



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Pontes da Silva, Bruna; Stockmann, Denise; de Souza Lúcio, Donavan; Henna, Elaine;
Pereira da Rocha, Maria Carolina; Miranda Junqueira, Fábio
Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil:
reflexo do Programa Mais Médicos?
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 9, septiembre, 2016, pp. 2899-2906
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047411028>

- 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

Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos?

Expanding health access in the more vulnerable region in the state of São Paulo, Brazil: is this a reflection of the *Mais Médicos* (More Doctors) Program?

Bruna Pontes da Silva ¹
Denise Stockmann ¹
Donavan de Souza Lúcio ²
Elaine Henna ¹
Maria Carolina Pereira da Rocha ¹
Fábio Miranda Junqueira ¹

Abstract *The Mais Médicos (More Doctors) Program seeks to broaden access to health by providing medical professionals, investments in health units and multi-professional integration geared to the Family Health Strategy. Vale do Ribeira includes 25 cities and is among the most vulnerable regions in São Paulo. It has been allocated 41 physicians from the Program. This study is to evaluate access to health, comparing health indicators before and after the Program. We collected data from DATASUS, SIAB, and the Ministry of Health. There was a marked increase in the number of appointments for infants under one year of age, adults, the elderly, STD/HIV patients and group patient care. There was a decrease in appointments outside the catchment area, as well as hospital admissions for other causes, mothers exclusively breastfeeding their infants up to four months. We concluded that after deployment of the Program, there was an increase in health access and health promotion focused on an area that presents an enormous challenge for Primary Health Care (PHC). It would seem that, since this is a high vulnerability area with a large area for care, hospital admissions for PHC care-sensitive conditions, as well as referrals for secondary services, did not decrease.*

Key words *Family and community medicine, Access to health services, Social vulnerability, Primary health care*

Resumo *O Programa Mais Médicos visa ampliar o acesso à saúde em áreas provendo profissionais médicos, investimentos nas unidades de saúde e integração multiprofissional voltada à Estratégia de Saúde da Família. O Vale do Ribeira abriga 25 municípios e figura entre as regiões mais vulneráveis do estado e recebeu 41 médicos do PMM. O objetivo deste estudo é avaliar o acesso à saúde, comparando indicadores de produção, marcadores e situação de saúde antes e depois da implementação do PMM. Foram coletados dados do DATASUS, SIAB e Ministério da Saúde. Houve aumento em número de consultas de crianças menores de um ano, adultos, idosos, DST/AIDS e atendimento em grupos. Houve redução no número de consultas fora de área de abrangência, de hospitalizações por outras causas e no aleitamento materno exclusivo até quatro meses. Concluímos que após a implementação do programa houve melhora no acesso à saúde e no trabalho de promoção de saúde focado no território, um grande desafio na Atenção Primária à Saúde (APS). Supõe-se que por se tratar de área de alta vulnerabilidade e pressão assistencial, as internações por causas sensíveis à APS, assim como o encaminhamento aos serviços secundários, não tenham sido reduzidas a curto prazo.*

Palavras-chave *Medicina de família e comunidade, Acesso aos serviços de saúde, Vulnerabilidade social, Atenção Primária à Saúde*

¹ Departamento de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, R. Doutor Cesário Motta Júnior 61, Vila Buarque. 01221-020 São Paulo SP Brasil. fjunqueira@pucsp.br
² Secretaria Municipal Saúde de Florianópolis. Florianópolis SC Brasil.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil representou uma importante conquista pela garantia do direito à saúde. Isso implica não somente em assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, mas também em formular políticas públicas que afetem positivamente os determinantes sociais de saúde¹. É neste segundo aspecto que devem ser considerados os grupos populacionais em condições de vulnerabilidade, que em função de questões econômicas, culturais, étnicas, sociais e históricas têm seus direitos violados e suas condições de vida e saúde precarizadas.

A Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), exerce um papel de protagonismo no enfrentamento da realidade brasileira, extremamente heterogênea e com históricas e persistentes desigualdades regionais. A APS atua na organização do fluxo de pacientes dentro do SUS, pode contribuir para a economia de recursos da saúde através da diminuição de internações hospitalares por condições sensíveis à APS², além de atuar na promoção da saúde em seu mais amplo sentido, incentivando o empoderamento da população e o apoio na redução das vulnerabilidades³.

Embora o número de médicos tenha aumentado exponencialmente nas últimas décadas, o SUS persiste com defasagem de profissionais, sobretudo na atenção primária e em municípios afastados dos grandes centros. Na publicação *Demografia Médica do Brasil* (2011), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) constataram que os brasileiros que moram nas regiões Sul e Sudeste contam, em média, com duas vezes mais médicos que os habitantes do Norte, Nordeste e Centro-Oeste – excluindo-se o Distrito Federal. Da mesma forma, aqueles que vivem em qualquer capital têm, em média, duas vezes mais médicos que os que moram em outras regiões do mesmo estado⁴.

Antes do início do Programa Mais Médicos para o Brasil, a relação médico para cada 1.000 habitantes no Brasil era de 1,8, chegando a 3,46 no Distrito Federal e 0,58 no Maranhão e havia quatro vezes mais trabalhadores no setor privado do que no SUS⁴. Em São Paulo a relação era de 2,49/1000 habitantes. Em 2006, a Organização Mundial de Saúde publicou um relatório recomendando uma relação de 2,3 médicos por 1000 habitantes para que haja uma prestação de serviço adequada. O número é apenas uma referência,

também deve ser considerado que um sistema de saúde pode ser mais ou menos dependente do médico de acordo com a sua estruturação dentro do processo saúde-doença e com suas características pessoais e culturais⁴.

No sentido de combater as desigualdades de acesso à Atenção Primária, foi instituído, pela lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM). Como parte do programa, foi também criado o Projeto Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), com objetivo de provimento emergencial destes profissionais em áreas vulneráveis. O PMM contempla ainda uma série de medidas para fortalecimento e consolidação da Atenção Primária^{5,6}. Este previu, além de recursos humanos, investimentos para melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente das unidades básicas de saúde, e de ampliação de vagas e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residências médicas no país, com foco na valorização da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família e das áreas prioritárias para o SUS⁷.

Dentre as áreas contempladas com o PMM, encontra-se o Vale do Ribeira no estado de São Paulo, região que se estende do sul do estado de São Paulo ao norte do estado do Paraná. A área compreende 24.192 Km e abriga uma população total de 544.052 habitantes, dividida em 25 municípios paulistas e sete paranaenses⁸. O Vale do Ribeira é uma das regiões mais vulneráveis de São Paulo e do Paraná, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio de 0,75, valor inferior às médias estaduais⁹.

No Vale do Ribeira, particularmente na zona paulista, há uma peculiar diversidade cultural e socioeconômica, com diversas populações em condições de alta vulnerabilidade: agricultores familiares, pescadores, famílias assentadas, comunidades quilombolas e comunidades indígenas. Segundo dados do Sistema de Informações Territoriais, 25,94% da população reside em zona rural e 7,7% da população está em situação de extrema pobreza⁸.

As comunidades indígenas estão divididas em treze aldeias Guarani, pertencentes aos subgrupos Mbya e Nhandiva e possuem cerca de 400 indivíduos, segundo estimativa da FUNAI de 2012. Estas aldeias estão dispersas nos seguintes municípios: Sete Barras, Miracatu, Cananéia, Peruíbe, Iguape, Itariri, Eldorado e Pariquera-Açu. Por sua vez, as 33 comunidades quilombolas, que se estabeleceram na região desde o século XVIII, estão localizadas nos municípios de Barra do Turvo, Cananeia, Eldorado, Iguape, Iporan-

ga, Itaóca e Registro. Já as comunidades caiçaras residem nos municípios de Cajati Cananeia, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itaóca, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Juquitiba, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Peruíbe, Registro e Sete Barras. Há ainda 159 famílias assentadas nos municípios de Apiaí, Eldorado e Miracatu⁸.

O presente trabalho visa avaliar os indicadores de produção e de saúde antes e depois da implementação do PMM.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal revisando dados secundários e disponíveis para consulta pública. Os dados, compreendidos entre 2011 e 2014, foram obtidos no DATASUS, SIAB e Ministério da Saúde dos municípios participantes do PMM na região: Barra do Turvo, Cananeia, Eldorado, Iguape, Iporanga, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Registro e Sete Barras. As variáveis escolhidas foram dispostas em dois grupos:

1) *Indicadores de produtividade*: número de consultas em menores de um ano; número de consultas nas seguintes faixas etárias: de 1 a 4 anos, de 5 a 9 anos, de 10 a 14 anos, de 15 a 19 anos, de 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos e acima de 60 anos; número de consultas de puericultura, pré-natal, colpocitologia, DST/AIDS, diabetes, hipertensão, hanseníase, tuberculose; o número de atendimentos em grupo; de visitas domiciliares de médico e visitas domiciliares de enfermagem; número de consultas fora área de abrangência da cobertura da ESF; número de encaminhamentos para especialistas; número de encaminhamento para internação e para urgência/emergência.

2) *Indicadores de saúde sensíveis à atenção primária*: hospitalização, pneumonia adquirida na comunidade (PAC) e desnutrição; hospitalização por complicações de diabetes; hospitalizações por outras causas; número de gestantes; número de gestantes acompanhadas; gestantes com pré-natal no mês; crianças até 4 meses; crianças até 4 meses em aleitamento materno exclusivo; número de pacientes diabéticos cadastrados; número de pacientes diabéticos acompanhados; número de pacientes hipertensos cadastrados; número de pacientes hipertensos acompanhados; número de pacientes com hanseníase cadastrados e número de pacientes com hanseníase acompanhados.

Análise dos dados

A análise foi realizada no programa estatístico "R", versão 3.2.1., com nível de significância de 0,05. Como as variáveis estudadas não apresentaram distribuição normal, avaliamos as medianas e comparamos o intervalo inter-quartil entre 25% e 75%. A independência entre as observações não pode ser assumida, portanto optamos por usar o teste de Wilcoxon *signed-rank* (para amostras pareadas) na comparação entre os dados de 2012 e 2014. Utilizamos o teste de Friedman para avaliar a variação anual de 2011 a 2014 das taxas de cobertura da Estratégia Saúde da Família, internações por condições sensíveis à atenção primária, encaminhamentos para ambulatório de média complexidade, e porcentagem de cobertura do pré-natal.

Resultados

Foram estudados 12 municípios da região do Vale do Ribeira: Barra do Turvo, Cananéia, Eldorado, Iguape, Iporanga, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Registro e Sete Barras. Juntos eles receberam um total de 41 médicos, uma média de 3,5 médicos por município.

Observamos aumento significativo pós-implantação do PMM no número de consultas na população acima dos 15 anos de idade e em DST/AIDS, e redução das consultas realizadas fora da área de abrangência (Tabela 1 e Figura 1).

No período de 2011 a 2014, quando analisados os municípios em conjunto, observa-se que a cobertura da ESF não se modificou. Entretanto, neste período, a taxa de encaminhamentos e a cobertura do pré-natal variaram significativamente. Em contrapartida, a taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) se manteve estável (Figura 2).

Houve uma redução significativa de internações por outras causas e no aleitamento materno exclusivo em crianças de até 4 meses, apesar do aumento no número absoluto de gestantes, no número de gestantes acompanhadas e no número de gestantes com pré-natal. O número de diabéticos e hipertensos cadastrados e acompanhados não mostrou qualquer alteração significativa. (Tabela 2).

Tabela 1. Mediana, intervalo inter-quartil, e a variação (entre 2012 e 2104) dos valores mensais dos indicadores de produtividade e de saúde sensíveis à atenção básica em 2012 e 2104 dos municípios do Vale do Ribeira.

	Md (IIQ) ^a (2012)	Md (IIQ) ^a (2014)	Variação (%)
Consultas fora da área de abrangência ^b	93 (82-114)	45 (40-58)	- 52%
Consultas em menores de 1 ano ^b	415 (354-434)	475 (438-559)	14%
Consultas de 1 a 4 anos	780 (718-882)	866 (741-986)	11%
Consultas de 5 a 9 anos	822 (777-922)	893 (773-957)	9%
Consultas de 10 a 14 anos	861 (786-921)	912 (771-961)	6%
Consultas de 15 a 19 anos ^b	927 (867-955)	1084 (1002-1140)	17%
Consultas de 20 a 39 anos ^b	3062 (2884-3216)	3542 (3254-3795)	16%
Consultas de 40 a 49 anos ^b	1906 (1821-1955)	2241 (2121-2457)	18%
Consultas de 50 a 59 anos ^b	2123 (2026-2213)	2639 (2456-2916)	24%
Consultas em maiores de 60 anos ^b	3739 (3559-3814)	4967 (4462-5527)	33%
Atendimento em puericultura	2453 (2236-2626)	2460 (2289-2713)	0%
Atendimento em pré-natal	1121 (1079-1232)	1363 (1237-1418)	22%
Atendimento para colpocitologia	1230 (1167-1369)	1342 (1191-1439)	9%
Atendimento DST/AIDS ^b	84 (69-91)	152 (112-171)	81%
Atendimento em diabetes	3120 (3001-3201)	3186 (3070-3486)	2%
Atendimento em hipertensão	8488 (8095-8913)	8091 (7966-8487)	- 5%
Atendimento em hanseníase	8 (4-16)	8 (6-27)	0%
Atendimento em tuberculose	25 (16-49)	22 (19-27)	-12%
Encaminhamento para especialista	2118 (2029-2309)	2407 (2116-2612)	14%
Encaminhamento para internação	15 (8-18)	20 (18-23)	33%
Encaminhamento urgência/emergência	93 (86-113)	88 (79-107)	- 5%
Atendimento em grupo ^b	714 (572-1160)	2082 (1445-2806)	192%
Visitas médico	581 (518-606)	777 (709-901)	34%
Visitas enfermagem	1261 (1176-1306)	1281 (1192-1417)	2%

Md- Mediana IIQ^a - Intervalo interquartil (25% - 75%); ^b p < 0,05.

Discussão

O presente estudo objetivou estudar o reflexo da disponibilidade de atendimento médico e da implementação e consolidação de estratégia de saúde da família através do PMM em região de alta vulnerabilidade do estado São Paulo.

Foi observado aumento do número de consultas na população adulta e idosa, assim como maior número de atendimentos de DST/AIDS e diminuição do número das consultas fora da área de abrangência. Isso reflete maior acesso à APS nesses locais com melhor acolhimento à demanda espontânea e às demais atividades realizadas na UBS, e maior resolutividade das demandas de saúde da população. Reforçando a maior resolutividade, houve uma queda brusca em internações por outras causas, demonstrando capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Entretanto, não houve aumento de atendimento na faixa etária de 0 a 14. Uma pos-

sível explicação seria a inserção de médicos do programa em unidades básicas mistas de saúde que contam com a presença de ginecologistas e pediatras já atuantes. Houve aumento significativo do número de encaminhamentos para os ambulatorios de média complexidade, o que se deve à ampliação do acesso à APS fato esperado a curto prazo. Supomos que a longo prazo, o índice de internações por condições sensíveis à atenção básica deva diminuir, bem como estabilização ou mesmo diminuição do número de encaminhamentos para média complexidade. Entretanto, estudos prospectivos devem ser realizados para comprovação da hipótese.

A atenção primária da saúde atua na promoção da saúde de forma ampla, utilizando formatos diferentes para abordagem das doenças. Segundo Ferreira Neto e Kind, as práticas em grupo descentralizam o foco na patologia, característico do atendimento individual, na direção de uma abordagem integral das condições e dos modos de vida dos usuários, o que evidencia outras di-

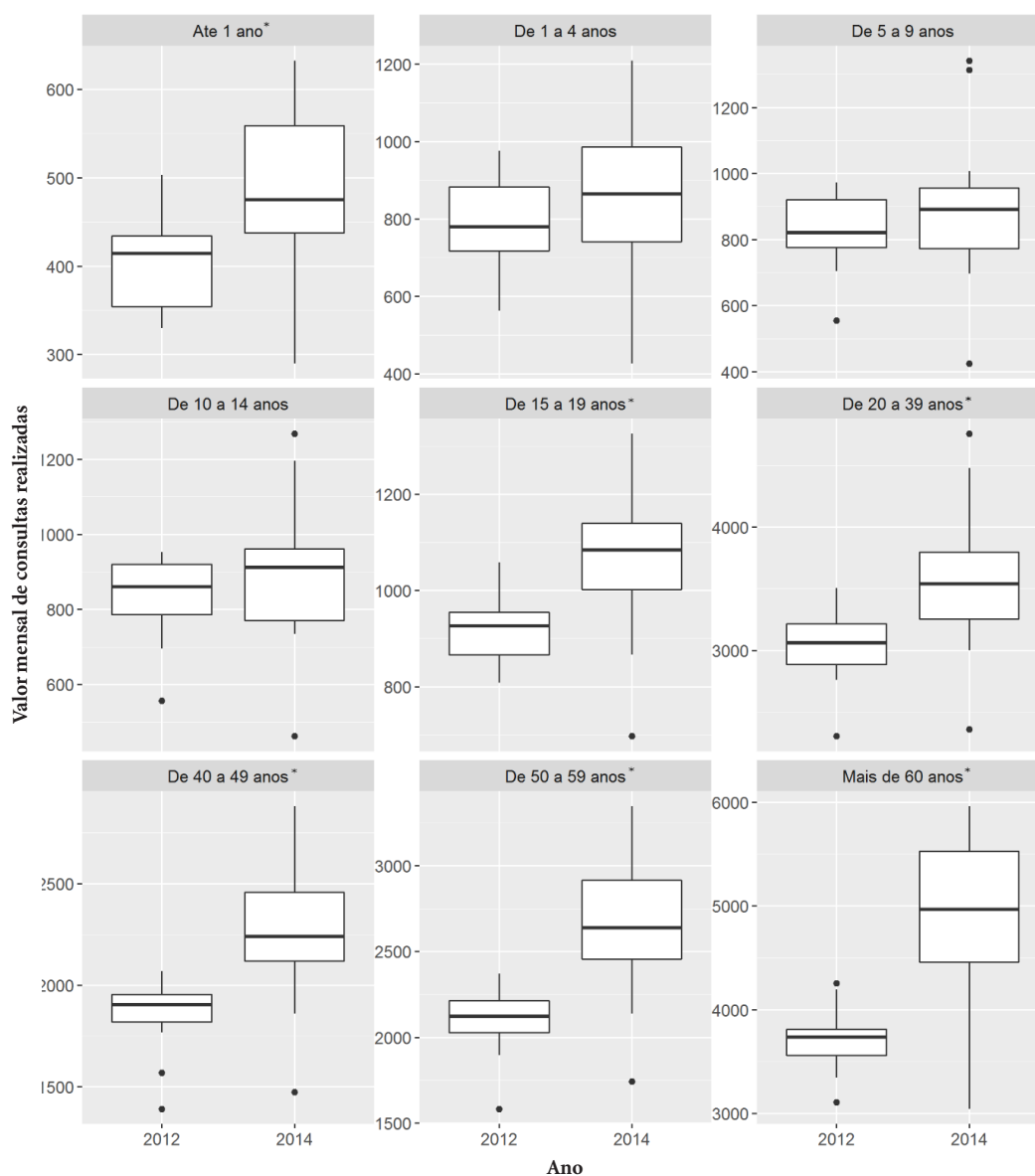


Figura 1. Variação no número de consultas mensais, dos anos de 2012 e 2014, por faixa etária.

* $p < 0,05$. Fonte: Datasus/SIAB

mensões de vida associadas à promoção da saúde¹⁰. Fato observado com o aumento significativo do número de atendimento em grupos.

Tais dados reforçam a ampliação da promoção de saúde com o programa, seja através da presença do médico, seja através da criação de novas equipes e fortalecimento da ESF. Essas equipes contam com equipe multiprofissional e modelo horizontal, atuam em todos os atributos da atenção primária: coordenação do cuidado,

primeiro contato com o sistema de saúde, integralidade, orientação familiar e comunitária, cuidado continuado, considerando sempre a competência cultural¹¹. Ribeiro¹² faz uma crítica ao PMM argumentando que “o sistema de saúde aguarda o indivíduo adoecer para então tratar a doença” enquanto deveria “preservar e manter a saúde da maioria dos indivíduos não doentes ainda, porém perigosamente exposta a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças de alta

carga na população”. Contudo, no Vale do Ribeira, o PMM teve efeito positivo em estratégias de promoção da saúde especificamente visitas domiciliares e trabalhos de grupo.

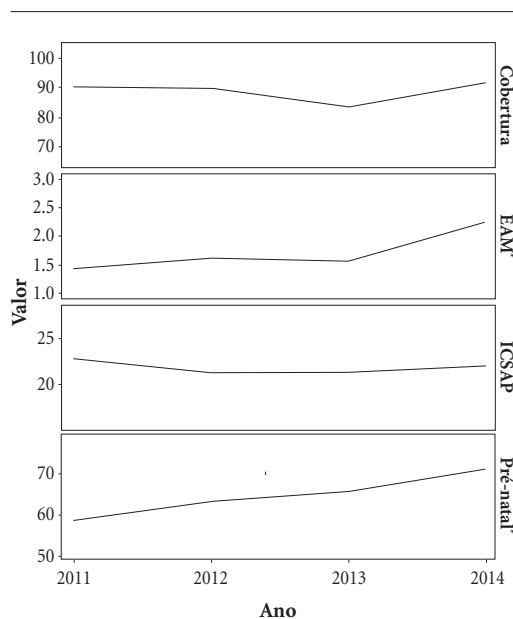


Figura 2. Variação da cobertura da ESF, das internações por condições sensíveis à atenção primária, dos encaminhamentos para ambulatório de média complexidade e da cobertura do pré-natal no período de 2011 a 2014.

* $p < 0,05$. Fonte: Datasus/Ministério da Saúde.

Embora não significante, houve aumento do número de visitas domiciliares realizadas por médicos, corroborando dados do relatório emitido pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2015, que constatou aumento do número de visitas domiciliares nos municípios participantes do PMM¹³. De acordo Borges e Oliveira, a visita médica domiciliar promove uma visão de “humanização do médico” por parte dos pacientes, o que aumenta a confiança e o vínculo do mesmo com o sistema de saúde. Da mesma forma, o atendimento ampliado, com inserção do médico à realidade na qual o indivíduo está inserido, possibilita maior articulação de estratégias multiprofissionais, com maiores chances de sucesso prático¹⁴. A visita domiciliar é, portanto, uma importante estratégia de cuidado, uma vez que garante acesso e leva em conta o contexto social e cultural do indivíduo e aumenta o seu vínculo com o médico e o sistema de saúde.

Observamos decréscimo, mesmo que não significante, na taxa de cobertura da ESF no ano de 2013, ano de implantação no programa. Diversas hipóteses podem ser suscitadas: (1) descastramento de equipes fantasmas que frequentemente permanecem cadastradas no CNES para conservar o grau de financiamento; (2) demissão de profissionais médicos contratados pelo município para obter médicos contratados pela federação; (3) maquiagem de dados para receber médicos do programa.

Tabela 2. Mediana, intervalo inter-quartil e variação (entre 2012 e 2014) dos valores mensais dos indicadores de saúde sensíveis à atenção básica em 2012 e 2014 dos municípios do Vale do Ribeira

Situação de saúde	Md (IIQ) ^a (2012)	Md (IIQ) ^a (2014)	Variação (%)
Hospitalização PAC e desnutrição	6 (2-11)	4 (2-6)	- 27%
Hospitalização por complicação de DM	15 (11-18)	15 (11-16)	0%
Hospitalização por outras causas ^b	254 (244-269)	212 (195-227)	- 16%
Número de gestantes ^b	1017 (928-1091)	1094 (1053-1167)	8%
Número de gestantes acompanhadas ^b	1006 (913-1079)	1067 (1020-1147)	6%
Gestantes com pré-natal no mês ^b	978 (887-1035)	1035 (992-1131)	6%
Crianças até 4 meses	605 (559-630)	572 (527-618)	-5%
Crianças até 4 meses em AME ^b	520 (559-630)	483 (447-511)	-7%
Diabetes cadastrados	5602 (5131-6510)	6394 (6042-6662)	14%
Diabetes acompanhados	5016 (4782-6027)	5349 (5218-5638)	7%
	19173	20752	
Hipertensos cadastrados	(18061-21754)	(19676-21202)	8%
	17460	16996	
Hipertensos acompanhados	(16786-20033)	(16722-17968)	-3%
Hanseníase cadastrados	30 (26-31)	20 (19-22)	-33%
Hanseníase acompanhados	27 (25-29)	20 (19-21)	-26%

Md- Mediana; IIQ^a - Intervalo interquartil; ^b $p < 0,05$.

Observamos ainda redução na porcentagem de acompanhamentos de hipertensos e diabéticos, o que esperávamos ter aumentado pela maior cobertura médica. Tal fato pode ser reflexo da desconstrução de programas específicos para hipertensão e diabetes, como o Hiperdia, o que desagrega e desfocaliza o acompanhamento.

A redução da cobertura da ESF associada ao aumento do acesso (número de consultas, diagnósticos, internação e encaminhamentos) sugerem que os médicos alocados na ESF anteriormente ao programa não atendiam com carga horária integral na ESF, como fazem os médicos do Programa.

O Ipea calcula o índice de vulnerabilidade baseado em três itens: estrutura urbana (saneamento e mobilidade urbana), capital humano (saúde e educação) e renda e trabalho (vários aspectos)⁹. Desse modo, melhora do acesso à saúde pode, inclusive, vir a reduzir os índices de vulnerabilidade da região à médio prazo.

Esperamos também, que a médio prazo ocorra a redução de encaminhamentos e de internações por causas sensíveis à APS, que por se tratar da análise do primeiro ano do programa e de uma área com alta vulnerabilidade e com alta pressão assistencial, não é algo que deva ocorrer em período curto de tempo.

Colaboradores

BP Silva e D Stockmann trabalharam na concepção, na redação final, na coleta de dados e na aprovação da versão a ser publicada; DS Lúcio na análise estatística, na interpretação dos dados e na aprovação da versão a ser publicada; E Henna na análise estatística, na interpretação dos dados, na revisão final e na aprovação da versão a ser publicada; MCP Rocha e FM Junqueira na concepção, na redação final, na revisão crítica e na aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Plano Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006. Vol. 7.
2. Mafra F. *O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil* [tese]. Brasília: UnB; 2011.
3. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ. O Conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafio. In: Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ. *Promoção de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.
4. Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: CFM, CREMESP; 2011. v.1
5. 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.
6. 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.
7. Cyrino E, Pinto HÁ, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Escola Anna Nery* 2015; 19(1):5-10.
8. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA). Secretaria de Desenvolvimento Territorial. *Sistema de Informações Territoriais*. Brasília: MDA; 2012.
9. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). *Atlas da vulnerabilidade Social dos Municípios Brasileiros*. Brasília: Ipea; 2015.
10. Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis* 2010; 20(4):1119-1142.
11. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002.
12. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos - um equívoco conceitual. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):421-424.
13. Brasil. Tribunal de Contas da União (TCU). *Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil: Avaliação da eficácia do programa*. Brasília: TCU; 2014. TC nº 005.391/2014-8.
14. Borges R, D'Oliveira AFPL. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis - Santa Catarina. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(37):461-472 .

Artigo apresentado em 07/03/2016

Aprovado em 08/06/2016

Versão final apresentada em 10/06/2016