abstract *In order to examine whether Brazil's Mais Médicos (More Doctors) Programme (PMM) reflected World Health Organisation (WHO) recommendations for improved attraction, retention and recruitment of health workers in remote and rural areas, this descriptive, qualitative study drew on document analysis in order to compare the WHO recommendations published in 2010 with Brazil's Law No. 12,871/13, which instituted the PMM. Of the 16 WHO recommendations systematised here, the PMM met 37.5%. Recommendations not incorporated into the PMM include career development programmes and public recognition strategies. Although reflecting WHO recommendations and already in place elsewhere in the SUS prior to announcement of the PMM, the National Retention Grant Programme and multi-professional teams (as in the Family Health Strategy) were not implemented by the PMM. The programme contains innovative components such as a new curriculum for medical schools and compulsory medical service. On the other hand, the PMM could have invested more in personal and professional support.*

Key words Shortages of doctors, Unequal distribution, Attraction, retention and recruitment of health workforce, Provision of health workers, Rural doctors

Resumo *Este estudo tem como objetivo analisar se o Programa Mais Médicos (PMM) contemplou as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) relacionadas ao aprimoramento da atração, do recrutamento e da retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, baseado em análise documental, no intuito de comparar se as recomendações publicadas em 2010 pela OMS foram contempladas na Lei 12.871/13, que instituiu o PMM. Ao total, foram sistematizadas 16 recomendações da OMS, para as quais o PMM atendeu a 37,5%. Entre as recomendações não contempladas, encontram-se a ausência de programas de desenvolvimento da carreira e de medidas de reconhecimento público. Algumas recomendações que não foram atendidas pela PMM já estavam sendo desenvolvidas, tais como o Programa Nacional de Bolsa Permanência para estudantes de nível superior e a inserção de diferentes profissionais de saúde no SUS (Estratégia Saúde da Família). O programa apresenta fatores inovadores, como a mudança curricular do curso de medicina e o serviço médico obrigatório, entretanto, poderia ter feito mais investimentos na categoria de apoio pessoal e profissional.*

Palavras-chave Escassez de médicos, Distribuição desigual, Atração, retenção e recrutamento de força de trabalho, Provimento de profissionais de saúde, Médicos rurais

¹ Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Centro Metropolitano de Ceilândia Quadra 1/Bloco A, Ceilândia Sul. 72220-140 Brasília DF Brasil. vivi_unb@hotmail.com

Introdução

A má distribuição de médicos é um problema que ocorre em vários países e vem sendo analisada de forma sistemática desde a década de 1960¹. O número de vagas desocupadas nos serviços de saúde evidencia a falta de seus profissionais, fator que existe em países tanto ricos como pobres². Além disso, a escassez de profissionais da saúde, em particular de médicos, é mais acentuada em áreas remotas e socioeconomicamente vulneráveis^{3,4}.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde⁵, metade da população mundial reside em áreas rurais e remotas, enquanto a maioria dos trabalhadores de saúde vive e trabalha nas cidades. A distribuição geográfica de profissionais de saúde é um fator que não pode ser tratado isoladamente, visto que a decisão do médico de permanecer ou deixar áreas rurais depende de vários fatores^{4,6}. Segundo Dussault e Franceschini², algumas estratégias adotadas para enfrentar o problema da má distribuição de profissionais de saúde são medidas desenvolvidas em resposta a crises, mas devem considerar fatores que vão além do domínio exclusivo da saúde, criando ações integradas e coordenadas que avaliem de forma abrangente o ambiente no qual o profissional será inserido. Carvalho e Sousa⁷ destacam que as políticas de provimento devem ter como foco a mudança do processo de trabalho, promovendo uma integração entre as universidades e os serviços para alterar a realidade local.

Com a melhora das condições de vida e do acesso à informação, a população passa a ter expectativas cada vez maiores sobre o tipo de serviço de saúde que deveriam receber⁸. Nos últimos anos, o SUS vem sendo reestruturado, com ações que priorizam a atenção básica, a qual é a principal porta de entrada no sistema para fornecer atenção ao usuário. Mesmo com essas mudanças, pessoas que vivem em áreas remotas ou rurais ainda enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde^{9,10}.

A medicina da família não é algo novo no Brasil ou no mundo¹¹ e pode ser considerada uma especialidade médica estratégica com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), pois reduz internações por condições sensíveis à atenção primária¹² e mortalidade¹³. Pode ser considerada a especialidade médica da integralidade, pois oferece um cuidado abrangente e continuado para pessoas de todas as idades, gêneros, culturas e credos, com foco no contexto social onde cada um está inserido^{11,14}. O desenvolvimento de médicos especializados em medicina da família pode ser considerado a chave para uma estrutura

forte de atenção primária em qualquer sistema de saúde, especialmente para os de cobertura universal, como o SUS^{8,9,15-17}.

A saúde da população de áreas rurais e remotas não pode ser tratada da mesma forma que a de áreas urbanas, pois o contexto no qual a população está inserida é diferente. Além disso, a população de áreas rurais e remotas está exposta a diferentes tipos de riscos, apresenta maior frequência de determinados problemas de saúde, difere em termos de índices de saúde e de determinantes sociais, enfrenta de forma mais acentuada problemas como dificuldade no acesso aos serviços de saúde, gerando uma taxa de cobertura preventiva inferior a das áreas urbanas e uma menor quantidade e variedade de profissionais de saúde¹⁸⁻²⁰.

Para atender as necessidades de saúde da população em áreas rurais e remotas, os profissionais de saúde devem ter uma abordagem biopsicossocial do processo saúde e adoecimento, esforçando-se em: i) entender o contexto da doença; ii) priorizar o atendimento focado no indivíduo, estimulando sempre a sua autonomia; iii) ter uma relação próxima com a comunidade, percebendo que ele pertence a uma ampla rede de atenção à saúde; iv) enxergar cada contato com os usuários como uma oportunidade de prevenção e educação em saúde; v) desenvolver habilidades para lidar com condições de saúde tipicamente rurais; vi) ter o trabalho em equipe estimulado e a formação profissional direcionada para desenvolver habilidades diferentes que possam atender indivíduos que, nas áreas urbanas, normalmente seriam encaminhados para outros locais do sistema de saúde, com o objetivo de diminuir os obstáculos de um acesso integral^{11,19-22}.

Segundo Gustavo Gusso²³, Diretor Cultural e de Divulgação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, o médico de família e comunidade (que possui diferentes denominações de acordo com os países) pode ser considerado o profissional de primeiro contato em países como o Canadá, Inglaterra, Holanda e Portugal, sendo que no Canadá esses profissionais generalistas correspondem a 55% de todos os médicos e na Inglaterra correspondem a 51%.

O Canadá depende tanto de médicos estrangeiros como formados no país para abastecer as áreas rurais, e para que se possa fazer isso de forma estável e suficiente é necessário aumentar o número de médicos canadenses com interesse em trabalhar em áreas rurais²⁴. A Austrália também lida com a escassez profissional em áreas rurais e remotas e o aumento do número de estágios de medicina por si só pode não ser suficiente

para atender às suas necessidades atuais²⁵. De acordo com a Rural Health Workforce Australia (RHWA), no ano de 2015, a Austrália recrutou cerca de 549 profissionais de saúde para atuar em comunidades rurais e nos serviços médicos aborígenes, forneceu subsídio para realocação de 58 dentistas, deu suporte para mais de 2.500 famílias de médicos rurais e apoiou cerca de 6.000 profissionais de saúde e 1.800 de práticas rurais, além de incentivar experiências rurais positivas para os estudantes das áreas de saúde²⁶.

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde⁵ desenvolveu um conjunto de estratégias para melhorar a atração, a retenção e o recrutamento de profissionais de saúde em áreas rurais, presentes no documento *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*. O objetivo deste documento é o de orientar os países com propostas para enfrentar a dificuldade de atrair, recrutar e reter profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. As estratégias são indicadas para todos os tipos de profissionais de saúde, desde aspirantes/estudantes de algum curso de saúde até trabalhadores de saúde formais, como por exemplo, gestores e médicos.

Países em desenvolvimento fazem investimentos na formação de profissionais de saúde e podem não ter um retorno desse investimento caso os trabalhadores decidam migrar para o estrangeiro, onde geralmente há mais desenvolvimento econômico que no país de origem^{17,27}.

Segundo Sheffer²⁸, existe uma concentração maior de médicos no setor privado, com base na diferença entre o número de médicos que estão registrados no Conselho Federal de Medicina (CFM) e os médicos do SUS que estão cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ainda de acordo com o autor, a região Sudeste apresenta maior razão de médicos que prestam serviços ao SUS, de 1,35 médico para cada 1.000 moradores, seguida da região Sul (1,21/1.000), da Centro Oeste (1,13/1.000), da Nordeste (0,83/1.000) e da Norte (0,66/1.000)²⁸.

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013²⁹, com o objetivo de aumentar os recursos humanos para o SUS, principalmente em áreas que apresentam um baixo número de médicos por habitante. A campanha “cadê o médico?” ocorreu em Brasília, em janeiro de 2013, durante o “Encontro dos Prefeitos”, onde foram feitas reivindicações para que o governo federal atuasse ativamente no provimento desses profissionais nas diversas regiões do país, bem como que as normas para a entra-

da dos estrangeiros fossem flexibilizadas, com o objetivo de que estes pudessem atuar na atenção básica⁷. Diante dessa demanda e visando amparar a curto prazo as regiões com maior necessidade e gerar impacto nos indicadores de saúde, instituiu-se o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que conta com a atuação de médicos brasileiros e estrangeiros atuando nessas áreas³⁰.

Para alcançar seus objetivos, o PMM está estruturado: i) na mudança da matriz curricular e reordenação da oferta de cursos de medicina, bem como ampliação das vagas, priorizando lugares com escassez de médicos; ii) no estabelecimento do serviço obrigatório na atenção básica ou nos serviços de urgência e emergência do SUS para graduandos em medicina a partir do primeiro semestre de 2015; e iii) na contratação de médicos brasileiros, brasileiros formados no exterior, e estrangeiros por um período de três anos (prorrogáveis por mais três) para atuarem em municípios com poucos profissionais de saúde. Até o julho de 2014, o programa ampliou a assistência na atenção básica e está beneficiando cerca de 50 milhões de brasileiros, pois, por meio do PMM, 14.462 médicos passaram a atender a população de cerca de 68% dos municípios do país, além dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas³¹. Além disso, está prevista a criação de 11,5 mil vagas de graduação em medicina até 2017, e 12,4 mil vagas de residência médica para formação de especialistas até 2018, com foco no aprimoramento da atenção básica, da Estratégia de Saúde da Família e áreas prioritárias para o SUS³².

Na perspectiva de refletir sobre a má distribuição de médicos no Brasil e sobre as orientações globais da OMS, o presente estudo tem como objetivo analisar se o PMM contemplou as recomendações da OMS relacionadas ao aprimoramento da atração, do recrutamento e da retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais.

A importância e a relevância do estudo justifica-se pelo PMM ser, no atual momento, a principal política pública de provimento de recursos humanos para a área da saúde e de reformulação da formação e do trabalho médico no país³³, além da forte influência que a OMS exerce no panorama mundial, por se tratar de uma organização internacional com representações em diversos países. Outro fator é que as recomendações da OMS foram desenvolvidas com base em experiências de outros países, o que contribui para indicar quais estratégias são exitosas ou não, reforçando a importância de tomar decisões baseadas em evidências.

Método

O presente estudo é descritivo, qualitativo e teve como foco a análise documental, no intuito de comparar as recomendações publicadas em 2010 pela OMS com a Lei 12.871/13, que instituiu o Programa Mais Médicos. A análise documental teve como fonte de dados o documento publicado sobre as recomendações globais da OMS *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*⁵ e a Lei 12.871/13²⁹. Após, foi realizada uma sistematização das informações e a análise crítica das informações.

O documento de recomendações foi desenvolvido por um grupo abrangente de peritos convocados pela OMS, que envolvia desde tomadores de decisão até representantes de profissionais, e tinha como objetivo examinar as evidências científicas existentes para fornecerem “uma orientação prática para os tomadores de decisão sobre como projetar, implementar e avaliar estratégias para atrair e reter trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas”⁵. A construção foi feita com base em uma revisão de estudos/relatórios relacionados com retenção, recrutamento e atração de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais, além de reuniões entre os peritos nos anos de 2009 e de 2010. Foi usado como sistema de avaliação das evidências de intervenções o sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*), além de informações extras adicionadas pelos peritos como forma de complemento ao sistema GRADE. As propostas foram feitas com base em sete princípios para melhorar o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais: focar na equidade em saúde; garantir políticas de retenção rurais como parte do plano nacional de saúde; compreender a força de trabalho em saúde; compreender fatores amplos, como contexto social, econômico e políticos; fortalecer a gestão de recursos humanos; envolver-se em todas as partes interessadas desde o início do processo; tornar um hábito o processo de avaliação das intervenções.

A versão eletrônica do documento de recomendações estava disponível no *site* da OMS e, apesar do documento indicar que as informações nele contidas eram válidas até o ano de 2013, decidiu-se adotar esse documento por três motivos: o primeiro refere-se ao ano em que o Programa Mais Médicos foi instituído (2013), ou seja, ainda estava dentro do prazo de validade das informações; o segundo é que as recomendações do ano de 2010 foram as primeiras a serem publicadas

sobre essa temática⁵; e, por fim, não foi encontrado outro documento de recomendações publicado após o ano de 2010 na data da elaboração do presente estudo. Por se tratar de dados secundários e disponíveis publicamente na literatura, não houve necessidade de submeter este estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

As recomendações da OMS foram divididas em quatro categorias: i) educação; ii) aspectos regulatórios; iii) incentivos financeiros; iv) apoio profissional e pessoal. As categorias podem ser observadas de forma mais detalhada no Quadro 1.

Resultado

O Quadro 2 traz a análise comparativa entre as recomendações da OMS e as ações implementadas pelo PMM. Manteve-se a estrutura do relatório da OMS, a qual está dividida em quatro categorias: educação, regulação, incentivo financeiro e apoio profissional e pessoal.

Na categoria educação, o PMM atende duas das cinco ações propostas pela OMS, atingindo 40% das recomendações. Em relação aos itens não atendidos, a regulamentação do PMM não faz menção explícita sobre a priorização de estudantes provenientes de áreas rurais para ingressar em cursos de medicina, sobre escalas clínicas que sejam desenvolvidas especificamente em áreas rurais durante a graduação e sobre desenvolver currículos que reflitam os problemas das áreas rurais e remotas. O Quadro 2 traz a descrição dos itens atendidos, referentes a escolas de saúde para profissionais fora das grandes cidades (criação de novos cursos de medicina em regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante) e desenvolvimento profissional contínuo para os trabalhadores de saúde rurais (cursos de especialização com foco no SUS).

A ampliação da carga horária do internato médico na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência não pode ser considerada um fator relacionado com as escalas clínicas em áreas rurais durante os estudos, assim como as novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina não podem ser relacionadas com currículos que refletem problemas de saúde rurais, pois, apesar de na prática os médicos trabalharem de acordo com as demandas da comunidade na qual estiverem inseridos, na lei esses dois itens não referem-se diretamente às especificidades das áreas rurais e remotas.

Em relação à categoria regulação, dos quatro itens propostos pela OMS, dois foram implementados pelo PMM, como pode ser visto no Quadro 2, atingindo 50% das recomendações.

Quadro 1. Categorias de intervenções usadas para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais, segundo a OMS (2010).

Categoria de intervenção	Exemplos	Explicação
A. Educação	A1 - Estudantes de origens rurais	Usar políticas para admissão de estudantes de áreas rurais com o objetivo de aumentar a probabilidade dos diplomados trabalharem em áreas rurais
	A2 - Escolas de Saúde para profissionais fora das grandes cidades	Criar escolas de medicina em áreas rurais com o objetivo de formar mais médicos que trabalhem nessas áreas
	A3 - Escalas Clínicas em áreas rurais durante os estudos	Expor os alunos de graduação a experiências na área rural, com o objetivo de influenciar positivamente a atração e o recrutamento de profissionais de saúde para estas áreas
	A4 - Currículos que refletem problemas de saúde rurais	Revisão curricular para incluir mais matérias de atenção básica e temas rurais.
	A5 - Desenvolvimento profissional contínuo para os trabalhadores de saúde rurais	Projetos de educação continuada e programas de desenvolvimento profissional
B. Regulatório	B1 - Alcance ampliado do campo de prática	Regulamentar formas avançadas de prática em áreas rurais e remotas para aumentar o potencial de satisfação no trabalho.
	B2 - Diferentes tipos de trabalhadores de saúde	Introduzir diferentes tipos de profissionais de saúde com formação e prática em áreas rurais.
	B3 - Serviço obrigatório	Serviço obrigatório em áreas rurais com apoio e incentivos adequados
	B4 - Educação subsidiada em troca do serviço	Fornecer bolsas de estudo ou outras formas de financiamento da educação para os alunos que se propuserem a prestar serviço em áreas rurais
C. Incentivos financeiros	C1 - Incentivos financeiros apropriados	Usar uma combinação de incentivos financeiros fiscalmente sustentáveis (transporte livre, férias remuneradas, auxílio habitação e etc).
D. Apoio profissional e pessoal	D1 - Melhores condições de vida	Melhorar as condições de vida dos trabalhadores através de investimentos em infraestrutura e serviços, como por exemplo saneamento, eletricidade, telecomunicações, escolas, e etc.
	D2 - Ambiente de trabalho seguro e de apoio	Garantir todo o equipamento e suprimentos necessários para o ambiente de trabalho.
	D3 - Apoio Solidário (Outreach)	Implementar ações de sensibilização entre os profissionais de saúde para promover a cooperação profissional.
	D4 - Programas de desenvolvimento de carreira	Apoiar planos de desenvolvimento de carreiras para trabalhadores de áreas rurais.
	D5 - Redes profissionais	Apoiar o desenvolvimento de redes e associações profissionais com o objetivo de melhorar a moral dos trabalhadores de saúde e reduzir a sensação de isolamento profissional.
	D6 - Medidas de reconhecimento público	Elaborar e incentivar medidas de reconhecimento profissional para promover a motivação profissional

Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos no relatório da OMS⁵.

Quadro 2. Categorias de intervenções usadas no Programa Mais Médicos em comparação com as recomendações da OMS para melhorar atração, recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais.

Categoria de intervenção	Exemplos	Programa Mais Médicos (Lei 12.871/13 e MP. 621/13)	
		O programa conta com alguma intervenção nessa área?	
		Sim	Não
A. Educação	A1 - Estudantes de origens rurais		X
	A2 - Escolas de Saúde para profissionais fora das grandes cidades	I - Reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos.	
	A3 – Escalas Clínicas em áreas rurais durante os estudos		X
	A4 - Currículos que refletem problemas de saúde rurais		X
	A5 - Desenvolvimento profissional contínuo para os trabalhadores de saúde rurais	Art. 4 § 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei. Art. 14. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço. (Projeto Mais Médicos para o Brasil)	
B. Regulação	B1 – Alcance ampliado do campo de prática		X
	B2 - Diferentes tipos de trabalhadores de saúde		X
	B3 - Serviço obrigatório	§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica: I - Medicina Interna (Clínica Médica); II - Pediatria; III - Ginecologia e Obstetrícia; IV - Cirurgia Geral; V - Psiquiatria; VI - Medicina Preventiva e Social.	
	B4 - Educação subsidiada em troca do serviço	Art. 19. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades: I - bolsa-formação; II - bolsa-supervisão; e III - bolsa-tutoria.	

continua

Os dois itens não atendidos foram: estender os incentivos a outros profissionais da saúde, além dos médicos; e regulamentar formas avançadas de prática em áreas rurais e remotas para aumentar o potencial de satisfação no trabalho.

Há apenas um item referente à categoria incentivo financeiro apropriado aos profissionais de saúde, o qual foi implementado pelo PMM por meio de rendimento mensal não tributável e outros auxílios de deslocamento, de moradia, de

Quadro 2. continuação

Categoria de intervenção	Exemplos	Programa Mais Médicos (lei 12.871/13 e MP. 621/13)	
		O programa conta com alguma intervenção nessa área?	
		Sim	Não
C. Incentivos financeiros	C1 - Incentivos financeiros apropriados	Art. 19. § 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação. (Projeto Mais Médicos para o Brasil) Art. 19. § 2º É a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde. (Projeto Mais Médicos para o Brasil) Alimentação, deslocamento, água potável e moradia - Portaria SGTES/MS nº 30 de 12/02/2014. (Projeto Mais Médicos para o Brasil)	
D. Apoio profissional e pessoal	D1 - Melhores condições de vida		X
	D2 - ambiente de trabalho seguro e de apoio	Art. 30. § 2º O SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais.	
	D3 – Apoio Solidário (Outreach)		X
	D4 - programas de desenvolvimento de carreira		X
	D5 - redes profissionais		X
	D6 - Medidas de reconhecimento público		X

Fonte: elaboração própria com base nas recomendações da OMS⁵ e Lei 12.871/13²⁹ e demais leis, portarias e mp do PMM³⁴⁻³⁶.

alimentação e de formação complementar (Quadro 2).

A categoria apoio profissional e pessoal é a que possui mais itens propostos pela OMS, totalizando seis recomendações. Destes, o PMM atende a apenas uma: aprimoramento das condições de trabalho, visto que há menção na regulamentação do PMM de que o SUS terá o prazo de cinco anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura.

O Gráfico 1 sumariza o percentual de atendimento das recomendações sinalizadas pela OMS. Das dezesseis propostas, o PMM contemplou seis delas, totalizando 37,5%. Entre as quatro cate-

gorias a que mais se destaca é a categoria incentivos financeiros, entretanto, essa categoria conta com apenas uma recomendação que sugere que os incentivos financeiros sejam sustentáveis em termos fiscais. Em sequência vem a categoria regulatório, educação e por fim, apoio profissional e pessoal.

Discussão

No Brasil, a grande desigualdade da distribuição geográfica dos médicos sofre influência de diversos fatores, como a distribuição das faculdades

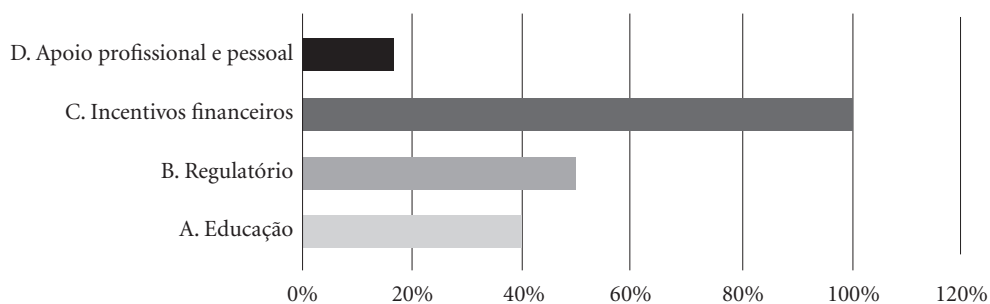


Figura 1. Descrição da seleção dos estudos.

Fonte: elaboração própria.

de medicina e dos programas de residência. De acordo com Póvoa *et al.*³⁷, os médicos estão concentrados em áreas com maior desenvolvimento econômico e com maior concentração de programas de residência, como acontece nas Regiões Sul e Sudeste, que têm 70,1% das faculdades de medicina do Brasil e promove uma distribuição desigual dos médicos, já que o Sudeste oferece 57% das vagas e conta com 57,7% do total de médicos. O Brasil precisa de mais oferta de vagas em Medicina da Família e Comunidade e de incentivos para atrair os profissionais para essa área³⁸.

Segundo a Organização Mundial de Médicos de Família – WONCA, desenvolver programas de residência de medicina da família em áreas rurais podem ser vistos como estratégias padrão ouro para aumentar o número de profissionais em áreas rurais e descentralizar a distribuição dos médicos, mas garantindo a qualidade do programa de residência¹⁷. Como faz parte de uma cobertura universal, a medicina da família se preocupa com a equidade e com o direito de cada um com a saúde⁸. Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade – SBMFC¹¹, alguns países como Canadá, Inglaterra, Cuba, Holanda e Portugal adotam o especialista em medicina da família como o profissional do primeiro contato: no Canadá, esses profissionais representam 55% de todos os médicos do país, na Inglaterra, 51%, em Cuba, cerca de 65%, e na Holanda somam 33%.

A criação e a reordenação de vagas de residência em medicina são ações do PMM que estão de acordo com as recomendações da OMS, e prioriza as áreas que possuem um menor número de médicos por habitantes, a exemplo do Norte e Nordeste e de cidades do interior de todas as regiões brasileiras. Aproximadamente quarenta municípios estão previstos para receber novos

curso de medicina, perfazendo um incremento potencial de 4.460 novas vagas de graduação e 2.822 novas vagas de residência em 2014³².

O Conselho Federal de Medicina³⁹ posicionou-se contra a abertura de novos cursos de medicina, pois alegam que seria mais vantajoso investir os recursos financeiros nos cursos que já existem, pois os lugares selecionados não apresentam capacidade de oferecer uma formação de qualidade. Ribas⁴⁰, vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, afirma que “o Brasil tem hoje 400 mil médicos e começa a formar outros 18 mil a cada ano. Os números são mais do que necessários à nossa realidade”. Segundo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP²⁸, se o ritmo atual de abertura de escolas e vagas de medicina for mantido, o país atingirá em 2022 a razão de 2,52 médicos por 1.000 habitantes, entretanto, se não houver uma mudança no sistema de saúde brasileiro e nas medidas de atração e fixação de médicos, esse aumento não será capaz de reduzir as desigualdades que existem entre as regiões e entre o setor público e o setor privado de saúde.

Em oposição, o Centro de Estudos Brasileiros em Saúde – CEBES⁴¹ não concorda com argumentações feitas por entidades médicas que relatam a suficiência de médicos, e aponta a deficiência e a má alocação de médicos como um problema grave. A criação de escolas médicas em lugares que não contam com cursos de medicina é uma forma de melhorar a distribuição dos serviços de saúde e dos profissionais³⁷ e, como exemplo de que o recrutamento rural foi desenvolvido em alguns cursos com um relativo sucesso, Dussault e Franceschini² lembram da Tailândia, que tem o objetivo de formar 300 médicos por ano para trabalhar em áreas rurais.

Nas orientações da OMS não constava nenhuma recomendação sobre a contratação de médicos estrangeiros, entretanto, devido à situação do Brasil que apresenta tanto um baixo número como uma má distribuição, a atração de profissionais de fora pode ser vista como uma medida emergencial importante para atender a população. De acordo com alguns autores^{2,42}, contratar médicos de outros países é uma medida importante para combater a escassez de médicos em áreas rurais, como no caso da Austrália, por exemplo, que desde a década de 1990 vem buscando estratégias para enfrentar esse problema e conta com médicos estrangeiros para manter o funcionamento do sistema de saúde australiano^{28,42,43}.

O PMM oferece aos médicos que fazem parte do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) atividades de educação continuada que envolvem ensino, pesquisa e extensão sob a orientação de médicos supervisores e tutores. A importância da educação continuada é mostrada por White et al.⁴⁴ por meio de entrevistas e relatos de 429 médicos de comunidades rurais, em que 80% dos que foram entrevistados afirmaram que caso não houvesse essa medida eles seriam menos propensos a continuarem exercendo suas funções nesses locais. No âmbito do PMM, a educação continuada é implementada por meio de curso de pós-graduação, tendo o SUS como contexto da especialização. Segundo o relatório do Tribunal de Contas da União – TCU⁴⁵ sobre o PMM, ainda há espaço para aprimoramento do curso de especialização, pois o número de médicos supervisores e tutores ainda está aquém do instituído nas normas do PMM.

O serviço obrigatório faz parte do PMM e foi instituído pela Medida Provisória nº 621/13³⁴, sendo válido a partir de 1º de janeiro de 2015 para os integrantes dos cursos de medicina. Como o presente estudo foi realizado no ano de início do serviço obrigatório, não havia nenhum dado disponível nesse sentido no PMM. Essa modalidade de serviço, apesar de ser um dos fatores inovadores do PMM para o SUS, não é uma exclusividade do Brasil, tendo sido implementada em várias partes do mundo, abrangendo também outros tipos de profissionais de saúde além do médico, como enfermeiras e parteiras⁴⁶. Na Colômbia, o serviço obrigatório acontece de forma descentralizada, possui um forte vínculo com as universidades e são os hospitais que ficam responsáveis por administrar as vagas¹.

Os incentivos financeiros dividem opiniões. Garcia et al.³⁰ defendem que a partir da abertura do mercado de trabalho e de incentivos financeiros a quantidade de médicos por habitantes pode

ser aumentada e as diferenças entre as regiões diminuída. Por outro lado, Dussault e Franceschini² acreditam que os incentivos financeiros podem não ser capazes de melhorar a distribuição de profissionais de saúde. Reis et al.⁴⁶ argumentam que apesar do dinheiro ser um bom incentivo, ele não é suficiente, e que outros tipos de recompensa podem ser mais eficazes, como por exemplo, cursos e prêmios.

Com relação à categoria ambiente de trabalho, se deve garantir todos os equipamentos e suprimentos necessários, e o SUS terá o prazo de cinco anos para equipar as unidades básicas de saúde com equipamentos de qualidade e infraestrutura, por meio de ações a serem definidas nos planos plurianuais. Mendonça et al.⁴⁷ destacam a fala de gestores e profissionais de saúde que relataram a necessidade de intervenções que promovam uma boa organização, um ambiente de trabalho limpo e confortável, disponibilidade de material apropriado, segurança física e mental e condições que estejam de acordo com as funções dos profissionais. A OMS⁵ reitera a importância do investimento em melhorias na infraestrutura das áreas rurais que, além de melhorar a retenção dos profissionais de saúde, pode deixar o ambiente mais atraente para todos os setores econômicos; a importância das atividades de sensibilização para reduzir a sensação de isolamento profissional, principalmente em áreas afastadas e indica o uso de mecanismos como o “telessaúde” e visitas de médicos ou equipes de outras localidades; a importância de planos de carreira para melhorar a moral e o *status* profissional dos trabalhadores de saúde, o que pode levar a um aumento de satisfação e desempenho no trabalho; destaca a categoria de medidas de reconhecimento público como sendo de baixo custo, representando um passo importante na melhoria do reconhecimento aos trabalhadores rurais, além de sugerir a concessão de títulos e a publicação de trabalhos desenvolvidos em áreas rurais, com o objetivo de divulgar as práticas rurais e promover uma possível atração de jovens médicos para a atuação nesses locais.

Uma das recomendações da OMS que não foi atendida refere-se ao uso de políticas para admissão de alunos em áreas rurais. Não foi encontrada na Lei 12.871/13²⁹ e na MP 621/13³⁴, que instituem o PMM, algum fator que correspondesse à essa recomendação, entretanto, existe o Programa Bolsa Permanência – PBP que, apesar de não estar diretamente ligado à graduação na área da saúde, tem como objetivo conceder incentivos financeiros a estudantes de instituições federais de ensino superior que estão em situação de vulne-

tabilidade socioeconômica e para estudantes indígenas e quilombolas⁴⁸. Na Austrália, como visto por Maciel Filho¹, os estudantes de medicina de origem rural apresentavam interesse em retornarem para seu local de origem após o término do curso e, diante disso, o governo australiano criou ações para motivar e estimular alunos de ensino médio de áreas rurais a cursarem medicina, usando como incentivo bolsas de estudos e um mecanismo de ingresso facilitado na faculdade.

A recomendação de alcance ampliado do campo de prática dos trabalhadores de saúde na prática rural não foi atendida pelo PMM, e está relacionada com o aumento das funções que o profissional de saúde pode exercer, como, por exemplo, tornar possível que uma enfermeira prescreva medicamentos para o usuário. Segundo a OMS⁵, há evidências de que os atendimentos que são prestados pelos trabalhadores de saúde que têm o seu campo de prática ampliado não apresentam a qualidade do atendimento diminuída e essa ampliação pode contribuir para o aumento da satisfação dos trabalhadores de saúde com o seu trabalho.

O PMM também não apresenta a inserção de diferentes tipos de profissionais de saúde, contudo, essa inserção já está presente no SUS, por meio da Estratégia Saúde da Família, que conta com equipes formadas por médico, cirurgião-dentista, enfermeiro, agentes comunitários de saúde (ACS), técnico e/ou auxiliar de saúde bucal e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. A importância da inserção e treinamento de novos profissionais de saúde é destacada pela OMS⁵ como um meio de conseguir profissionais de forma mais rápida devido ao menor tempo de treinamento dos mesmos, além de ser uma opção mais econômica, o que é uma alternativa interessante para lugares com poucos recursos financeiros.

Considerações finais

O problema de escassez, retenção e atração de trabalhadores de saúde para áreas rurais e vulneráveis é um problema global. Vários fatores podem influenciar o processo migratório dentro do país, como por exemplo, planos de carreira, localização, valorização profissional e acreditar que é possível conseguir um melhor desenvolvimento pessoal, profissional e financeiro em áreas urbanas.

Diversos países vêm implementado medidas para diminuir a escassez de trabalhadores de saú-

de, cada um de acordo com suas particularidades. Entretanto, é possível que as ações que são consideradas exitosas sejam utilizadas por outros países como base para a construção de novas ações para melhorar a atração e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. A OMS destaca que é importante que haja uma articulação entre as intervenções, pois, como é um processo complexo, os resultados esperados dificilmente serão alcançados com uma única intervenção.

O PMM apresenta muitos aspectos inovadores para o SUS, como a contratação de profissionais para atuar em áreas vulneráveis; os investimentos para melhorar a infraestrutura das UBS; mudanças curriculares na formação médica; a reordenação dos cursos de medicina para as áreas que apresentam menor número de médicos e que 30% do internato médico seja desenvolvido na Atenção Básica e nos Serviços de Urgência e Emergência. O PMM atendeu 37,5% das recomendações que foram feitas pela OMS. Algumas recomendações que não foram atendidas já estavam em curso no SUS, como, por exemplo, o Programa Nacional de Bolsa Permanência e a inserção de diferentes profissionais de saúde (Estratégia Saúde da Família).

O serviço médico obrigatório também pode ser considerado um fator inovador do PMM e uma medida importante para melhorar a quantidade e distribuição de médicos no Brasil, entretanto, é importante traçar formas para que o serviço obrigatório não faça com que o SUS passe a ser visto pelos graduandos de medicina como uma forma de “punição”. A mudança curricular do curso de medicina também é algo inovador, pois, dentre todas as medidas, pode vir a ser a mais efetiva a longo prazo, já que pretende alterar o perfil do profissional que é formado no Brasil, o que pode trazer mudanças para o atual modelo de atenção.

Mesmo com todos os avanços apresentados pelo PMM, o programa poderia ter ousado e inovado mais, dando um maior destaque na lei para questões para provimento de profissionais de saúde especificamente para áreas rurais e remotas. Além disso, dar uma maior atenção para a categoria de apoio pessoal e profissional, que tem a sua importância destacada por diversos autores e apresenta um baixo investimento financeiro, bem como influencia diretamente a decisão do profissional permanecer em um local, trazendo benefícios a longo prazo e a baixo custo, o que é uma medida interessante diante da atual escassez de recursos que o SUS enfrenta.

Colaboradores

VKS Carvalho trabalhou na concepção do estudo, na análise e interpretação dos dados, revisão de literatura e formatação do artigo. CP Marques e EN Silva auxiliaram na revisão de literatura, análise dos dados, formatação do artigo e revisão final do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Referências

- Maciel Filho R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007.
- Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health* 2006; 4(12):1-15.
- Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(10):1924-1926.
- Dolea C, Stormonta L, Braicheta JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88(5):379-385.
- World Health Organization (WHO). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. Geneva: WHO; 2010.
- Rourke JTB. Politics of rural health care: recruitment and retention of physicians [editorial]. *Can Med Assoc J* 1993; 148(8):1281-1284.
- Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)* 2013; 17(47):913-926.
- Anderson MIP, Rojas ML, Taureaux N, Cuba MS. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. *Rev bras med fam comunidade* 2016; 12(Supl. 1):4-30.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
- Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC). A medicina de família e comunidade: o que, como, quando, onde, por que [um documento da sociedade brasileira de família e comunidade]. Sociedade Brasileira de Medicina e Família e Comunidade – SBMFC [internet]. 2004 [acessado 2016 maio 17]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/medicina_de_familia.pdf.
- Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Turci MA, Macinko J. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care* 2011; 49(6):577-584.
- Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349:g4014.
- Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC). Projeto de Expansão da Residência em Medicina de Família e Comunidade. SBMFC [internet]. 2005 [acessado 2016 maio 17]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/projeto_de_expansao_das_residencias_em_mfc.pdf.
- WONCA Europe. La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia: Características clave de la disciplina de Medicina General El papel del médico generalista y Una descripción de las competencias centrales del médico generalista / médico de familia. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2007 [acessado 2016 maio 17]; 1-15. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Wonca%20definition%20spanish%20version.pdf>.
- Cliff J, Mariano A, Munguambe K. Onde Não Há Médico. Edição em língua portuguesa para África: TALC 2009,c2008 [acessado 2016 maio 17]. Versão original Copyright The Hesperian Foundation 1977, 1992. Autores: David Werner, Carol Thuman, Jane Maxwell and Andrew Pearson. Disponível em: <http://www.talcuk.org/work-with-talc/ONHM/onde-nao-ha-medico-book.pdf>.
- WONCA. Statement on Rural Health in Developing Countries. XII WONCA World Conference on Rural Health, in Gramado, Brazil. 2014 [acessado 2016 maio 18]; Gramado. Brasil: WONCA, 2014. Disponível em: http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/policies_statements/gramadostatement.pdf.
- Targa LV. Area Rural. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2012.
- Ando NM, Targa LV, Almeida A, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD, Savassi LCM, Breunig M, Lima MC, Amaral Filho R, Horta TCG. Declaração de Brasília "O Conceito de rural e o cuidado à saúde". *Rev bras med fam comunidade* 2011 abr-jun [acessado 2016 jun 23]; 6(19):142-144. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/390/317>.
- Targa LV, Silva AL, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD, Savassi LCM, Lima MC, Silva O, Amaral Filho RCG, Silveira R, Almeida M, Ando NM. Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. *Rev bras med fam comunidade*. 2014 [acessado 2016 jun 23]; 9(30):64-6. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/827>.

21. McWhinney I. Orígenes de la Medicina Familiar. In: *Introducción a la Medicina Familiar. Libros Virtuales IntraMed. Capítulo II. IntraMed*, 2009 [acessado 2016 jun 23]. Disponível em: http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/pdf/librovirtual13_2.pdf
22. Andreson MIP, Demarzo MMP e Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. *Rev Bras Med Fam e Com* 2007 [acessado 2016 jun 23]; 3(11). Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/334/221>.
23. Gusso G. A especialidade Medicina de Família e Comunidade. Médico de Família e Comunidade Diretor Cultural e de Divulgação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. [acessado 2016 jun 24]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/artigo_para_o_jornal_do_cfm_final.pdf.
24. Rourke J. Increasing the number of rural physicians. *CMAJ* 2008; 178(3):322-325.
25. Australian medical graduates. Rural Health Workforce Australia. 2016 jan [acessado 2016 jun 24]. Disponível em: http://www.rhwa.org.au/client_images/1770752.pdf
26. Rural Health Workforce Australia. About US. [acessado 2016 jun 24]. Disponível em: <http://www.rhwa.org.au/about-us>
27. Hidalgo JS. The active recruitment of health workers: a defence. *J Med Ethics* 2012; 39(10):603-609.
28. Scheffer M. *Demografia Médica no Brasil: Cenários e indicadores de distribuição* [relatório de pesquisa]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2013.
29. 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* 2013; 23 out.
30. García B, Rosa L, Tavares R. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso. *Temas de economia aplicada* 2014; 40(2):26-36.
31. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552.
32. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança [editorial]? *Esc Anna Nery* 2015; 19(1):5-10
33. Duncan MS, Targa IV. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade* 2014 [acessado 2016 maio 17]; 9(32). Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1004/635>.
34. Brasil. Medida Provisória nº 621, de 8 de Julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jul.
35. Brasil. Portaria Interministerial nº 46, de 16 de janeiro de 2015. Altera a Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013. *Diário Oficial da União* 2015; 16 jan.
36. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jul.
37. Póvoa L, Andrade MV, Moro S. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú/MG – Brasil, de 20-24 de Setembro de 2004. 2004 [acessado 2014 set 23]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_573.pdf
38. 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.
39. Vidale G. Conselho Federal de Medicina é contra a criação de cursos de medicina no país. Entenda o porquê [internet]. VEJA; [publicado em 2015 Abr 06]. [acessado 2015 Jun 19]. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/conselho-federal-de-medicina-e-contra-a-criacao-de-cursos-de-medicina-no-pais-entenda-o-porque/>
40. Ribas MM. Pretexto de suprir médicos visa ocultar descalço da saúde [editorial]. *Revista do Médico Residente. Conselho Regional de Medicina do Paraná - CRM-PR* 2013; 15(02).
41. Centro Brasileiro De Estudos De Saúde (CEBES). O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais! Saúde debate 2013 [acessado 2014 set 23]; 37(97):200-203. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200001&lang=pt
42. Han GS, Humphreys JS. Overseas-trained doctors in Australia: Community integration and their intention to stay in a rural community. *Aust J Rural Health* 2005; 13(4):236-241.
43. Buykx P, Humphreys J, Wakeman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas Towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health* 2010; 18(3):102-109.
44. White CD, Willett K, Mitchell C, Constantine S. Making a difference education and training retains and supports rural and remote doctors in Queensland. *Rural Remote Health* 2007; 7(2):700.
45. Tribunal De Contas Da União (TCU). *Auditoria operacional executada sob a forma de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), na modalidade relatório único, realizada no Programa Mais Médicos, sobretudo no projeto Mais Médicos para o Brasil, tendo como foco o período compreendido entre junho de 2013 e março de 2014*. Processo TC nº 005.391/2014-8. Relatório de Auditoria. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0331-07/15-P. Data da Sessão: 4 mar. 2015 – Ordinária.
46. Reis AA, Alberto C, Souza CEM, Monteiro LL, Elias R, Tobias R. Administração Baseada em Evidências. Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. In: *III Seminário de Iniciação Científica da FESPSP*. 05 a 09 de Dezembro de 2011. FAD – Faculdade de Administração. São Paulo. 2011 Dez.
47. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovannella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2355-2365.
48. Brasil. Ministério da Educação (MEC). O que é o Programa de Bolsa Permanência? 2013 [acessado 2015 jun 20]. Disponível em: <http://permanencia.mec.gov.br/index.html>.