

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho da Atenção Básica
a partir de uma revisão integrativa**

Leandro Farias Rodrigues

Pelotas, 2018

Leandro Farias Rodrigues

**Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho da Atenção Básica
a partir de uma revisão integrativa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Coorientador: Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes

Pelotas, 2018

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

R696c Rodrigues, Leandro Farias

Contribuições do programa Mais Médicos ao desempenho da atenção básica no Brasil : uma revisão de literatura / Leandro Farias Rodrigues ; Luiz Augusto Facchini, orientador ; Bruno Pereira Nunes, coorientador. — Pelotas, 2018.

96 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Revisão integrativa. 2. Análise de desempenho. 3. Programa mais médicos. 4. Atenção primária à saúde. I. Facchini, Luiz Augusto, orient. II. Nunes, Bruno Pereira, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Leandro Farias Rodrigues

Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho da Atenção Básica
a partir de uma revisão integrativa

Dissertação apresentada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa:

Banca examinadora:

.....
Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini (Orientador) – UFPel

.....
Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes (Coorientador)– UFPel

.....
Prof.^a Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim – UFPel

.....
Prof.Dr. Sandro Schreiber de Oliveira –UCPel

.....
Prof. Dr. Marcos Aurélio Matos Lemões – UFPel

.....
Prof.^a Dra.Liamara Denise Ubessi – UFPel e IMED

Agradecimentos

Agradeço a todos que me acompanharam e apoiaram ao longo deste percurso enquanto mestrando. Foram vários desafios superados com o auxílio de muitas pessoas para que eu pudesse chegar até aqui. Contudo, gostaria de agradecer especialmente:

À minha mãe e meu padrasto, pela ajuda e paciência nos momentos mais difíceis.

À minha madrinha, pelo carinho e incentivo.

Ao meu orientador, Luiz Augusto Facchini, pelas nossas orientações de forma acolhedora, paciente e de grandes ensinamentos.

Ao meu coorientador, Bruno Pereira Nunes, que foi uma pessoa fundamental neste processo com seu conhecimento, empenho e disponibilidade em todos os momentos.

Aos membros da banca examinadora, Sandro, Vanda, Marcos e Liamara os quais além de trazerem importantes contribuições para o aprimoramento da dissertação são pessoas e profissionais que tenho grande admiração e respeito.

À Faculdade de Enfermagem da UFPel, obrigado por fazer parte da minha trajetória acadêmica e profissional.

A toda equipe que fez parte deste trabalho, revisores e tradutores.

Aos amigos, familiares e colegas de trabalho que me apoiaram em cada etapa.

Aos que acreditaram e participaram na implementação do Programa Mais Médicos, que contribui para saúde de milhares de brasileiros.

Resumo

RODRIGUES, Leandro Farias. **Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho da Atenção Básica a partir de uma revisão integrativa.** 2018.96f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

O direito à saúde passa a ser um direito e dever do Estado a partir da aprovação da Constituição Brasileira em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que levou a investimentos para o acesso e mudanças organizativas da atenção básica. Entretanto, um fator limitante da ampliação da cobertura populacional relaciona-se com a falta e a má distribuição dos profissionais médicos nos cenários de atenção primária a saúde. Como estratégia para minimizar tais efeitos surge em 2013 o Programa Mais Médicos (PMM). **Objetivo:** realizar uma revisão de literatura sobre contribuições do PMM ao desempenho da Atenção Básica. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão de Literatura, do tipo Revisão Integrativa. Para coleta dos dados, utilizou-se bancos de dados do ScIELO, Scopus, Web of Science, PubMed e Plataforma de Conhecimento Programa Mais Médicos, sendo utilizado como descritores “Programa Mais Médicos”, “Atenção primária à Saúde”, “Atenção Básica”. E critérios de inclusão foram considerados: artigos científicos que tiveram como foco do estudo o PMM e suas contribuições para Atenção Básica. Como critério de exclusão: as publicações que não apresentaram resultados originais, capítulos de livros, estudos de casos, teses e dissertações. Para tratamento dos dados utilizou-se os guias de avaliação dos itens de cada estudo, para pesquisas de cunho qualitativo o Instrumento COREQ, para os estudos quantitativos o STROBE. Aplicado os critérios de seleção, foram localizados 23 artigos coletados entre os meses de junho e julho de 2017. A apresentação e discussão dos dados tiveram como base as categorias analíticas de Donabedian em três eixos temáticos: Estrutura; Processos e Resultados do PMM.

Palavras-chave: Revisão integrativa; Análise de desempenho; Programa Mais Médicos; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

RODRIGUES, Leandro Farias. **Contributions of the Medical Program to the performance of Primary Care from an integrative review.** 2018.96f.Dissertation (Master Degree em Ciências) – Programa Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

The right to health becomes a right and duty of the State after the approval of the Brazilian Constitution in 1988 and the creation of the Unified Health System (UHS), leading to investments to access and organizational changes in basic care. However, a limiting factor in the expansion of population coverage is related to the lack and misdistribution of medical professionals in the primary health care scenarios. As a strategy to minimize such effects, the More Doctors Program (MDP) emerges in 2013. **Objective:** to carry out a literature review on MDP contributions to the performance of Primary Care. **Methodology:** This is a Literature Review, as an Integrative type of Review. To collect the data, the databases used were ScIELO, Scopus, Web of Science, PubMed in the More Doctors Program Platform of Knowledge, were used as descriptors "More Doctors Program", "Primary Health Care", "Primary Care". As inclusion criteria were considered: scientific articles that focused on the MDP and its contributions to Primary Care. As exclusion criteria: publications that did not present original results, book chapters, case studies, theses and dissertations. For data processing the evaluation guides of each study items were used, for qualitative research was used the COREQ Instrument, for the quantitative studies was used STROBE. After applying the selection criteria, 23 articles were collected between June and July 2017. The data presentation and discussion were based on Donabedian analytical categories in three thematic axes: Structure; Processes and Results of the MDP.

Key-words: Integrative review; Performance analysis; More Doctors Program; Primary Health Care.

Sumário

I PROJETO DE PESQUISA.....	8
II RELATÓRIO DE CAMPO.....	56
III ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	72

I PROJETO DE PESQUISA

Leandro Farias Rodrigues

**Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho da Atenção Básica
a partir de uma revisão integrativa**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Coorientador: Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes

Pelotas, 2018

Lista de quadros

Quadro 1	Cronograma de atividades.....	34
Quadro 2	Recursos humanos.....	35
Quadro 3	Recursos materiais.....	35

Lista de abreviaturas e siglas

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento e Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internação por Condições Sensível à Atenção Primária
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômica Aplicadas
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCPC	Primary Care Policy Center
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Requalifica UBS	Requalificação das Unidades Básicas de Saúde
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Sumário

1 Apresentação.....	13
2 Introdução.....	14
2.1 Pressupostos.....	16
3 Objetivos	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
4 Marco conceitual	19
4.1 Atenção Primária em Saúde como uma das principais estratégias de cuidado	19
4.2 Avaliações do desempenho na Atenção Básica no Brasil	21
4.3 O surgimento do Programa Mais Médicos.....	24
5 Metodologia	30
5.1 Caracterização do estudo.....	30
5.2 Identificação do tema.....	30
5.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	31
5.4 Categorização dos estudos.....	32
5.5 Avaliação dos estudos incluídos.....	32
5.6 Interpretação dos resultados	33
5.7 Apresentação da revisão	33
6 Cronograma	34
7 Recursos humanos e materiais	35
7.1 Recursos humanos	35
7.2 Recursos materiais	35
Apêndices	36
Anexos	41

1 Apresentação

Tal como ocorre para grande parte dos estudantes da área da saúde, a minha aproximação com a Saúde Coletiva deu-se durante a graduação, que concluí em 2010 na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O interesse levou-me a fazer Residência em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Neste período como residente nos municípios de Porto Alegre e São Lourenço do Sul, pude perceber e vivenciar a importância e os impactos na situação de saúde de um município, quando este possui boa cobertura na Atenção Básica à Saúde (ABS) e equipes completas de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Ao término da Residência, trabalhei como Enfermeiro em uma equipe multiprofissional de saúde indígena e durante esse tempo presenciei outra realidade e enfrentei as dificuldades de atuar numa equipe de ABS sem o profissional médico. Posteriormente fiz um processo seletivo e fui selecionado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para realizar uma especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, que consistia em momentos teóricos e de imersão prática no Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) em Brasília. Ao término dessa especialização, fui contratado para trabalhar no MS e durante este período pude acompanhar o início da implantação do Programa Mais Médicos (PMM).

Depois pude acompanhar por um período o PMM como uma das referências descentralizadas do programa pelo Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul. Neste contexto, como mestrando do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, procurei investigar as contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho da Atenção Básica no Brasil por meio de uma revisão integrativa. No intuito, de trazer a tona às repercussões para o Sistema Único de Saúde e população brasileira, do investimento público aplicado neste Programa.

2 Introdução

Com a aprovação da Constituição Brasileira em 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado brasileiro passa a ser responsável por assegurar aos seus cidadãos e cidadãs o direito à saúde, levando a investimentos para o acesso e mudanças organizativas da atenção básica (PAIM, 2008).

De acordo com Starfield (2002), uma atenção básica bem estruturada que realize serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde, assim como integre os cuidados, lide com o contexto de vida e influencie as respostas das pessoas, tem capacidade de resolução para até 85% dos problemas de saúde da população.

Porém, um dos grandes entraves para o pleno desenvolvimento das ações da atenção básica em saúde apontada pelos governos de diversos países é a dificuldade em manter a força de trabalho necessária ao desenvolvimento de suas atividades, principalmente quando se trata de profissionais médicos (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Cabe reconhecer nessa lógica que o problema da escassez de médicos veio se agravando ao longo da primeira década do século XXI em todo o mundo. Cerca de 50% da população mundial vive em áreas rurais e remotas, que por sua vez são servidas por menos de 25% da força de trabalho médica (ARAUJO; MAEDA, 2013). À escassez de médicos se somam as dificuldades de retenção destes profissionais nas regiões mais isoladas, mais pobres e vulneráveis e vários estudos atestam o constante esforço dos países em investigar o problema e propor estratégias para sua solução (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; EPSM, 2012; ARAUJO; MAEDA, 2013).

No Brasil, uma das estratégias organizativas da atenção Básica ocorre pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo prestar atenção integral à saúde da população adscrita baseada no vínculo e na corresponsabilidade, com abordagem multidisciplinar, planejamento horizontal de ações, compartilhamento do processo decisório e estímulo à participação social, representando uma ruptura de práticas tradicionais e desconexas com as reais necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011a).

Entretanto, a falta e a má distribuição do profissional médico foram um dos motivos que acarretavam um baixo crescimento da cobertura populacional da ESF.

Essa cobertura crescia em média, anualmente, 1.141 equipes de Saúde da Família, representando um pequeno incremento de 1,5% a cada ano na cobertura da população, mesmo com o aumento dos recursos e ações implantadas a partir de 2011 (BRASIL, 2015).

Em 2012, mais de 400 municípios brasileiros estavam desprovidos do profissional médico. Na oportunidade, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) avaliava que a fixação de profissionais da área médica era um dos maiores problemas do SUS (BRASIL, 2012). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) identificavam esta baixa disponibilidade de médicos no Brasil, 1,86 médicos por mil habitantes, enquanto nossos vizinhos Uruguai e Argentina tinham 3,74 e 3,16, respectivamente (OMS, 2012). Esse dado leva em consideração que das 27 unidades da Federação, 22 estão abaixo da média nacional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012), sendo que todas nas regiões Norte e Nordeste têm o indicador de menos de 1 med/1.000 hab. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Já o Estado de São Paulo, o mais rico da Federação e com a terceira melhor proporção nacional de médicos (2,49 med./1.000 hab.), tem apenas 6 de suas 17 Regionais de Saúde com média acima da nacional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012). Todavia, a iniquidade maior se manifesta quando se percebe que quanto menor, mais pobre, de difícil acesso e precárias as condições sociais, econômicas e sanitárias da região e do município, maior será a necessidade de médicos, maior a escassez deste profissional, mais inflacionado o mercado de trabalho médico da região e menor a capacidade do município de atrair e fixar os profissionais (SANTOS;PINTO,2008; GIRARDI et al., 2011).

Além disso, em um estudo do Sistema de Indicadores de Percepção Social, realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), em 2011, para 58,1% dos 2.773 entrevistados, a falta de médicos era considerada o principal problema do SUS (BRASIL, 2013a).

Como resposta ao problema da escassez de profissionais médicos e considerando sua responsabilidade social, o Governo Federal instituiu, através da Lei 12.781 de 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM), constituído por três Eixos (BRASIL, 2013b). O primeiro é o Provimento Emergencial chamado na Lei de “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, com objetivo de promover a Atenção Básica em regiões prioritárias do SUS. O segundo é o

Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos, melhorando as condições de trabalho e de oferta de serviços. Por último, o eixo relacionado à Formação Médica no Brasil, autorizando a criação de cursos de Medicina e de residência médica, juntamente com a qualificação dos cursos existentes, conforme as necessidades do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2015).

Assim sendo, este estudo será elaborado para avaliar as contribuições do PMM no desempenho da Atenção Básica. Tendo papel importante, pois o curto período da existência do PMM e a pouca disponibilidade de estudos avaliando seus efeitos dificultam a identificação objetiva de seu impacto na Atenção Básica e no SUS.

Os dados de pesquisa recente¹, construídos a partir de dados secundários de alguns sistemas de informação utilizados no SUS², apresentaram algumas direções do programa, como: ampliação das ESF, aumento da oferta de consultas médicas e procedimentos coletivos e o aumento de atividades das equipes. Outro indício é a redução de internações de algumas doenças sensíveis à Atenção Básica (BRASIL, 2015).

Neste contexto, é relevante realizar essa revisão integrativa com a intenção de sistematizar as melhores evidências disponíveis, identificar os padrões e tendências no desempenho da AB e do SUS em função do PMM e sinalizar as possíveis lacunas de conhecimento.

Diante do exposto, procura-se responder a seguinte questão norteadora: **Quais as contribuições do Projeto Mais Médicos para o Brasil ao desempenho da Atenção Básica no Brasil?**

2.1 Pressupostos

- a) A implementação do Programa Mais Médicos fortalece e torna mais resolutiva a Atenção Básica, principalmente em locais com maior iniquidade e vulnerabilidade social;

¹Os dados e análises apresentados envolvem a participação da Universidade Federal (UF) do Rio Grande do Sul, UF da Paraíba, UF do Mato Grosso do Sul, UF da Fronteira Sul, UF do Pará, Fiocruz Manaus, Escola do Grupo Hospitalar Conceição, UF de Ciências de Saúde de Porto Alegre, UF de Minas Gerais, UF de São Carlos, UF de São Paulo, UF de Campina Grande e UF de Santa Maria e Instituto Federal do Rio Grande do Sul.

²Os dados foram consultados nos Bancos Siab, Sisab, e-SUS, SIH, além de dados de acesso ao Programa Farmácia Popular e da pesquisa de avaliação Externa do Pmaq.

- b) O Programa é avaliado satisfatoriamente pela população;
- c) O Programa Mais Médicos tende a melhorar a Infraestrutura nas Unidades Básicas de Saúde;
- d) A implementação do Programa Mais Médicos aumenta o número de profissionais e amplia o acesso na Atenção Básica, com impacto positivo em indicadores de saúde, como, por exemplo, internações por condições sensíveis a APS.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Realizar uma revisão integrativa sobre o desempenho do Programa Mais Médicos na Atenção Básica.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as estratégias metodológicas, instrumentos e indicadores utilizados para avaliar o Programa Mais Médicos;
- b) Avaliar os estudos selecionados a partir de guias de descrição das publicações;
- c) Revelar os efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica sobre aspectos da estrutura, processo de atenção e resultados.

4 Marco conceitual

4.1 Atenção Primária em Saúde como uma das principais estratégias de cuidado

Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são expressões comumente utilizadas para se referir ao nível de atenção dos Sistemas de Saúde (OMS, 2008). Inicialmente, a noção de Atenção Primária é atribuída ao Relatório Dawson, documento publicado em 1920 pelo Ministério da Saúde do Reino Unido que associou com a idéia de regionalização e hierarquização dos cuidados em saúde (STARFIELD, 2002). Mais tarde, a Conferência de Alma-Ata em 1979 assume uma posição de defesa da APS, que foi considerada a principal estratégia para se atingir o objetivo de “Saúde para todos no ano 2000” (BRASIL, 1979).

Esta estratégia forma a base e determina o trabalho de todos os níveis dentro do sistema de saúde, organizando e racionalizando o uso de recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

A atenção básica, contudo, não foi “corretamente assimilada” em muitos países, inclusive no Brasil, situação que se altera com a publicação da Portaria nº 648/GM, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006). A idéia de primário e básico foi compreendida como direcionada para grupos de baixa renda e à noção de menor complexidade como correlato ao mais simples (CAMPOS; MALIK, 2008).

Com a aprovação da constituição 1988, o Estado brasileiro passa a ser plenamente responsável por assegurar o direito à saúde, contrapondo-se ao modelo assistencial vigente até então no país, do qual apenas os trabalhadores formais e seus dependentes amparados pelo INAMPS tinham o direito de acessar serviços públicos de saúde (PAIM, 2008).

A partir desse período foram criadas as “Leis Orgânicas da Saúde”, Lei 8.080/90, a qual traz a concepção de que a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia a dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. Outra Lei, a 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade no SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Foram criadas também as

Normas Operacionais Básicas (NOB), que são um instrumento jurídico-institucional com o intuito de reorientar a implementação do SUS, definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional, regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS (ROSA; LABATE, 2005 *apud* CORDEIRO, 1996).

Além deste marco de registros na legislação, observou-se a permanência de várias iniciativas de estados e municípios em relação à APS, sem, no entanto, se configurar um modelo nacional. Somente com a municipalização do SUS no início da década de 1990 é que começou a haver uma estruturação mais uniforme da APS com o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento na Saúde e a progressiva transferência de responsabilidades sobre a gerência e execução direta de serviços a Estados e a municípios (CAMPOS et al., 2010).

Em 1994, com uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi proposto pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), como também a Estratégia de Saúde da Família (ESF), no intuito de exercer um papel de protagonismo no enfrentamento da realidade brasileira, extremamente heterogênea e com históricas e persistentes desigualdades regionais (BRASIL, 2006). Mais tarde, em 2006, é publicada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), que revisa e normatiza o PSF e o PACS, definindo e conceituando fundamentos centrais para a forma como a Atenção Primária à Saúde é organizada no Brasil.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa a reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, composta por uma equipe multiprofissional: médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Além disso, tem por finalidade favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011b).

Entretanto, Sisson (2002) afirma que a ESF possui algumas limitações, pois ainda são comuns práticas centradas em consulta médica, atividades de pronto atendimento, em detrimento ao cuidado integral e ao controle sobre as principais condições de saúde.

Em face de este contexto, é importante a realização de estudos e avaliações sobre aspectos que influenciam e contribuem no desempenho da Atenção Básica em Saúde, que é uma das principais estratégias de cuidado para os usuários do SUS.

4.2 Avaliações do desempenho na Atenção Básica no Brasil

Atualmente, a situação de saúde brasileira apresenta uma transição demográfica acelerada, como uma agenda não superada de doenças infecciosas, carências, uma quantidade de agravos de saúde por causas externas e uma presença forte e crescente de condições crônicas (OPAS, 2011).

Tendo em vista este contexto, emerge a necessidade de medir os padrões de saúde da população e a capacidade de resposta dos serviços para o direcionamento de medidas e ações estratégicas. A busca de medidas do estado de saúde da população iniciou com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com a evolução no controle das doenças infecciosas e mudanças na compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outros aspectos do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros (OPAS, 2001).

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. Indicadores são medidas-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Tentam representar através de medidas a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (OPAS, 2001).

A avaliação de desempenho passou a ser um instrumento importante na reestruturação dos sistemas de saúde e ao longo dos últimos anos o debate girou principalmente sobre a questão de se restringir a performance dos sistemas de saúde a análises de custo efetividade baseadas em resultados ou considerá-lo em sentido mais amplo já que ele é afetado por fatores

econômicos, educacionais e pelas desigualdades sociais (NAYLOR;HANDA, 2002,p.14)

Embora haja divergência conceitual, desempenho, em geral, se refere ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde (HURST; HUGHES, 2001). A construção metodológica da avaliação de desempenho dependerá da clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos sistemas de saúde que se quer avaliar, que irão fundamentar a escolha das dimensões que serão objeto de estudo (VIACAVA et al., 2014).

A abordagem do desempenho dos serviços na AB decorre de questões demográficas, sociais e epidemiológicas observadas nos territórios, mas também pode ser associada às escolhas locais de prioridades para suprir a demanda de uma população (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2015).

Uma abordagem capaz de medir o desempenho da AB é pelo uso do indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que sinaliza a efetividade da AB, já que é nesse nível de atenção que as doenças listadas pela ICSAP poderiam ser resolvidas, evitando internações hospitalares e, conseqüentemente, um aumento de gastos com saúde (ALFRADIQUE et al., 2009; FERREIRA et al., 2014).

A atenção básica deveria ser compreendida como espaço de produção de mudanças no sistema de saúde, elemento organizador do cuidado, buscando construir novas linhas de articulação entre a ação clínica individual e a ação sanitária coletiva (BRASIL, 2010).

Starfield (2002) propõe atributos essenciais para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Conforme Mendes (2009), o primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado.

A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

E a coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

Além dos atributos essenciais, a mesma autora define ainda outras três características denominadas atributos derivados, destinadas a qualificar as ações dos serviços de APS (STARFIELD; XU; SHI,2001): 1) Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): destinada a avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, em que deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar; 2)Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade e sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços. 3)Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma. Ressalta-se nesta perspectiva como possibilidade de avaliação destes atributos mencionados.

Cabe reconhecer que a constituição da ABS no Brasil é marcada por problemas de estrutura física dos serviços, suficiência e perfil dos profissionais de saúde, acesso oportuno aos recursos e efetividade de políticas e ações de saúde (CONIL, 2002; TOMASI et al., 2003).

Por conta da APS ser um serviço complexo, evidencia-se a necessidade de investir em estratégias capazes de medir e avaliar o que ocorre em tal serviço. O PCATool (PrimaryCareAssessment Tool) criado por Starfield (STARFIELD et al., 2000; STARFIELD; XU; SHI, 2001) na Johns Hopkins PrimaryCarePolicy Center (PCPC) é um dos Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária que mede a presença e a extensão dos seus quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados,tendo como base o modelo de estrutura, processo e resultado proposto por Donabedian (2005).

Segundo Campbell, Roland e Buetow (2000), o processo de atenção seria o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Desse modo, o PCATool realiza medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente

relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo) (DONABEDIAN, 1973).

No Brasil, a avaliação do desempenho na Atenção Básica foi ampliada através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), criado pela Portaria 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011. O PMAQ está organizado em quatro fases conformando um ciclo contínuo: Fase 1 - Adesão e contratualização; Fase 2 - Desenvolvimento; Fase 3 - Avaliação Externa; e Fase 4 - Recontratualização (BRASIL, 2011c).

O PMAQ vem buscando incentivar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente para melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica. Dependendo do estímulo de espaços de diálogo, problematização, negociação, gestão compartilhada entre equipes, gestores e usuários, voltados a produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços de saúde (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Diante das possíveis abordagens para avaliação de desempenho, cabe reconhecer que a atenção básica se reveste de complexidade, exigindo novas produções de saberes, práticas e tecnologias em prol do benefício do acesso e qualidade ao estado de saúde da população.

4.3 O surgimento do Programa Mais Médicos

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 saúde (BRASIL, 2006). 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 (SILVA et al., 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), exerce um papel importante no enfrentamento das vulnerabilidades na situação de saúde brasileira, extremamente heterogênea e com históricas e

persistentes iniquidades regionais. Além disso, a APS atua na organização do fluxo de usuários dentro do SUS e pode contribuir para a economia de recursos da saúde através da diminuição de internações hospitalares por condições sensíveis à APS (MAFRA, 2001).

No início de 2011, a Atenção Básica à Saúde (ABS) foi alçada à condição de prioridade de governo. Foram identificados dez principais desafios que condicionavam seu desenvolvimento e que deveriam ser levados em conta pelo Ministério da Saúde (MS) na proposição da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Financiamento insuficiente da Atenção Básica; Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS); Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde; Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços, incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado; Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais; Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão; Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica; Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade (PINTO; MAGALHÃES; KOERNER, 2014).

Para atacar o problema, o governo brasileiro implantou duas ações. A primeira refere-se à Lei 12.202, de 14 de janeiro de 2010, que permitiu a médicos que se formaram com o apoio do programa do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e a segunda ação diz respeito ao lançamento do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), que buscou atrair médicos para áreas vulneráveis (BRASIL, 2011b). Porém, este programa não conseguiu atender toda a necessidade apresentada pelos Municípios, sendo incorporado futuramente ao Programa Mais Médicos.

Posteriormente, com o advento das manifestações de rua em junho de 2013, em resposta às reivindicações na área da saúde, o governo federal instituiu o Programa Mais Médicos, criado por meio da Medida Provisória nº 621,

regulamentada pela Lei nº 12.871/2013, o qual possui em um dos seus eixos o provimento de profissionais para a atuação denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil, na perspectiva da integração ensino-serviço na Atenção Básica do SUS em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais (BRASIL, 2013b).

O Programa recruta profissionais graduados no Brasil e fora do Brasil para atuar nas áreas com maior necessidade e garantir a essas populações o direito concreto e cotidiano ao acesso universal aos serviços de saúde. Além de oferecer atividades educacionais e formativas através de curso de especialização e supervisão com participação das instituições de ensino brasileira (BRASIL, 2011c).

Cabe ressaltar que mesmo em países com indicadores de relação médico por habitantes superiores a do Brasil, segundo os dados apresentados pela OCDE em 2009 e pelo General Medical Council do Reino Unido em 2011, realiza-se o recrutamento de médicos estrangeiros para garantir o acesso ao sistema de saúde, geralmente com enfoque nas seguintes proporções de médicos nos respectivos países: 37% no Reino Unido; 25,9% nos Estados Unidos; 22,8% na Austrália; e 17,9% no Canadá (BRASIL, 2015).

Em face da escassez de médicos no Brasil, o Ministério da Educação traçou metas para ampliar a quantidade de profissionais, visando chegar ao patamar de 2,7 por mil habitantes em 2026. Essa insuficiência para a ocupação dos postos de trabalho existentes na AB leva a uma competição entre municípios, que disputam os poucos profissionais disponíveis.

Os resultados dessa situação de desequilíbrio ocasionam o comprometimento de recursos do município, além de sua capacidade de pagamento, com posterior descontinuidade dos vencimentos e quebra de compromissos com o médico contratado; redução da carga horária efetivamente praticada pelo profissional, seja porque o gestor “compensa” a remuneração reduzindo a carga horária, seja porque o médico impõe essa condição na sua contratação, gerando uma série de irregularidades e ilegalidades, além de reduzir o acesso da população; e alto índice de rotatividade dos médicos, fazendo com que quase a metade não chegue a ficar sequer um ano no mesmo município (SANTOS; PINTO, 2008).

Em face de todo esse contexto, o Programa Mais Médicos surge como uma estratégia possível de desacomodar e proporcionar ao sistema de saúde um novo direcionamento de investimentos, como também melhoria frente ao processo

formativo de profissionais médicos. Cabe ressaltar que o programa enfrentou inicialmente resistências dos profissionais brasileiros devido a logística de acolher ao Brasil médicos estrangeiros, porém é visível os aspectos positivos desta estratégia de programa, ao visualizarmos que em um primeiro momento os médicos estrangeiros de mais de 40 países, incluindo os profissionais cubanos que participam da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ocuparam quase 85% das vagas demandadas pelos municípios e na fase atual mostra uma composição diferente (BRASIL, 2015).

Em 2015, os médicos brasileiros preencheram 100% de todas as novas vagas ofertadas, desde a criação do Programa e atualmente todos os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena contam com equipes completas. Também têm médicos nas Unidades Básicas de Saúde fluviais para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia no Semiárido e muitas comunidades rurais, quilombolas, assentamentos, periferia e morros das grandes cidades que não contavam com acesso à atenção básica.

Outro dado relevante é a pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco, que entrevistou 14 mil usuários em quase 700 municípios. A nota média que os usuários ao PMM foi de 9,0 numa escala de 0 a 10. Quando questionados sobre dificuldades de comunicação com os médicos estrangeiros, 87% responderam que não tiveram dificuldade e 3% responderam que ela foi importante (BRASIL, 2015).

Além das ações mencionadas, o desafio do Programa Mais Médicos ainda é dar conta da escassez de profissionais em médio e longo prazo. Para isto, foi elaborado um plano de expansão de vagas de graduação em medicina em todo o Brasil, obedecendo a critérios que proporcionam a descentralização da formação e interiorização das faculdades. A meta anunciada do Governo Federal com o PMM foi a criação de 12,4 mil vagas de residência e de 11,5 mil novas vagas de graduação até 2017. Em relação à graduação, o objetivo é modificar o perfil da formação através das Diretrizes Curriculares Nacionais conduzindo a uma formação médica orientada às necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015).

No que se refere a perspectiva de formação profissional, cabe ressaltar que enquanto no Brasil teve-se 14.634 egressos em 2011, média foram 0,74 egressos

para cada 10 mil habitantes (MARTINS; SILVEIRA; SILVESTRE, 2012), no Reino Unido e Austrália tiveram, respectivamente, 1,1 e 0,933. Além de poucas vagas, estão mal distribuídas no território brasileiro, com uma clara concentração nas maiores e mais ricas cidades, capitais e nas regiões Sudeste e Sul do país. Alguns países com resultados negativos na relação formação de médicos e criação de novos postos de trabalho compensam o déficit com médicos formados em outros países. No próprio Reino Unido, que tem o dobro da proporção de vagas por habitante do Brasil, os médicos que atuam neste país e que não se formaram lá chegam a representar 37% do total de médicos em atuação. Mesmo nos EUA esse número chega a 22,4%. No Brasil, em 2012, esse número era muito menor: 1,8% (AARON et al., 2012).

Certamente cabe reconhecer que nenhum provimento regular de médicos conseguiria alcançar tal acesso em tão curto prazo. Apesar deste alívio da escassez atribuída ao programa, ainda se verifica uma má distribuição de médicos no território. Além disso, grande parte dos municípios ainda convive com insegurança assistencial, tendo em vista que ocorreram redução e substituição da oferta regular de médicos das prefeituras pelo provimento federal. Nesse sentido, o PMM ofereceu um alívio da escassez, cumprindo de forma relativa seu objetivo de provisão emergencial de médicos, mas pode ter tornado alguns municípios dependentes do programa, justamente aqueles que historicamente conviviam com situações de carência e privação de serviços de saúde (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Levando em consideração que existem aspectos positivos com o advento do Programa Mais Médicos, assim como surgem por outro lado alguns desafios para seu aperfeiçoamento e provimento de médicos tornam-se necessário a realização de debates, pesquisas, estudos, entre outras ações que gerem reflexões e análises dessas questões e apontamentos de soluções possíveis.

Neste sentido, o presente estudo avaliará o desempenho do PMM, caracterizado como o grau de sua influência na atenção básica (HURST; HUGHES, 2001; MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2015). Com base nas categorias analíticas de Donabedian (2005), e basear-se-á na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultado.

A estrutura contemplando os fatores que afetam o contexto em que os cuidados são prestados. Dentre eles, a instalação física, equipamentos e recursos

humanos, bem como as características organizacionais, formação do pessoal e métodos de pagamento (DONABEDIAN, 2003).

O processo levando em consideração, as ações do serviço e dos profissionais para o diagnóstico, tratamento, cuidados preventivos e educação do usuário. E resultado incluindo alterações decorrentes da estrutura e dos processos dos serviços no estado de saúde, comportamento, ou conhecimento, bem como a satisfação e qualidade de vida do usuário. Assim como, ICSAP também se enquadra no conceito de resultado (DONABEDIAN, 1980).

5 Metodologia

5.1 Caracterização do estudo

Para realização do presente estudo, optou-se pela elaboração de uma revisão de literatura. Este tipo de pesquisa tem como característica a:

Análise e síntese da informação disponibilizada por todos os estudos relevantes publicados sobre um determinado tema, de forma a resumir o corpo de conhecimento existente e levar a concluir sobre o assunto de interesse (MANCINI; SAMPAIO, 2006. p.1).

Dentre os diversos tipos de revisão de literatura, escolheu-se a revisão integrativa, que corresponde a uma metodologia ampla que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese de evidências que visem promover impacto sobre a prática clínica. Além disso, pode-se incluir simultaneamente diferentes pesquisas e métodos, possibilitando que o pesquisador possa ter compreensão do fenômeno estudado e identificação de aspectos que requerem maiores pesquisas (BROOME,2000).

Na construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis momentos distintos, sendo eles: a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; a avaliação dos estudos incluídos; a interpretação dos resultados; e a apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5.2 Identificação do tema

Momento inicial que define um problema e questão de pesquisa relevante de ser estudado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).A questão definida que se procurou responder com este estudo foi:**Quais as contribuições do Projeto Mais Médicos para o Brasil ao desempenho da Atenção Básica no Brasil?**

5.3 Critérios de inclusão e exclusão

Este momento determina a dimensão do assunto que será estudado, devendo o pesquisador ser criterioso nas literaturas que serão incluídas, pois uma grande quantidade poderá impossibilitar ou tendenciar o estudo (BROOME, 2000).

Após a escolha do problema e questão de pesquisa, se inicia a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a Revisão Integrativa foram feitas buscas de publicações nos bancos de dados do Scielo, Scopus, Web of Science, PubMed na Plataforma de Conhecimento Programa Mais Médicos: <<http://apsredes.org/mais-medicos/>>.

A Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos é uma iniciativa conjunta da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, OPAS-OMS e Ministério da Saúde. É com o objetivo de compartilhar os conhecimentos acumulados no processo de implementação do programa e reunir um acervo de pesquisa e publicações sobre a temática que as bases de dados são construídas, por meio da interação com o pesquisador que pode cadastrar o seu projeto de pesquisa. Além da busca sistemática nos principais sites acadêmicos e busca em repositório digital, por meio da parceria com a BIREME/OPAS/OMS.

Para a busca das publicações nos bancos de dados foi utilizado como descritor não controlado “Programa Mais Médicos” e controlados And “Atenção primária à Saúde” OR “Atenção Básica”, no intuito de selecionar publicações que respondam aos critérios de inclusão do estudo.

Foram considerados critérios de inclusão os artigos científicos que tiveram como foco do estudo o Programa Mais Médicos e suas contribuições para a Atenção Básica e que estavam publicados entre os anos de 2013 e 2017, independente do idioma de publicação. Foram excluídas as publicações que não apresentaram resultados originais (editoriais, artigos de opinião, comentários e cartas) e que abordaram o Programa Mais Médicos sem contemplar questões relativas à Atenção Básica, assim como capítulos de livros, estudos de casos, teses e dissertações.

5.4 Categorização dos estudos

Este momento consiste na avaliação das informações a serem retiradas dos estudos selecionados, a partir do uso de um instrumento que irá reuni-las (BEYA, 1998).

Inicialmente, foram buscadas as publicações nas bases de dados acima citadas e suas referências exportadas para um programa de gerenciamento de referências bibliográficas (EndNote®).

Após checagem e exclusão das duplicatas, a seleção das referências deu-se por dois revisores independentes segundo os critérios de inclusão e exclusão. Em todas as etapas, as referências selecionadas pelos revisores foram comparadas e as divergentes analisadas por um terceiro revisor que decidiu pela inclusão ou não da publicação. As etapas da revisão foram compostas pela leitura dos títulos, dos resumos e dos artigos na íntegra. Após a definição das publicações para a revisão integrativa, os dados foram extraídos para o quadro 1 do (Apêndice A).

5.5 Avaliação dos estudos incluídos

Esta etapa avaliou imparcialmente os estudos, buscando explicações para as diferenças nos resultados encontrados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Dessa forma, o nível de evidência dos estudos deve ser avaliado a fim de determinar credibilidade nos seus resultados e reforçar as conclusões que irão gerar do conhecimento atual do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

As publicações foram selecionadas a partir da aplicação de critérios inclusão e exclusão. Em seguida, os dados extraídos foram categorizados, conforme o apêndice A. Posteriormente, foi aplicada a verificação do número de itens relatados em cada publicação selecionada, de acordo com as guias COREQ e STROBE específicos para cada tipo de estudo. Os critérios consolidados para relatar pesquisas qualitativas (COREQ) em anexo 1 que têm como objetivo a verificação de 32 itens em entrevistas em profundidade e grupos focais (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). O Fortalecimento do Relato de Estudos observacionais em Epidemiologia (STROBE) em anexo 2 o qual, consiste numa lista de verificação para estudos observacionais incluindo coorte, caso-controle e estudos transversais (combinado) (VON ELEM et al., 2008).

5.6 Interpretação dos resultados

Este momento discute os resultados da pesquisa, realiza a comparação com o conhecimento teórico, aponta conclusões e possibilita identificar lacunas de conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A partir da seleção dos artigos, foram realizadas leituras de seus conteúdos e organizadas três categorias para sistematização e discussão de seus resultados.

Definiram-se as seguintes categorias do desempenho do PMM na Atenção Básica: Estrutura, Processo e Resultado, tomando como base o modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005).

5.7 Apresentação da revisão

Este momento equivale na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas na revisão e os principais resultados encontrados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

As informações coletadas durante o percurso da revisão foram representadas no fluxograma que usou como base uma adaptação do PRISMA utilizado para Revisões Sistemáticas e Meta-análises (MOHER et al., 2009).

7 Recursos humanos e materiais

Nos quadros 2e 3 serão apresentados o orçamento do projeto, contendo o plano de despesas com recursos humanos e materiais para elaboração da pesquisa.

7.1 Recursos humanos

Quadro 2 - Recursos humanos

Recursos humanos	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Revisor de português	1 un.	200,00	200,00
Tradução de resumo para espanhol	1 un.	100,00	100,00
Tradução de resumo para inglês	1 un.	100,00	100,00
Total			400,00

*Obs.: Os gastos serão custeados pelo autor.

7.2 Recursos materiais

Quadro 3 - Recursos materiais

Recursos materiais	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Folhas de ofício A4 (pacote com 500)	1 un.	15,00	15,00
Caneta	6 un.	2,00	12,00
Apontador	1 un.	2,00	2,00
Impressão	1000 un.	0,15	150,00
Encadernação	10 un.	5,00	50,00
Capa brochura preta	4 un.	50,00	200,00
Comut	30 bônus	54,60	54,60
Total			483,60

*Obs.: Os gastos serão custeados pelo autor.

Apêndices

Apêndice A – Categorização dos Estudos Selecionados

Quadro 1 - Características das publicações dos estudos selecionados.

Nº	Autores (ano)	Estratégia metodológica			Abordagem da avaliação do desempenho (estrutura/ processo/ resultado)#	Número de itens relatados de acordo com guia*
		Desenho do estudo	Fonte de informação	Indicadores/Instrumentos /Categorias		
1	Giovanella L. et al. (2016)	Transversal	PMAQ, PMM e Requalifica UBS	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; 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; Cotejamento de equipes PMM com os dados de equipes do ciclo 2 do PMAQ-AB; 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; Códigos CNES das UBS que participam do Requalifica UBS foram cotejados com os CNES das UBS que receberam médicos do PMM.	Estrutura	STROBE: 17
2	Schweickardt J. C. et al.(2016)	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Formação; Produção do cuidado; Trabalho em equipe; Atenção Básica em Saúde; Integralidade.	Estrutura	COREQ: 23
3	Soares Neto J. J. et al. (2016)	Quantitativo	PMAQ, UNASUS e CNES.	Indicador de Desenvolvimento Humano Municipal; Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde brasileiras	Estrutura	STROBE:18
4	Carrapato, Josiane	Qualitativo	Entrevista Estruturada	Percepção dos profissionais do SUS sobre o Programa Mais Médicos e percepção dos	Processo	COREQ: 15

	Fernandes Lozigia et al. (2016)			usuários do SUS sobre o programa.		
5	Carrer A. et al. (2016)	Quantitativo	Entrevista individual	PCATool-Brasil versão profissionais	Processo	STROBE: 20
6	Comes Y. et al. (2016)	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas	Como os membros das equipes significavam e vivenciavam o trabalho com os médicos do Programa; Como avaliavam a integralidade, desde o ponto de vista da relação das equipes com a comunidade, com NASF, com outros pontos de atenção do SUS, (referência e contrarreferência); Como trabalhavam com as necessidades da população; Como foi a integração do olhar dos médicos PMM na prática clínica e comunitária.	Processo	COREQ: 24
7	Guimarães C. A. et al. (2017)	Qualitativo	Entrevista individual	Concepções sobre o atendimento recebido pelos profissionais do Programa Mais Médicos na realização do pré-natal. A escuta qualificada, o acolhimento e o vínculo como diferencial na atenção ao pré-natal na UBS.	Processo	COREQ: 21
8	Melo C. F. et al. (2016)	Qualitativa	Entrevista semiestruturada	Compreensão sobre o PMM; Avaliação do PMM; Avaliação dos médicos bolsistas.	Processo	COREQ:23
9	Pereira L. L. et al. (2015)	Qualitativo	Entrevista semiestruturada e grupo focal	Situação de saúde nas comunidades; Principais problemas de saúde percebidos; Oferta de serviços pelo município; Avaliação sobre implantação do PMM; Mudanças percebidas após chegada dos médicos.	Processo	COREQ: 22
10	Silva T. R. B. et al. (2016)	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	PMMB na visão de usuários; Acesso à Atenção Primária a Saúde: mudanças e continuidades; Percepção de usuários sobre o trabalho do médico intercambista.	Processo	COREQ: 26
11	Alencar, Ana Paula Agostinho et al. (2016)	Quantitativo	SIAB	Consulta médica residente na área; Tipo de atendimento; Exame Complementares; Encaminhamentos e Visitas domiciliares.	Resultado	STROBE: 16
12	Carneiro, Vânia Barroso et al. (2016)	Quantitativo	SIH-SUS e SINASC	ICSAP em menores de 5 anos de idade e Taxa de mortalidade em menores de 5 anos de idade.	Resultado	STROBE: 15

13	Comes Y. et al. (2016)	Transversal Descritivo	Entrevistas semiestruturadas	Instrumento de avaliação de satisfação dos usuários e responsividade (Hollanda, E. et al., 2012)	Resultado	STROBE: 21 COREQ: 26
14	Gabriella Morais Duarte Miranda et al.(2017)	Ecológico Descritivo	DAB/MS e CNES	Número de equipes implantadasx 3.000 x 100/população residente; Internações por causas sensíveis à atenção primária	Resultado	STROBE: 19
15	Girardi S. N. et al.(2016)	Exploratório transversal	Questionário autoaplicável	Ferramenta <i>SurveyMonkey</i> ®, abrangendo: perfil sociodemográfico dos médicos, características do trabalho e levantamento do escopo de prática dos profissionais, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).	Resultado	STROBE: 20
16	Girardi S. N. et al.(2016)	Quantitativo	CNES, IBGE e CPF.	Índice de escassez de médicos em APS os municípios com: Razão de habitante por médico superior à preconizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), de um profissional para até 3.000 habitantes, e aqueles com ausência de médicos; Razão de um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e Taxa de Mortalidade Infantil mais de 100% acima da média estadual; Razão de um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e mais de 50% dos domicílios na pobreza.	Resultado	STROBE: 18
17	Gonçalves R. F. et al.(2016)	Quantitativo	SIH-SUS	ICSAP	Resultado	STROBE: 19
18	Lima R. T. S. et al. (2016)	Seccional	SIAB e E-SUS	Quantidade total de consultas médicas por mês; Quantidade de encaminhamentos médicos para especialistas, urgência e hospital; Quantidade de ações de educação em saúde por equipe de ESF; Produtividade semanal.	Resultado	STROBE: 18

19	Mendonça C. S. et al. (2016)	Quantitativo	Observa Sinos, SINASC e SIM	Tipo de Sistema; Financiamento; Tipo de profissional da APS; Percentual de médicos especialistas focais; Co-pagamento pelos pacientes na atenção primária; Cadastro e/ou listas de pacientes; Cobertura 24 horas; A força de departamentos acadêmicos em Medicina de Família.	Resultado	STROBE: 19
20	Miranda A. S.; Melo D. A. (2016)	Caso-Controle	CNES, SIH, SIA, SIAB e SINAN	Indicadores de estrutura: Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde; Cobertura deESF; Transferências estaduais e federais (R\$) per capita para o custeio da ABS; Transferências federais (R\$) per capita para o custeio da Estratégia de Saúde da Família. Indicadores de resultado: ICSAP; Internações por (IRA) em menores de 5 anos;Internações por (DDA) em menores de 5 anos, atendimentos ambulatoriais por habitante/ano; Internações por complicações do (DM);Internações hospitalares por (AVC);Internações por (ICC), Incidência de tuberculose pulmonar positiva.	Resultado	STROBE: 19
21	Santos L. M. P. et al. (2017)	Quase-experimental	CNES, DATASUS e MS	Densidade de médicos; Cobertura de cuidados primários; hospitalizações evitáveis; Investimentos em infraestrutura; Vagas nas escolas de Medicina.	Resultado	STROBE: 19
22	Santos M. A. M. et al. (2016)	Quali-Quantitativo	Entrevista semiestruturada	Infraestrutura; Acessibilidade; Relação equipe-usuário; Satisfação dos usuários em relação à Atenção Básica; Avaliação do profissional do PMM.	Resultado	STROBE: 20 COREQ:24
23	Silva B. P. et al. (2016)	Transversal	DATASUS, SIAB e MS	Indicadores de produtividade eIndicadores de saúde sensíveis à atenção primária.	Resultado	STROBE: 18

* Modelo de avaliação proposto por Donabedian (2005);

* Amplitude dos itens dos guias – STROBE (estudos quantitativos): 0-22; COREQ (estudos qualitativos): 0-32.

Anexos

Anexo 1- Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guidequestions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
PersonalCharacteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationshipwithparticipants		
6.	Relationshipestablished	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewercharacteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>

No	Item	Guidequestions/description
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	MethodologicalorientationandTheory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participantselection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Methodof approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Samplesize	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presenceof non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Descriptionofsample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		

No	Item	Guide questions/description
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilottested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, howmany?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturationdiscussed?
23.	Transcriptsreturned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysisandfindings		
Data analysis		
24.	Numberof data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivationofthemes	Were themes identified in advance or derived from the data?

No	Item	Guidequestions/description
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participantchecking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotationspresented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Waseachquotationidentified? e.g. <i>participantnumber</i>
30.	Data andfindingsconsistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarityof major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarityofminorthemes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Anexo2 – STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group

Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions
		(c) Explain how missing data were addressed
		(d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy
		(e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed
		(b) Give reasons for non-participation at each stage
		(c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
		(c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount) <i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time
Outcome data	15*	<i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included

		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

Referências

AARON, Y. et al. A Census of Actively Licensed Physicians in the United States. **Journal of Medical Regulation**, v.99, n.2, p.11-24, 2012.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v. 6, n.25, p.1337-1349, jun. 2009.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M.L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health**, v.99, n.1, p.87-93, 2009.

ARAÚJO, E.; MAEDA, A. **How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries**. Washington: WHO, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wb_retentionguidancete/en/>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BARANEK, P. M. **A review of scopes of practice of health professions in Canada: A balancing act**. Toronto: Health Council of Canada; 2005.

BRASIL. **Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978**. Brasil, 1979.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Brasília: Diário Oficial da União, 18 abr. 2008. Seção 1. p.70.

_____. **Política Nacional de Humanização.** Cadernos Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Portaria GM nº 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). Brasília: Diário Oficial da União, 2011 a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 09 mar. 2017.

_____. **Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Saúde Legis,** 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 20 mar. 2017.

_____. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013.** Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Diário Oficial da União, 2013a.

_____. **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. Brasília: Diário Oficial da União, 2013b.

_____. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BEYA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **Journal AORN**, v.67, n.4, p.877-80, 1998.

BROOME, M.E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A. (eds.). **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company, p. 231-50, 2000.

BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M. A. Z.; ASSIS, E. G. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul enferm.**, v.23, n.1, p.131-135, 2010.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, v.51, n.11, p.1611-1625, 2000.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. **Rev. Adm Pública**, v.42, n.2, p.347-368, 2008.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N: A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Saúde para Debate**, n. 44, p. 13-24, 2009.

CAMPOS, G.W.S. et al. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, n.18(Suppl), p.191-202, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Estatística de médicos: inscrições principais ativas**. Brasília: CFM, 2012.

DONBEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

_____. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. Vol.1. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

_____. **An introduction to quality assurance in health care**. Vol.1. New York: Oxford University Press, 2003.

_____.Evaluating the quality of medical care, 1966. **The Milbank quarterly**, v.83, n.4, p.691-729, 2005.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v.1(num. esp.), p.131-139, 2013.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO (EPSM). **Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG, 2012.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.3, p.669-681, set. 2006.

_____.et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M.(eds.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes Editora, p.844-92, 2014.

FERREIRA, J.B.B. et al.Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.1, n.23, p.45-56, 2014.

GIRARDI, S.N. et al. Índice de escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M.R.; FRANÇA, T. (orgs.). **O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, 2011. p.171-186.

HOLLANDA, E. et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Cien. SaúdeColet.**, v.17, n.12, p.3343-3352, 2012.

HURST, J.; HUGLES, M.J. Performance measurement and performance management in OECD health systems. **ECDC Health Systems. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers**. N.47, p.1-60, 2001. Disponível em: <www1.oecd.org>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MANCINI, M.C.; SAMPAIO, R.F. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. **Rev. bras. Fisioter.**, v.10, n.4, p.361-472, out./dez. 2006.

MAFRA, F. **O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil** [tese]. Brasília: UnB; 2011.

MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções**. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf>.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidência na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p.758-64, 2008.

MENDES, E.V. Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: **Conselho Nacional De Secretários De Saúde**. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MICLOS, P.V.; CALVO, M.C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Rev. Saúde debate**, v.39, n.107, p.984-996, 2015.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Cien. SaúdeColet.**,v.17, n.8, p.2071-2085, 2012.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med**,v.6, n.7, e1000097, 2009.

NAYLOR, C.D.; IRON,K.; HANDA, K. Measuring Health System Performance: Problems and Opportunities in the Era of Assessment and Accountability. In: OECD. **Measuringup – improving health system performance in OECD countries**. Paris: Editora da OCDE, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde – Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais do que Nunca**. Lisboa: OMS, 2008.

_____. Disponibilidade de médicos no Brasil.
OMS, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Capítulo 1: Indicadores de Saúde e a Ripsa, 2001. Adaptado de: **Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud**. Boletín Epidemiológico, v.4, n.22, p.1-5, 2001. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/aspectos.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

_____. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate**. Brasília: OPAS/OMS, 2011.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PINTO, H. A.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; KOERNER, R. S. **A evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família – 1998 a 2014**. No prelo. 2014.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v.51, n.38, p.43-57, 2014.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005.

SANTOS, L.; PINTO, H. **A saúde da família de cara nova: a gestão inter federativa do SUS**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008.

SANTOS, L.M.P.; COSTA, A.M.; GIRARDI, S.N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.11, p.3547-3552, 2015.

SILVA, B.P. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.21, p.2899-2906, 2016.

SISSON, M. C. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família no programa Docente Assistencial de Florianópolis**. 2002. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SOARES NETO, J. J. et al. **Uma Escala para Monitorar a Evolução da Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde no Programa Mais Médicos**. No prelo. 2016.

SOUSA, M.F. **A coragem do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

STARFIELD, B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**,v.105, n.4, p.998-1003,2000.

_____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília:Ministério da Saúde, 2002.

_____; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, v.50, n.2, p.161-175, 2001.

STARFIELD, B. **Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. Barcelona: Masson, 2004.

TOMASI, E. et al. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Rev Saúde Pública**,v.37, n.6, p.800-806, 2003.

TONG, A.;SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v.19, n.6, p.349-357, 2007.

VIACAVA, F. et al. **Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento: relatório final**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

VON ELEM, E. et al. Declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. **Rev. Esp. Salud Publica**. v.82, n.3, p.251-259,2008.

II RELATÓRIO DE CAMPO

Leandro Farias Rodrigues

**Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho da Atenção Básica
a partir de uma revisão integrativa**

Relatório de campo apresentado ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Coorientador: Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes

Pelotas, 2018

Neste relatório se buscará explicar todas as etapas realizadas para elaboração desta dissertação, que será apresentado em formato de relatório contendo: projeto de pesquisa, relatório de campo e artigo científico pronto para ser submetido.

Ingressei em 2016 no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem com a apresentação do Anteprojeto de Dissertação de Mestrado sobre Protocolos da Atenção Básica: Uma Estratégia para Fortalecimento das Equipes de Atenção Básica. Este Anteprojeto deu origem ao artigo: A construção de protocolos para Atenção Básica na defesa do Direito a Saúde, o qual foi submetido para publicação em junho de 2017 na Revista Contexto & Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí).

Durante os primeiros encontros nos meses de abril e maio de 2016 com meu Orientador Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini e Coorientador Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes, realizamos o refinamento da proposta de pesquisa para o mestrado. Surgindo assim a ideia de trabalharmos com a temática sobre o Programa Mais Médicos (PMM). Tema este cujo já tinha afinidade, pois estava trabalhando como referência descentralizada do Ministério da Saúde para o PMM no Rio Grande do Sul.

Num primeiro momento pensamos em realizar um estudo quanti-qualitativo, analisando os dados de equipes do PMM no banco do Programa de Melhoraria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). No entanto, devido aos atrasos para início do 3º ciclo deste programa e por existir pouca disponibilidade de estudos avaliando os efeitos do PMM e identificação objetiva de seu impacto na Atenção Básica e no SUS, optamos por realizar uma revisão de literatura sobre essa temática.

Como objetivos para o estudo definiu-se: Realizar uma revisão de integrativa sobre os efeitos do Programa Mais Médicos ao desempenho da Atenção Básica; Identificar as estratégias metodológicas, instrumentos e indicadores utilizados para avaliar o Programa Mais Médicos; Revelar os efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica sobre aspectos da estrutura, processo de atenção e resultados; e Avaliar os estudos selecionados a partir de guias de descrição das publicações.

Diante dessa mudança, durante os meses de junho de 2016 e janeiro de 2017 foi realizada a revisão de literatura e elaboração de novo projeto.

Após diversas leituras e orientações, para subsidiar este estudo elaborou-se um Marco Conceitual composto pelas seguintes temáticas: Atenção Primária em

Saúde como uma das principais estratégias de cuidado; Avaliações do desempenho na Atenção Básica no Brasil; e O Surgimento do Programa Mais Médicos.

Em seguida, foi elaborada a metodologia do estudo, optando-se, dentre os diversos tipos de revisão de literatura, pela revisão integrativa, a qual permitiria uma avaliação crítica sobre a temática, síntese de evidências e identificação de aspectos que requereriam maior aprofundamento.

Para a construção da revisão integrativa foi definida a questão de estudo: Quais as contribuições do Programa Mais Médicos para o Brasil ao desempenho da Atenção Básica no Brasil?

Posteriormente foram escolhidas para busca dos estudos as bases de dados Scielo, Scopus, Web of Science, PubMede Plataforma de Conhecimento Programa Mais Médicos. Assim como os descritores não controlado “Programa Mais Médicos” e controlados And “Atenção primária à Saúde” OR “Atenção Básica”, no intuito de selecionar publicações que respondam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Como critérios de inclusão para as buscas elencaram-se os artigos científicos que tiveram como foco do estudo o Programa Mais Médicos e suas contribuições para Atenção Básica publicados entre os anos de 2013 e 2017, independentemente do idioma de publicação. Como critérios de exclusão as publicações que não apresentam resultados originais (editoriais, artigos de opinião, comentários e cartas), que abordem o Programa Mais Médicos sem contemplar questões relativas à Atenção Básica, bem como capítulos de livros, teses e dissertações.

As publicações selecionadas foram exportadas para um programa de gerenciamento de referências bibliográficas (EndNote®) e após checagem e exclusão das duplicatas, a seleção das referências se deu por dois revisores independentes, segundo os critérios de inclusão e exclusão. Um terceiro revisor decidiu pela inclusão ou não das referências.

Durante o mês de março de 2017 este projeto de Mestrado passou pelo processo de Qualificação, tendo sido sugerido pela banca que houvesse um reforço no marco teórico elaborado para o estudo, bem como a elaboração de um quadro com as características das publicações dos estudos selecionados.

As alterações solicitadas foram realizadas nos meses de abril e maio de 2017. Assim como, foram acrescentados os dois quadros dos apêndices para verificação

do número de itens relatados em cada publicação selecionada, de acordo com as guias COREQ e STROBE.

Vencida essa etapa, iniciou-se a coleta de dados a partir da busca das publicações no período de junho até 27 o dia de julho de 2017, segundo os critérios de inclusão e exclusão da dissertação, cujas informações coletadas foram representadas na adaptação do PRISMA que consta no (Apêndice A).

Ao total, encontrou-se 340 publicações, sendo 98 duplicadas. Foram excluídas, por não atender aos critérios de inclusão do estudo, 198 publicações a partir da leitura de títulos e resumos e 21 pela leitura na íntegra.

Dentre as publicações excluídas, 42 não apresentavam resultados originais (editoriais, artigos de opinião, comentários e cartas), 78 não abordavam a temática do Programa Mais Médicos e 73 focavam o Programa Mais Médicos em outros aspectos, como formação/residência médica, implantação do programa, discurso da mídia, opinião sobre o programa e análise jurídica do programa. Conforme os critérios adotados, também foram excluídos três livros, cinco estudos de caso, oito monografias, sete dissertações e duas teses.

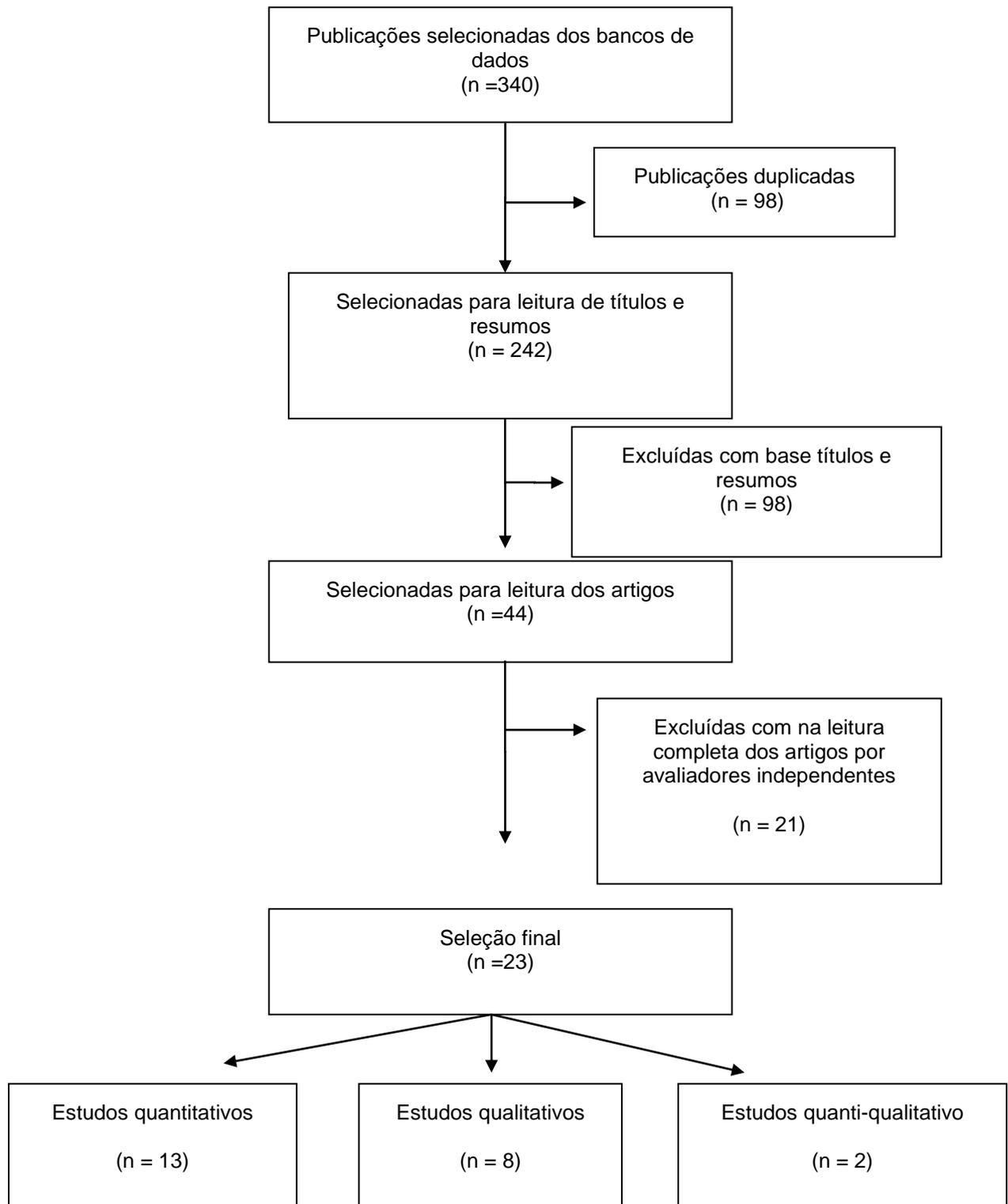
Ao final do processo de inclusão foram selecionados 23 artigos publicados entre os anos de 2015-2017.

Em seguida, nos meses de agosto e setembro de 2017, foi realizada a extração das informações contidas nas publicações selecionadas. Dentre estas, 13 eram quantitativas, oito qualitativas e duas utilizavam métodos mistos. Houve uma predominância destas publicações (n=15) no ano de 2016. Dos artigos quantitativos selecionados, todos preencheram no mínimo 15 itens dos 22 existentes na lista de verificação STROBE que consta no (Apêndice B) e dos estudos qualitativos, a maioria preencheu acima de 21 itens dos 32 na verificação do COREQ conforme o (Apêndice C).

Entre os meses de outubro e novembro de 2017 foi realizada a análise dos dados coletados e seus conteúdos organizados em três categorias para sistematização dos seus resultados. Definiram-se as seguintes categorias do desempenho do PMM na Atenção Básica: Estrutura, Processo e Resultado, tomando como base o modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005). Por fim, com esses dados iniciou-se em novembro de 2017 a construção, com o Orientador e Coorientador, do artigo que constam o item III da dissertação Artigos Científicos que será submetido na Revista Interface.

Neste artigo, foi possível avaliar os estudos selecionados. Assim como, identificar as categorias, instrumentos e indicadores utilizados para avaliar o PMM os quais, estão presentes no (Apêndice D). Também, revelou-se com base em categorias analíticas de Donabedianos efeitos do programa na Atenção Básica sobre aspectos da estrutura, processo de atenção e resultados tais como: melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde; Qualificação do processo de trabalho das equipes; Satisfação dos usuários com o atendimento médico; Ampliação no escopo de práticas; Queda nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária.

Apêndices

Apêndice A- Fluxograma das informações coletadas

Apêndice B

Quadro 1 - Lista de itens de acordo com (STROBE) que devem ser incluídos nos relatórios de estudos observacionais.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Título e Resumo	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Introdução																							
Contexto/Justificativa	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Objetivos	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Métodos																							
Desenho do estudo	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contexto (setting)	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Participantes					X								X		X					X		X	X
Variáveis	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Fontes de dados/Mensuração	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Viés			X		X								X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Tamanho do estudo					X							X	X	X	X	X	X		X		X	X	X
Variáveis quantitativas	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Métodos estatísticos	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Resultados																							
Participantes					X								X		X								X
Dados descritivos	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desfecho	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Resultados principais	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Outras análises	x		X		x						X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Discussão																							
Resultados principais	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Limitação	x		X		X								X	X			X			X	X		
Interpretação	x		X		X						X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Generalização	x		X		X						X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Outras informações																							
Financiamento																	x			X			

Apêndice C

Quadro 2- Número de itens relatados de acordo com (COREQ): 32 itens da lista de verificação

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade																								
Características pessoais																								
1. Entrevistador/Facilitador						X																		
2. Credenciais		X		x		X	X	X	X	X			X							X		X		
3. Ocupação		X				X		X	X	X			X							X		X		
4. Gênero		X		X		X		X	X	X			X							X		X		
5. Experiências e Treinamento										X			X											
6. Relações estabelecidas		X							X	X			X							X		X		
7. Conhecimento do participante s/ entrevistador						X			X															
Domínio 2: Desenho do estudo																								
Modelo teórico																								
9. Orientação teórica e Metodológica		X		X		X	X	X	X	X			X							X		X		
10. Amostra		X		X		X	X	X	X	X			X							X		X		
11. Método de abordagem		X		X		X	X	X	X	X			X							X		X		
12. Tamanho da amostra		X		X		X	X	X	X	X			X							x		X		
13. Não participação		X				X	X	X	X	X			X							X		X		
14. Configuração da coleta de dados		X		X		X	X	X	X	X			X							X		X		
15. Presença de não participantes		X				x	X		X	X			X							X		X		
16. Descrição da amostra		X		X		X	X	X	X	X			X							X		X		
17. Guia de entrevista		X				X	X	X	X	X			X							X		X		
18. Entrevistas repetidas		X					X	X		X			X									X		
19. Registro áudio ou visual		X					X	X		X			X									X		
20. Notas de campo																								
21. Duração																								
22. Dados de saturação						X	X	X		X			X											
23. Retorno das transcrições		X				X	X	X	X	X			X									X		
Domínio 3: análises e achados																								

Análise de Dados																						
24. Número de codificadores de dados		X		X		X	X	X	X	X			X								X	X
25. Descrição da árvore de códigos								x		X												
26. Derivações de temas		X		X		X	X	X	X	X			X								X	X
27. Software						X							X								X	X
28. Verificação dos participantes		X		X		X	X	X	X	X			X									X
29. Apresentação das citações		X		X		X	X	X	X	X			X								X	X
30. Dados e resultados consistentes		X		X		X	X	X	X	X			X								X	X
31. Clareza dos temas principais		X		X		X	X	X	X	X			X								X	X
32. Clareza temas menores		X		X		X	X	X	X	X			X								X	X

Apêndice D

Quadro 3 – Informações dos artigos selecionados na revisão integrativa.

Autores (ano)	Categorias, instrumentos e indicadores utilizados para avaliar o Programa Mais Médicos			Abordagem da avaliação do desempenho (estrutura/ processo/ resultado)#	Número de itens relatados de acordo com guia
	Categorias	Instrumentos	Indicadores		
Giovanela L. et al. (2016)	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; 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; Cotejamento de equipes PMM com os dados de equipes do ciclo 2 do PMAQ-AB; 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; Códigos CNES das UBS que participam do Requalifica UBS foram cotejados com os CNES das UBS que receberam médicos do PMM.			Estrutura	STROBE:17
Schweickardt J. C. et	Formação; Produção do cuidado; Trabalho em equipe; Atenção			Estrutura	COREQ:23

al.(2016)	Básica em Saúde; Integralidade				
Soares Neto J. J. et al. (2016)	Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde brasileiras		Indicador de Desenvolvimento Humano Municipal; Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde brasileiras	Estrutura	STROBE:18
Carrapato, Josiane Fernandes Lozigia et al. (2016)	Percepção dos profissionais do SUS sobre o Programa Mais Médicos e percepção dos usuários do SUS sobre o programa			Processo	COREQ:15
Carrer A. et al. (2016)	.	PCATool-Brasil versão profissionais		Processo	STROBE:20
Comes Y. et al. (2016)	Como os membros das equipes significavam e vivenciavam o trabalho com os médicos do Programa; Como avaliavam a integralidade, desde o ponto de vista da relação das equipes com a comunidade, com NASF, com outros pontos de atenção do SUS, (referência e contrarreferência); Como trabalhavam com as necessidades da população; Como foi a integração do olhar dos médicos PMM na prática clínica e comunitária			Processo	COREQ:24
Guimarães A. C. et al. (2016)	Concepções sobre o atendimento recebido pelos profissionais do Programa Mais Médicos na realização do pré-natal. A escuta qualificada, o acolhimento e o vínculo como diferencial na atenção ao pré-natal na UBS			Processo	COREQ:21
Melo C. F. et al. (2016)	Compreensão sobre o PMM; Avaliação do PMM; Avaliação dos médicos bolsistas			Processo	COREQ:23
Pereira L.	Situação de saúde nas			Processo	COREQ:22

L.et al. (2015)	comunidades; Principais problemas de saúde percebidos; Oferta de serviços pelo município; Avaliação sobre implantação do PMM; Mudanças percebidas após chegada dos médicos				
Silva T. R. B. et al. (2016)	PMMB na visão de usuários; Acesso à Atenção Primária a Saúde: mudanças e continuidades; Percepção de usuários sobre o trabalho do médico intercambista			Processo	COREQ:26
Alencar, Ana Paula Agostinho et al. (2016).	Consulta médica residente na área; Tipo de atendimento; Exame Complementares; Encaminhamentos e Visitas domiciliares			Resultado	STROBE: 16
Carneiro, Vânia Barroso et al. (2016)			ICSAP em menores de 5 anos de idade e Taxa de mortalidade em menores de 5 anos de idade	Resultado	STROBE: 15
Comes Y. et al. (2016)		Instrumento de avaliação de satisfação dos usuários e responsividade (Hollanda, E. et al.2012)		Resultado	STROBE: 21 COREQ:26
Gabriella Morais Duarte Miranda et al.(2017)			Número de equipes implantadasx 3.000 x 100/população residente; Internações por causas sensíveis à atenção primária	Resultado	STROBE: 19
Girardi S. N. et al.(2016)		Ferramenta <i>SurveyMonkey</i> ®, abrangendo: perfil sociodemográfico dos médicos, características do trabalho e levantamento do escopo de prática dos profissionais, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).		Resultado	STROBE:20
Girardi S.			Índice de escassez de médicos	Resultado	STROBE:18

N.et al.(2016)			em APS os municípios com: Razão de habitante por médico superior à preconizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), de um profissional para até 3.000 habitantes, e aqueles com ausência de médicos; Razão de um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e Taxa de Mortalidade Infantil mais de 100% acima da média estadual; Razão de um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e mais de 50% dos domicílios na pobreza.		
Gonçalves R. F. et al.(2016)			ICSAP	Resultado	STROBE:19
Lima R. T. S. et al. (2016)			Quantidade total de consultas médicas por mês; Quantidade de encaminhamentos médicos para especialistas, urgência e hospital; Quantidade de ações de educação em saúde por equipe de ESF; Produtividade semanal.	Resultado	STROBE:18
Mendonça C. S. et al. (2016)	Tipo de Sistema; Financiamento; Tipo de profissional da APS; Percentual de médicos especialistas focais; Co-pagamento pelos pacientes na atenção primária; Cadastro e/ou listas de pacientes; Cobertura 24 horas; A força de departamentos acadêmicos em Medicina de Família			Resultado	STROBE:19
Miranda A. S.; Melo D.	.		Indicadores de estrutura: Cobertura de Agentes	Resultado	STROBE:19

A. (2016)			Comunitários de Saúde; Cobertura de ESF; Transferências estaduais e federais (R\$) per capita para o custeio da ABS; Transferências federais (R\$) per capita para o custeio da Estratégia de Saúde da Família. Indicadores de resultado: ICSAP; Internações por (IRA) em menores de 5 anos; Internações por (DDA) em menores de 5 anos, Atendimentos ambulatoriais por habitante/ano; Internações por complicações do (DM); Internações hospitalares por (AVC); Internações por (ICC), Incidência de tuberculose pulmonar positiva.		
Santos L. M. P. et al. (2017)	Densidade de médicos; Cobertura de cuidados primários; hospitalizações evitáveis; Investimentos em infraestrutura; Vagas nas escolas de Medicina			Resultado	STROBE:19
Santos M. A. M. et al. (2016)	Infraestrutura; Acessibilidade; Relação equipe-usuário; Satisfação dos usuários em relação à Atenção Básica; Avaliação do profissional do PMM.			Resultado	STROBE: 20 COREQ:24
Silva B. P. et al. (2016)			Indicadores de produtividade e indicadores de saúde sensíveis à atenção primária	Resultado	STROBE:18

* Modelo de avaliação proposto por Donabedian (2005);

* Amplitude dos itens dos guias – STROBE (estudos quantitativos): 0-22; COREQ (estudos qualitativos): 0-32.

III ARTIGO CIENTÍFICO

Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho da Atenção Básica a partir de uma revisão integrativa

Leandro Farias Rodrigues. Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Pelotas-RS, Brasil. E-mail:leandrofeo@hotmail.com

Bruno Pereira Nunes. Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Pelotas-RS, Brasil. E-mail:nunesbp@gmail.com

Talita Portela Cassola. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre-RS, Brasil. E-mail:talita_cassola@hotmail.com

Luiz Augusto Facchini. Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas-RS, Brasil. E-mail: luizfacchini@gmail.com

RESUMO

O direito à saúde passa a ser um direito e dever do Estado a partir da aprovação da Constituição Brasileira em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), levando a investimentos para o acesso e mudanças organizativas da atenção básica. Entretanto, um fator limitante da ampliação da cobertura populacional relaciona-se com a falta e a má distribuição dos profissionais médicos nos cenários de atenção primária a saúde. Como estratégia para minimizar tais efeitos surge em 2013 o Programa Mais Médicos (PMM). **Objetivo:** realizar uma revisão de literatura sobre contribuições do PMM ao desempenho da Atenção Básica. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão de Literatura, do tipo Revisão Integrativa. Para coleta dos dados, utilizou-se bancos de dados do ScIELO, Scopus, Web of Science, PubMed e Plataforma de Conhecimento Programa Mais Médicos, sendo utilizado como descritores “Programa Mais Médicos”, “Atenção primária à Saúde”, “Atenção Básica”. Como critério de inclusão foram considerados: artigos científicos que tiveram como foco do estudo o PMM e suas contribuições para Atenção Básica. Como critério de exclusão: as publicações que não apresentaram resultados originais, capítulos de livros, estudos de casos, teses e dissertações. Para tratamento dos dados utilizou os guias de avaliação COREQ para pesquisas de cunho qualitativo e STROBE para os estudos quantitativos. Compuseram como amostra do estudo 23 artigos coletados entre os meses de junho e julho de 2017. Identificando-se as categorias, instrumentos e indicadores utilizados para avaliar o PMM e discutindo os efeitos do programa com base em categorias analíticas de Donabedian. **Considerações Finais:** O PMM promove a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do cuidado no país, incluindo grupos populacionais historicamente vulneráveis. Todavia os obstáculos já existentes na AB são explicitados com a implementação do PMM impedindo a plena efetivação dos princípios do SUS.

Palavras-chave: Revisão integrativa; Análise de desempenho; Programa Mais Médicos; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The right to health becomes a right and duty of the State after the approval of the Brazilian Constitution in 1988 and the creation of the Unified Health System (UHS), leading to investments to access and organizational changes in basic care. However, a limiting factor in the expansion of population coverage is related to the lack and misdistribution of medical professionals in the primary health care scenarios. As a strategy to minimize such effects, the More Doctors Program (MDP) emerges in 2013. **Objective:** to carry out a literature review on MDP contributions to the performance of Primary Care. **Methodology:** This is a Literature Review, as an Integrative type of Review. To collect the data, the databases used were ScIELO, Scopus, Web of Science, PubMed in the More Doctors Program Platform of Knowledge, were used as descriptors "More Doctors Program", "Primary Health Care", "Primary Care". As inclusion criteria were considered: scientific articles that focused on the MDP and its contributions to Primary Care. As exclusion criteria: publications that did not present original results, book chapters, case studies, theses and dissertations. For data processing the COREQ evaluation guides were used for qualitative research and the STROBE for the quantitative studies. The sample consisted of 23 articles collected between June and July 2017. The data presentation and discussion were based on Donabedian analytical categories. **Final Considerations:** The MDP promotes the expansion of access and the improvement of the quality of care in the country, including historically vulnerable population groups. The MDP also explains AB's obstacles that prevent the full realization of SUS principles.

Key-words: Integrative review; Performance analysis; More Doctors Program; Primary Health Care.

RESUMEN

El derecho a la salud pasa a ser un derecho y deber del Estado a partir de la aprobación de la Constitución Brasileña en 1988 y la creación del Sistema Único de Salud (SUS), llevando a inversiones para el acceso y cambios organizativos de la atención básica. Sin embargo, un factor limitante de la ampliación de la cobertura poblacional se relaciona con la falta y la mala distribución de los profesionales médicos en los escenarios de atención primaria a la salud. Como estrategia para minimizar tales efectos surge en 2013 el Programa Más Médicos (PMM). **Objetivo:** realizar una revisión de literatura sobre contribuciones del PMMao desempeño de la Atención Básica. **Metodología:** Se trata de una Revisión de Literatura, del tipo Revisión Integrativa. Para la recolección de los datos, se utilizaron bases de datos

de SciELO, Scopus, Web of Science, PubMed en la Plataforma de Conocimiento Programa Más Médicos, siendo utilizado como descriptores "Programa Más Médicos", "Atención Primaria a la Salud", "Atención Básica". Como criterio de inclusión fueron considerados: artículos científicos que tuvieron como foco del estudio el PMM y sus contribuciones para Atención Básica. Como criterio de exclusión: las publicaciones que no presentaron resultados originales, capítulos de libros, estudios de casos, tesis y disertaciones. Para el tratamiento de los datos utilizó las guías de evaluación COREQ para investigaciones de cuño cualitativo y STROBE para los estudios cuantitativos. En el presente estudio se analizaron los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos en el estudio. **Consideraciones finales:** El PMM promueve la ampliación del acceso y la mejora de la calidad del cuidado en el país, incluyendo grupos poblacionales históricamente vulnerables. El PMM también explicita obstáculos de la AB que impiden la plena efectividad de los principios del SUS.

Palabras clave: Revisión integrativa; Análisis de rendimiento; Programa Más Médicos; Atención Primaria a la Salud.

INTRODUÇÃO

Com a aprovação da Constituição Brasileira em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado brasileiro passa a ser responsável por assegurar aos seus cidadãos e cidadãs o direito à saúde, levando a investimentos para o acesso e mudanças organizativas da atenção básica¹.

Dessa forma uma atenção básica bem estruturada que realize serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; assim como integre os cuidados; lide com o contexto de vida; e influencie as respostas das pessoas; tem capacidade de resolução para até 85% dos problemas de saúde da população².

Porém, um dos grandes entraves para o pleno desenvolvimento das ações da atenção básica em saúde apontada pelos governos de diversos países, é a dificuldade em manter a força de trabalho com suficiência e qualidade necessárias ao cuidado da população, principalmente quando se trata de profissionais médicos³.

Cabe reconhecer nessa lógica que o problema da escassez de médicos veio se agravando ao longo da primeira década do século XXI em todo o mundo. Cerca de 50% da população mundial vive em áreas rurais e remotas, que por sua vez são servidas por menos de 25% da força de trabalho médica⁴. À escassez de médicos se somam as dificuldades de retenção destes profissionais nas regiões mais isoladas, mais pobres e vulneráveis.

Vários autores referem os esforços dos países em enfrentar o problema e propor estratégias para sua solução^{3,4,5}. Na Austrália são utilizados incentivos financeiros e educacionais para médicos formados no exterior atuarem em áreas remotas e nos Estados Unidos tem maior foco nos incentivos financeiros e na retenção dos médicos estrangeiros que já estão no país realizando treinamento, por meio da extensão do visto de permanência⁶.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a opção organizativa da Atenção Básica, tendo como objetivo, prestar atenção integral à saúde da população adstrita baseada no vínculo e na co-responsabilidade, com abordagem multiprofissional, planejamento horizontal de ações. A ESF também promove o compartilhamento do processo decisório e o estímulo à participação social, fortalecendo o vínculo com as necessidades de saúde da população⁷.

Entretanto, a falta e má distribuição do profissional médico limitavam o crescimento da cobertura populacional da ESF. No período de 2001 a 2013, a expansão da ESF foi em média 1.141 equipes por ano, representando um pequeno incremento anual de 1,5% na cobertura da população, apesar do aumento do financiamento⁸.

Como resposta ao problema da escassez de profissionais médicos e considerando sua responsabilidade social, o Governo Federal instituiu através da Lei 12.781 de 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médico para o Brasil - PMM, constituído por três Eixos⁸. O primeiro é o Provimento Emergencial chamado na Lei de “Projeto Mais Médicos para o Brasil” com objetivo de promover a Atenção Básica em regiões prioritárias do SUS.

O segundo é o Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos, melhorando as condições de trabalho e de oferta de serviços. Por último, o eixo relacionado à Formação Médica no Brasil, autoriza a criação de cursos de Medicina e de residência médica, juntamente com a qualificação dos cursos existentes, conforme as necessidades do sistema de saúde brasileiro⁹.

Neste contexto, da mesma maneira que com as mudanças ao longo da existência do Programa Mais Médicos e estabelecidas com a nova Política Nacional de Atenção Básica, torna-se central avaliar a efetividade do PMM, principalmente em relação ao provimento de profissionais. Por meio de uma revisão integrativa, o presente estudo avaliou as contribuições do PMM ao desempenho da Atenção

Básica, buscando identificar padrões e tendências na resposta dos serviços e sinalizar as possíveis lacunas de conhecimento.

METODOLOGIA

Para realização do presente estudo, optou-se pela elaboração de uma revisão integrativa. A busca das publicações ocorreu entre os meses de junho e julho de 2017. Foram utilizados os bancos de dados ScIELO, Scopus, Web of Science, PubMed e Plataforma de Conhecimento Programa Mais Médicos(<http://apsredes.org/mais-medicos/>), mediante a utilização dos descritores “Programa Mais Médicos” AND “Atenção Primária à Saúde” OR “Atenção Básica”.

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos científicos cujo foco do estudo era o Programa Mais Médicos e suas contribuições para Atenção Básica. Ao total, encontrou-se 340 publicações, sendo 98 duplicadas. Foram excluídas, por não atender aos critérios de inclusão do estudo, bem como 198 publicações a partir da leitura de títulos e resumos e 21 pela leitura na íntegra.

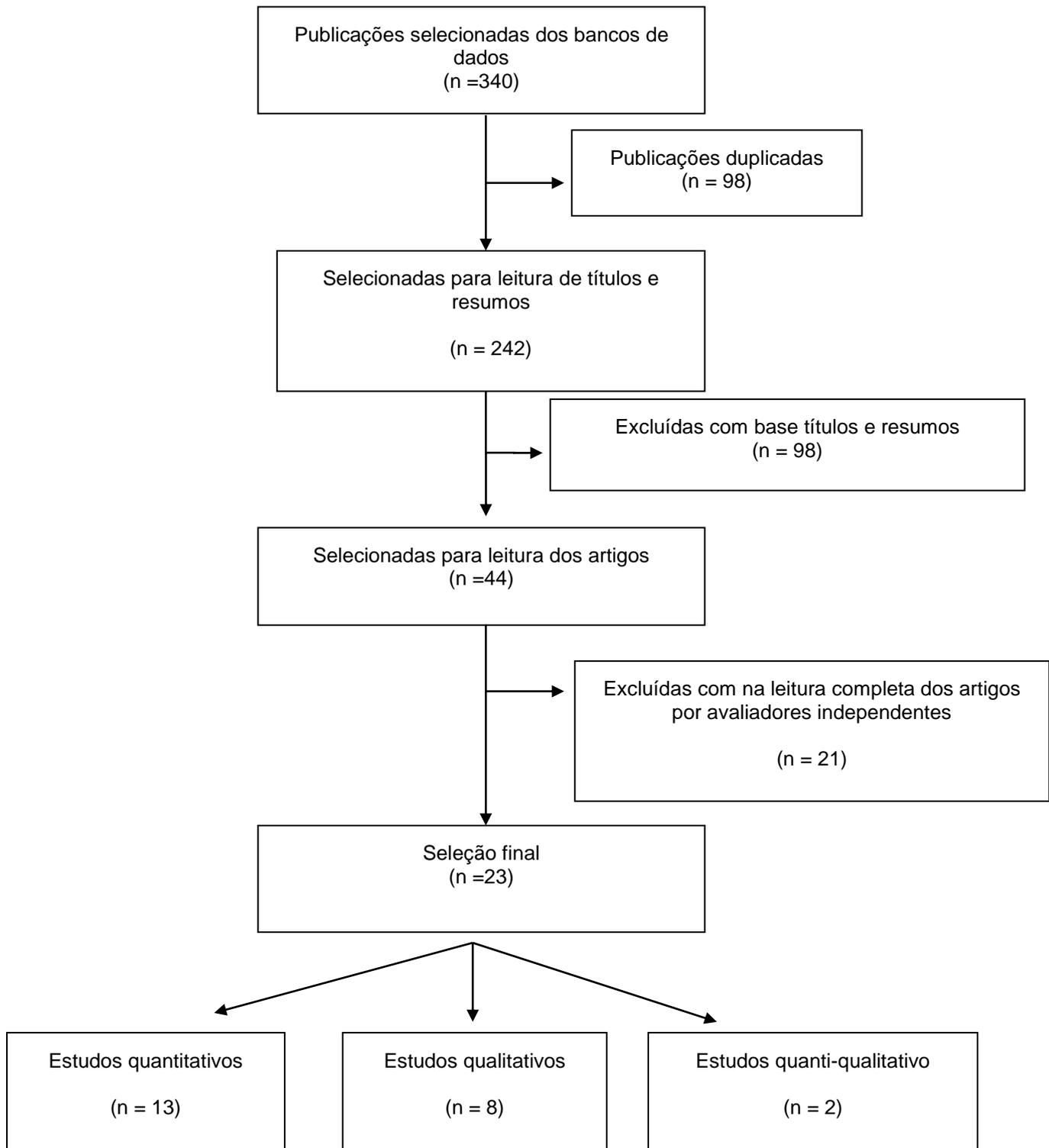
As publicações excluídas, 42 não apresentavam resultados originais (editoriais, artigos de opinião, comentários e cartas), 78 não abordavam a temática do Programa Mais Médicos e 73 focavam o Programa Mais Médicos em outros aspectos, como formação/residência médica, implantação do programa, discurso da mídia, opinião sobre o programa e análise jurídica do mesmo. Conforme os critérios adotados, também foram excluídos três livros, cinco estudos de caso, oito monografias, sete dissertações e duas teses.

Após a busca realizada, utilizou-se o programa de gerenciamento de referências bibliográficas (EndNote®). A checagem e exclusão das duplicatas, assim como seleção das referências deu-se por dois revisores independentes segundo os critérios de inclusão e exclusão. Em todas as etapas, as referências selecionadas pelos revisores foram comparadas e as divergentes analisadas por um terceiro revisor que decidiu pela inclusão ou não da publicação.

Ao final da revisão foram considerados como elegíveis 23 artigos conforme percurso representado no fluxograma da figura 1. Houve predominância (n=15) no ano de 2016, em função do lançamento de um número temático de Pesquisas sobre o Programa Mais Médicos: análises e perspectivas, na Revista Ciência & Saúde

Coletiva. Sendo aplicado aos estudos de abordagem qualitativa o instrumento COREQ para verificação dos itens em entrevistas em profundidade e grupos focais e STROBE àqueles de abordagem quantitativa para estudos observacionais incluindo coorte, caso-controle e transversais^{10,11}.

Figura 1- Fluxograma das informações coletadas



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da seleção dos artigos, foram realizadas leituras de seus conteúdos e organizadas três categorias para sistematização e discussão de seus resultados. Definiram-se as seguintes categorias para análise das contribuições do PMM ao desempenho da Atenção Básica: Estrutura, Processo, e Resultado, tomando como base o modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian¹².

A estrutura contempla os fatores que afetam o contexto em que os cuidados são prestados. Dentre eles, a instalação física, equipamentos e recursos humanos, bem como as características organizacionais, formação do pessoal e métodos de pagamento. Cabe ressaltar que o provimento de profissionais de saúde enquadra-se no aspecto de estrutura¹³

O processo contempla as ações do serviço e dos profissionais para o diagnóstico, tratamento, cuidados preventivos e educação do usuário. E resultado inclui alterações decorrentes da estrutura e dos processos dos serviços no estado de saúde, comportamento ou conhecimento, bem como a satisfação e qualidade de vida do usuário. Assim como Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária também se enquadra no conceito de resultado¹⁴.

Quadro 1 – Informações dos artigos selecionados na revisão integrativa.

Autores (ano)	Categorias, instrumentos e indicadores utilizados para avaliar o Programa Mais Médicos.			Abordagem da avaliação do desempenho (estrutura/ processo/ resultado)#	Número de itens relatados de acordo com guia
	Categorias	Instrumentos	Indicadores		
Giovannella L. et al. (2016)	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; Identificação do número de médicos declarados no censo do ciclo 1 do PMAQ-AB dasUBS que receberam médicos do PMM, com cotejamento entre UBS com e sem profissionais do PMM; Cotejamento de equipes PMM com os dados de equipes do ciclo 2 do PMAQ-AB; 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; Códigos CNES das UBS que participam do Requalifica UBS foram cotejados com os CNES das UBS que receberam médicos do PMM.			Estrutura	STROBE:17
Schweickardt J. C. et	Formação; Produção do cuidado; Trabalho em equipe;			Estrutura	COREQ:23

al.(2016)	Atenção Básica em Saúde; Integralidade				
Soares Neto J. J. et al. (2016)	Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde brasileiras		Indicador de Desenvolvimento Humano Municipal; Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde brasileiras	Estrutura	STROBE:18
Carrapato, Josiane Fernandes Lozigia et al. (2016)	Percepção dos profissionais do SUS sobre o Programa Mais Médicos e percepção dos usuários do SUS sobre o programa			Processo	COREQ: 15
Carrer A. et al. (2016)	.	PCATool-Brasil profissionais	versão	Processo	STROBE:20
Comes Y. et al. (2016)	Como os membros das equipes significavam e vivenciavam o trabalho com os médicos do Programa; Como avaliavam a integralidade, desde o ponto de vista da relação das equipes com a comunidade, com NASF, com outros pontos de atenção do SUS, (referência e contrarreferência); Como trabalhavam com as necessidades da população; Como foi a integração do olhar dos médicos PMM na prática clínica e comunitária			Processo	COREQ:24
Guimarães A. C. et al. (2016)	Concepções sobre o atendimento recebido pelos profissionais do Programa Mais Médicos na realização do pré-natal. A escuta qualificada, o acolhimento e o vínculo como diferencial na atenção ao pré-natal na UBS			Processo	COREQ:21
Melo C. F. et	Compreensão sobre o PMM;			Processo	COREQ:23

al. (2016)	Avaliação do PMM; Avaliação dos médicos bolsistas				
Pereira L. L. et al. (2015)	Situação de saúde nas comunidades; Principais problemas de saúde percebidos; Oferta de serviços pelo município; Avaliação sobre implantação do PMM; Mudanças percebidas após chegada dos médicos			Processo	COREQ:22
Silva T. R. B. et al. (2016)	PMMB na visão de usuários; Acesso à Atenção Primária a Saúde: mudanças e continuidades; Percepção de usuários sobre o trabalho do médico intercambista			Processo	COREQ:26
Alencar, Ana Paula Agostinho et al. (2016).	Consulta médica residente na área; Tipo de atendimento; Exame Complementares; Encaminhamentos e Visitas domiciliares			Resultado	STROBE: 16
Carneiro, Vânia Barroso et al. (2016)			ICSAP em menores de 5 anos de idade e Taxa de mortalidade em menores de 5 anos de idade	Resultado	STROBE: 15
Comes Y. et al. (2016)		Instrumento de avaliação de satisfação dos usuários e responsividade (Hollanda, E. et al.2012)		Resultado	STROBE: 21 COREQ:26
Gabriella Moraes Duarte Miranda et al.(2017)			Número de equipes implantadas x 3.000 x 100/população residente; Internações por causas sensíveis à atenção primária	Resultado	STROBE: 19
Girardi S. N. et al.(2016)		Ferramenta <i>SurveyMonkey®</i> , abrangendo: perfil sociodemográfico dos médicos, características do trabalho e levantamento do escopo de		Resultado	STROBE:20

		prática dos profissionais, a partir da pesquisa Regulação das Profissões de Saúde (2016).			
Girardi S. N. et al.(2016)			Índice de escassez de médicos em APS os municípios com: Razão de habitante por médico superior à preconizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), de um profissional para até 3.000 habitantes, e aqueles com ausência de médicos; Razão de um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e Taxa de Mortalidade Infantil mais de 100% acima da média estadual; Razão de um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e mais de 50% dos domicílios na pobreza.	Resultado	STROBE:18
Gonçalves R. F. et al.(2016)			ICSAP	Resultado	STROBE:19
Lima R. T. S. et al. (2016)			Quantidade total de consultas médicas por mês; Quantidade de encaminhamentos médicos para especialistas, urgência e hospital; Quantidade de ações de educação em saúde por equipe de ESF; Produtividade semanal.	Resultado	STROBE:18
Mendonça C. S. et al. (2016)	Tipo de Sistema; Financiamento; Tipo de profissional da APS; Percentual de médicos especialistas focais; Copagamento pelos pacientes na atenção primária; Cadastro e/ou listas de pacientes; Cobertura 24 horas; A força de departamentos acadêmicos em Medicina de			Resultado	STROBE:19

	Família				
Miranda A. S.; Melo D. A. (2016)			Indicadores de estrutura: Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde; Cobertura de ESF; Transferências estaduais e federais (R\$) per capita para o custeio da ABS; Transferências federais (R\$) per capita para o custeio da Estratégia de Saúde da Família. Indicadores de resultado: ICSAP; Internações por (IRA) em menores de 5 anos; Internações por (DDA) em menores de 5 anos, Atendimentos ambulatoriais por habitante/ano; Internações por complicações do (DM); Internações hospitalares por (AVC); Internações por (ICC), Incidência de tuberculose pulmonar positiva.	Resultado	STROBE:19
Santos L. M. P. et al. (2017)	Densidade de médicos; Cobertura de cuidados primários; hospitalizações evitáveis; Investimentos em infraestrutura; Vagas nas escolas de Medicina			Resultado	STROBE:19
Santos M. A. M. et al. (2016)	Infraestrutura; Acessibilidade; Relação equipe-usuário; Satisfação dos usuários em relação à Atenção Básica; Avaliação do profissional do PMM.			Resultado	STROBE: 20 COREQ:24
Silva B. P. et al. (2016)			Indicadores de produtividade e Indicadores de saúde sensíveis à atenção primária	Resultado	STROBE:18

* Modelo de avaliação proposto por Donabedian (2005);

* Amplitude dos itens dos guias – STROBE (estudos quantitativos): 0-22; COREQ (estudos qualitativos): 0-32.

Programa Mais Médicos e a Estrutura da Atenção Básica

Os três artigos que serviram para embasamento a esta categoria direcionavam a abordagens relacionadas com as contribuições do PMM na Atenção Básica com ênfase a infraestrutura das Unidades. Utilizou-se o aporte teórico de Souza para considerar a “infraestrutura”¹⁵, o qual remete ao conjunto de elementos relativos aos recursos humanos, materiais, regulamentações e incentivos, entre outros elementos que facilita a resposta organizada às questões e desafios apresentados aos serviços de saúde.

Os dois estudos sinalizam que a melhoria da infraestrutura e qualificação do processo de trabalho pode contribuir para minimizar a rotatividade, garantindo a permanência de médicos na APS e possibilitando o cuidado mais permanente nas equipes^{16, 17}. Em 65,2% das Unidades Básicas de Saúde que receberam médicos do PMM, a infraestrutura era de média qualidade e apenas 5,8% delas apresentavam infraestrutura de baixa qualidade.

Entretanto, a infraestrutura das UBS tendia a ser mais precária em municípios com baixos Índices de Desenvolvimento Humano Municipal. Além disso, quanto maior a renda do município, o nível educacional de seus habitantes e o porte do município, melhor seria o escore de infraestrutura das UBSs. Este achado negativo é especialmente relevante em UBSs localizadas na região Norte ou Nordeste¹⁸.

A persistência de problemas históricos na infraestrutura dos serviços de saúde¹⁹ pode afetar a efetividade da APS em resposta às necessidades de saúde da população, relacionando-as, em alguma medida, às práticas profissionais.

Levando em consideração, que estão dentre as prioridades do PMM os municípios com baixa renda, vulnerabilidade social e extrema pobreza. É importante o direcionamento de políticas públicas e programas de saúde para regiões historicamente vulneráveis no Norte e Nordeste do país, onde cerca de 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos antes da implantação do PMM, principalmente os de menor porte, mais distantes e com maior dificuldade de acesso⁵.

Além, do investimento em infraestrutura física das UBS, equipamentos, recursos materiais, métodos de pagamento, formação de pessoal e organização do

serviço²⁰. Contribuindo para redução das iniquidades em saúde, principalmente nos municípios que não possuem ou contam com poucos médicos na atenção básica.

Programa Mais Médicos e o Processo da Atenção Básica

Processos envolvidos na AB dizem respeito a questões relativas a seus Atributos, estabelecidos por Starfield². Defini-se acesso como a experiência do usuário no serviço de saúde. Já outros autores utilizam o termo acessibilidade implicando ao primeiro contato ou oferta disponível do serviço para resolver cada problema para o qual se procura o cuidado²¹.

Os artigos sinalizam que apesar da limitação dos médicos estrangeiros com o idioma existe uma percepção positiva do programa por parte dos usuários e profissionais do SUS, que referem a relação médico-usuário humanizada baseada no vínculo, atenção e diálogo, a exemplo do acompanhamento ao pré-natal^{22,23,24}. Além da ampliação do acesso e acessibilidade aos cuidados médicos na AB, principalmente em localidades mais vulneráveis, como as comunidades quilombolas²⁵.

Estes resultados estão em consonância com os objetivos do Programa Mais Médicos, que tem como foco: o provimento de profissionais médicos; a necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; e espera contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica⁸. Além da formação do vínculo que é importante para o conhecimento dos problemas de saúde da população, também busca melhorar o relacionamento com os usuários e cuidado em saúde na APS²⁶.

Sobre o atendimento dos médicos do PMM na ESF, os achados sugerem que este é qualificado, resolutivo com resgate da clínica: tempo dedicado, escuta atenta, exame físico minucioso, o desejo e a disponibilidade para resolver problemas, a continuidade dos cuidados, a realização de visitas domiciliares e trabalho multiprofissional articulado em rede as, possibilitando a realização de ações de prevenção e promoção da saúde²⁷. Entretanto, ainda persistem barreiras organizacionais e técnicas que limitam o uso dos serviços^{23,28}. Dentre essas, a acessibilidade e o uso do sistema de informação em unidades com o Programa Mais Médicos não atingiram avaliação satisfatória²⁹.

Os estudos de avaliação da AB, em sua maioria evidenciam o melhor desempenho da ESF, em comparação ao modelo tradicional, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e melhoria da atenção ao pré-natal e utilização de serviços primários de saúde^{30,31}. Também se constata a maior inclusão e utilização de ações programáticas, de promoção, prevenção, tratamento de doenças e agravos prevalentes^{32,33}.

Constata-se um conjunto de práticas e ações dos médicos do PMM nas dimensões individuais e coletivas no atendimento à população, principalmente em Equipes de Saúde da Família (ESFs). Sendo possível identificar o fortalecimento de atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação que são necessários em um serviço de APS², assim como o trabalho em equipe, onde a integração entre os trabalhadores e seus diversos saberes é importante em prol do cuidado da população³⁴.

Entretanto, a contribuição do PMM à melhoria do desempenho da AB é limitada por obstáculos na disponibilidade de insumos, agilidade na realização de exames e acesso a especialidades médicas³⁵, bem como na organização do processo de trabalho das equipes e na melhoria do registro de informações e comunicação entre serviços de saúde.

Além, da possível fragilidade no desempenho com nova Política Nacional de Atenção Básica, a qual poderá elevar a inserção de médicos do programa em outros formatos de equipes. Enfraquecendo a centralidade do trabalho destes profissionais nas ESF, que expandiram nos últimos anos com a implantação do programa e que são comprovadamente na sua maioria mais resolutivas no cuidado em saúde.

Programa Mais Médicos e os Resultados da Atenção Básica

Esta categoria englobou os 13 artigos que abordaram questões relativas ao aumento no escopo de práticas na Atenção Básica, internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e satisfação do usuário com o Programa Mais Médicos.

- **Aumento do escopo de práticas na Atenção Básica**

O termo “escopo de prática” se refere ao conjunto de atividades, funções e ações que um profissional pode exercer com segurança, segundo sua formação, prática e competência³⁶.

Identificou-se nos estudos que a partir da implementação do Programa Mais Médicos houve um aumento considerável no número de consultas realizadas pelos médicos, tendo destaque os municípios mais pobres e os atendimentos prestados aos pacientes portadores de tuberculose, hanseníase e DST/AIDS, além da ampliação das atividades de grupos, visitas domiciliares e encaminhamentos para outros níveis de atenção^{37,38}. Houve também um aumento no número de procedimentos e atividades educativas realizados por médicos do PMM, apesar da falta de materiais e a infraestrutura inadequada^{39,40}.

A ampliação no escopo de prática é um fator importante para a efetividade da AB, que pode ser limitada em decorrência de dificuldades na atenção em outros níveis do sistema de saúde, em parte por carência de especialistas e serviços de saúde especializados⁴¹.

- **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária**

A portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 221, de 17 de abril de 2008, apresentou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, estruturada em grupos de causas de internação e diagnósticos⁴². O atendimento na AB pode ser capaz de resolver 80% dos problemas de saúde. Em algumas situações, o usuário seria encaminhado para a atenção especializada, pronto-socorro ou hospitais por problemas não resolvidos na Atenção Primária⁴³. A lista contribui para a melhor organização da atenção básica.

Os resultados indicaram que o PMMB no Marajó (Pará) foi relevante para a queda de mortalidade em menores de 5 anos e para a redução das ICSAP no país, em especial internações por gastroenterites infecciosas e suas complicações. No Nordeste houve redução de 35,0% por gastroenterites no período de 2012-2015 e redução de 8,8% nas hospitalizações para condições sensíveis ao atendimento ambulatorial nos municípios inscritos no programa^{44,45}. Além disso, neste mesmo período, houve diminuição das ICSAP de 45,0% para 41,0% nos municípios considerados prioritários pelo PMM⁴⁶.

Entretanto, até 2014 na região metropolitana de Porto Alegre, não se encontrou alterações significativas na ICSAP com a implantação do PMM⁴⁷. Destaca-se que, embora tenha diminuído a escassez de médicos na APS com o PMM, ocorreram reduções na oferta regular de médicos em diversos municípios, sugerindo uma substituição de equipes antes implantadas pelas do programa⁴⁸.

A queda da ICSAP com a implantação do PMM, especialmente em populações vulneráveis, provavelmente tenha sido impulsionada por aspectos relacionados com a estrutura e processo de trabalho do programa na Atenção Básica. Porém, é importante a realização de novos estudos para acompanhamento desse indicador ao longo do tempo e relação do mesmo com outros fatores que influenciem na efetividade da AB⁴⁹.

- **Satisfação do usuário com o Programa Mais Médicos**

O conceito de qualidade tem sido usado como o grau de satisfação dos usuários com os serviços, os custos da atenção à saúde, as capacidades das equipes, a segurança e a compatibilidade dos centros onde se prestam os serviços e a idoneidade da equipe para contribuir para uma boa adaptação de serviços⁵⁰.

O desempenho técnico e humanizado dos médicos em equipes com profissionais do PMM contribuiu para a satisfação dos usuários que ressaltaram a importância da continuidade do programa. A maioria dos usuários externou contentamento quanto aos aspectos organizacionais do cuidado: rapidez no agendamento, tempo de espera inferior à uma hora e privacidade⁵¹. Na área rural de Porto Velho, antes do programa não havia médico regularmente na localidade, havendo percepção dos usuários de melhoria dos serviços após a implantação do PMM⁵².

O acesso aos serviços de Atenção Básica e a maneira como é prestado o cuidado parece influenciar a satisfação dos usuários, mas é importante a melhoria de outros aspectos, como os propostos pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que vem induzindo a garantia de padrões de qualidade nacional, regional e local comparáveis, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde⁵³.

Além do acompanhamento do desempenho dos médicos do programa, levando em consideração a mudança que começa ocorrer no perfil de médicos, com a maior participação dos brasileiros formados no país e exterior e com a diminuição da participação dos cubanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que o Programa Mais Médicos contribuiu para ampliação do acesso e melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Básica do país, reduzindo iniquidades em saúde ao incluir grupos populacionais historicamente vulneráveis.

O pouco tempo de existência do PMM é uma limitação à disponibilidade de estudos de avaliação de seus impactos na AB e na situação de saúde da população. A realização da avaliação externa e certificação das equipes da ESF mediante o PMAQ será relevante para aprofundar a análise dos efeitos do PMM, incluindo a qualidade do cuidado e o impacto na saúde dos usuários.

Entretanto, através deste estudo pode-se identificar categorias que poderiam ser utilizadas no monitoramento e avaliação do Programa Mais Médicos. Assim como, instrumentos tais como: o PCATool-Brasil versão profissionais ;Instrumento de avaliação de satisfação dos usuários e responsividade; Ferramenta *SurveyMonkey*® e indicadores de Desenvolvimento Humano Municipal; Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde brasileiras; ICSAP; Número de equipes implantadas Índice de escassez de médicos em APS; Taxa de Mortalidade Infantil; Indicadores de estrutura, Indicadores de resultado, Indicadores de produtividade.

Também, revelou-se com base em categorias analíticas de Donabedian os efeitos do programa na Atenção Básica sobre aspectos da estrutura, processo de atenção e resultados tais como: melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde; Qualificação do processo de trabalho das equipes; Satisfação dos usuários com o atendimento médico; Ampliação no escopo de práticas; Queda nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária.

Observou-se também, que o PMM traz à tona obstáculos que precisam ser enfrentados na qualificação da Atenção Básica tais como: Acesso a especialidades médicas; Comunicação entre serviços, Organização do processo de trabalho das equipes; Disponibilidade de insumos, equipamentos e exames.

Diante disso, torna-se importante a continuidade dos estudos sobre a temática utilizando bases de dados de registro contínuo como, por exemplo, o e-SUS, os sistemas de informações (nascimento, óbitos, internações) e as avaliações realizadas no PMAQ na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
2. STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.
3. CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N: A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Saúde para Debate**, n. 44, p. 13-24, 2009.
4. ARAÚJO, E.; MAEDA, A. **How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries**. Washington: WHO, 2013. Disponível em:
<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wb_retentionguidanceno te/en/>. Acesso em: 20 nov. 2017.
5. Estação de Pesquisa de Sinais de mercado (EPSM). **Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG; 2012.
6. OLIVEIRA, F. P.; VANNI, T.; PINTO, H. A.; SANTOS, J. T. R.; FIGUEIREDO, A. M.; ARAÚJO, S. Q.; MATOS, M. F. M.; CYRINO, E. G. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface comun. Saúde educ.**; v. 19. n. 54, p. 623-634, jul. a set. 2015. ID51
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 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, Brasília, DF, 2011 a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 09 março, 2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

9. 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, 2013b.
10. TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.
11. VON ELME E. et al. Declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 82, n. 3, p. 251-259, 2008.
12. DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**, 1966. The Milbank quarterly: United States, p. 83. n. 4, p. 691-729, 2005.
13. DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** Vol.1. New York: Oxford University Press, 2003.
14. DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.** Vol.1. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
15. SOUSA, M. F. **A coragem do PSF/Maria de Fátima Sousa.** HUCITEC, São Paulo, 2001
16. GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M.; FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A.; LIMA, J. G.; SEIDL, H.; FRANCO, C. M.; FUSARO, E. R.; ALMEIDA, S. Z. F. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2695-2706, 2016. ID21
17. SCHWEICKARD, J. C.; Lúlio Cesar Lima; Rodrigo Tobias de Sousa; Ferla, Alcindo Antônio; Martino, Ardigó. O Programa Mais Médicos e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, **Brasil Saúde em Redes**, v. 2, n. 3, 2016.
18. SOARES NETO, J. J.; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2707-2716, 2016. ID22

19. FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.
20. CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. **Rev.Adm. Pública**, v.42, n.2, p.347-368, 2008
21. MENDES, E. V. Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: **CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE**. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009.
22. CARRAPATO, J. F. L.; SILVA, R. V. C.; OTONDARO, E. C.; PLACIDELI, N. Programa Mais Médicos: percepção dos usuários e dos profissionais do SUS. **Revista em Pauta**, DOI: 10.12957/REP.2016.27863.
23. SILVA, T. R. B.; SILVA, J. V.; PONTES, A. G. V.; CUNHA, A. T. R. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 21, n. 9, p. 2861-2869, 2016. ID36
24. GUIMARÃES, A. C.; SOARES, V. N.; DORNELES, P. J.; KREUNING, B. E. Concepções de gestantes sobre o pré-natal realizado por profissional do Programa Mais Médicos. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, p. 25-28, jan./mar. 2016 ISSN: 2177-4005
25. PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P.; SANTOS, L. M. P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades Quilombolas. **Revista da ABPN**; v. 7, n. 16, p. 28-51, 2015. ID56
26. BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M. A. Z.; ASSIS, E. G. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul enferm.**, v.23, n.1, p.131-135, 2010
27. COMES, Y; TRINDADE, J. S.; PESSOA, V. M.; BARRETO, I. C. H. C.; SHIMIZU, H. E.; DEWES, D.; ARRUDA, C. A. M.; SANTOS, L. M. P.A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família.**Ciência& Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2727-2736, 2016a. ID24

28. MELO, C. F.; BAIÃO, D. C.; COSTA, M. C. A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**; v. 10, n. 26, p. 1302-1312, 2016. ID10
29. CARRER, A.; TOSO, BRGO; GUIMARÃES, A. T. B.; CONTERNO, J. R.; MINOSSO, K. C. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no Oeste do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2845-2856, 2016. ID35
30. AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health**, v.99, n.1, p.87-93, 2009.
31. FACCHINI, L. et al. **Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família**. In: Sousa, M. F.; Franco, M. S.; Mendonça, A. V. M.; editores. Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes Editora; 2014.
32. FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.3, p.669-681, set. 2006.
33. MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
34. CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2000;5(2):393-403. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>>. Acesso em: 18 set. 2016.
35. MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Cien. saúde Colet.**; v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.
36. BARANEK, P. M. A review of scopes of practice of health professions in Canada: A balancing act. Toronto: **Health Council of Canada**; 2005.
37. ALENCAR, A. P. A.; XAVIER, S. P. L.; LAURENTINO, P. A. S.; LIRA, P. F.; NASCIMENTO, V. B.; CARNEIRO, N.; FONSECA, A.; FONSECA, F. L. A. Impacto do

Programa Mais Médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**; v. 10, n. 26, p. 1290-1301, 2016. ID9

38. SILVA, B. P.; STOCKMANN, D.; LÚCIO, D. S.; HENNA, E.; ROCHA, M. C. P.; JUNQUEIRA, F. M. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2895-2902, 2016. ID40

39. LIMA, R. T. S.; FERNANDES, T. G.; BALIEIRO, A. A. S.; COSTA, F. S.; SCHRAMM, J. M. A.; SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2683-2694, 2016. ID20

40. GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; PIERANTONI, C. R.; COSTA, J. O.; VAN STRALEN, A. C. S.; LAUAR, T. V.; DAVID, R. B. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2737-2746, 2016a. ID25

41. ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**; v. 21(Spec.), p.131-139, 2013.

42. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, Brasília, p. 70, 18 abr. 2008. Seção 1.

43. ALFRADIQUEI, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

44. CARNEIRO, V. B.; OLIVEIRA, P. de T. R.; BASTOS, M. do S. C. B.; ALVARENGA, E. C. Avaliação da mortalidade e internações por Condição Sensível à Atenção Primária em menores de 5 anos, antes e durante o Programa Mais Médicos, no Marajó-Pará-Brasil. **Saúde em Redes** [Internet]. 2016 May 9 [cited 2017 Oct 11]; v. 2, n. 4, p. 360–71. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/778>>.

45. GONÇALVES, R. F.; SOUSA, I. M. C.; TANAKA, O. Y.; SANTOS, C. R.; BRITO-SILVA, K.; SANTOS, L. X. S.; BEZERRA, A. F. B. Programa Mais Médicos para o Brasil no Nordeste: avaliação das Internações por Condições Sensíveis à

Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2811-2820, 2016. ID32

46. SANTOS, L. M. P.; OLIVEIRA, A.; TRINDADE, J. S.; BARRETO, I. C.; PALMEIRA, P. A.; COMES, Y. et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bull World Health Organ** [Internet]. 2017; v. 95, n. 2, p. 103–12. Disponível em: <<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/95/2/16-178236.pdf>>.

47. MENDONÇA, C. S.; DIERCKS, M. S.; KOPITKE, L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2867-2874, 2016a. ID37

48. GIRARDI, S. N.; VAN STRALEN, A. C. S.; CELLA, J. N.; WAN DER MASS, L.; CARVALHO, C. L.; FARIA, E. O. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2673-2682, 2016b. ID19

49. MIRANDA, A. S.; MELO, D. A. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2833-2844, 2016. ID34

50. STARFIELD, B. **Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. Barcelona: Masson; 2004.

51. COMES, Y.; TRINDADE, J. S.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M.; BARGIONI, F.; RAMIREZ, L.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2745-2755, 2016b. ID26

52. SANTOS, M. A. M.; SOUZA, E. G.; CARDOSO, J. C. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do Programa Mais Médicos na área rural de Porto Velho. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**; v. 10, n. 26, p. 1327-1346, 2016. ID6

53. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade**. Ministério da Saúde, 2012.