

**Mais Médicos (More Doctors)
Program: the evolution of
medical production indicators
in the basic healthcare service
of a mid-sized county in
Espírito Santo State**

| Programa Mais Médicos: evolução dos indicadores de produção médica na atenção básica de município de médio porte do Espírito Santo

ABSTRACT | Introduction:

*The structural axes of Mais Médicos (More Doctors) Program ("Programa Mais Médicos - PMM)" comprises doctors focusing on the treatment cases of emergency in vulnerable areas. **Objective:** Evaluating the evolution of medical production indicators in the basic healthcare service of a mid-sized county, after PMM implementation. **Methods:** Descriptive, longitudinal and epidemiological study. Data available at SIAB, Consulfarma and about Aracruz County (ES) were used to obtain variables associated with medical productivity (number of physicians, population coverage and medical consultations in primary healthcare per age group, childcare and prenatal consultations and home visits). Frequencies concerning the assessed variables were calculated by taking into consideration 2 periods-of-time, namely: before and after PMM. **Results:** The number of physicians hired through PMM was considerably larger than that of other contract types, in the course of time. Only physicians linked to the program worked in the county (15) in 2016, which reduced population coverage from 74.7% (before PMM) to 69.1% (after PMM). The number of medical consultations has increased for most age groups and decreased for children younger than 4 years. There was increased number of childcare (24%) and prenatal (39%) appointments, and home visits (950%). **Conclusion:** There was positive increase in the number of consultations; at the end of the analyzed period, the decreased number of doctors resulted in decreased population coverage.*

Keywords | Doctor; Family Health Strategy; Primary Care; Mais Médicos Program; Health Policy.

RESUMO | Introdução: O Programa Mais Médicos (PMM) tem entre seus eixos estruturantes o provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis. **Objetivo:** Avaliar a evolução dos indicadores de produção médica na atenção básica de saúde de município de médio porte, após a implantação do PMM. **Métodos:** Estudo epidemiológico, longitudinal e descritivo utilizou dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), Consulfarma e sobre o município de Aracruz (ES) para obtenção das variáveis relacionadas à produção médica (número de médicos e cobertura populacional, quantidade de Consultas Médicas em Atenção Básica por grupo etário, consultas de puericultura, pré-natal e visitas domiciliares). Foram calculadas as frequências considerando-se dois períodos, anterior (janeiro de 2011 a dezembro de 2013) e posterior ao PMM (janeiro de 2014 a dezembro de 2016). **Resultados:** O número de médicos contratados por meio do PMM foi, com o passar do tempo, consideravelmente superior aos demais tipos de contrato, sendo que em 2016 ficaram apenas os médicos vinculados ao programa (15), acarretando uma diminuição na cobertura populacional que passou de 74,7% (anterior) para 69,1% (posterior ao PMM). O número de consultas médicas aumentou para a maioria dos grupos etários e reduziu para os menores de 4 anos. Houve aumento nos atendimentos de puericultura (24%), pré-natal (39%) e visitas domiciliares (950%). **Conclusão:** Houve um positivo aumento no número de consultas e atendimentos realizados, e, ao final do período de análise, a diminuição do número total de médicos resultou na diminuição da cobertura.

Palavras-chave | Médico; Estratégia da Saúde da Família; Atenção Primária em Saúde; Programa Mais Médicos; Política de Saúde.

¹Faculdade São Leopoldo Mandic. Campinas/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Visando à reorganização da atenção básica no País e em acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária para expansão, qualificação e consolidação da atenção básica¹. Diversas discussões vêm sendo realizadas entre os entes da Federação^{2,3} na busca pela potencialização de seu papel como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, e sua resolutividade, a fim de construir e consolidar uma rede integrada de serviços de saúde^{2,3,4,5,6}, tendo em vista a existência de heterogeneidade no desempenho dos serviços de Atenção Básica⁷.

Um fator que influencia fortemente as desigualdades no desempenho, acesso e utilização dos serviços de saúde é o sócio/geográfico/espacial^{8,9} resultando no achado de que populações que vivem em áreas mais carentes, distantes dos centros urbanos, de difícil acesso e/ou em situação rural, geralmente sofrem de forma mais intensa com a ausência de atenção e disponibilidade de redes de atenção primária^{10,11,12}.

A falta de médicos no Brasil é tida como um problema na saúde pública^{8,13} e sentida pela maioria da população como o principal problema do SUS¹⁴, havendo relatos de problemas com salários, indisciplina no trabalho e oposição corporativa contra grande parte das diretrizes da atenção primária⁸.

Considerando esse cenário, a partir de julho de 2013, o Governo Federal criou o PMM, inicialmente por meio de uma Medida Provisória (MP nº 621, de 8 de julho de 2013)¹⁵ e de uma Portaria Interministerial (Saúde e Educação) publicada no mesmo dia (Portaria Interministerial nº 1.369)¹⁶. A Medida Provisória foi depois convertida em Lei (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013)¹⁷ sendo explicitados seus objetivos como a diminuição da carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS; o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica e o aprimoramento da formação médica no país. Houve críticas quanto a ser uma iniciativa que objetivava claramente a maior regulação do Estado sobre a profissão médica, tendo sido recebida de forma bastante crítica por entidades representativas da categoria profissional¹⁸.

O provimento emergencial de médicos aos locais mais vulneráveis e historicamente desprovidos desses profissionais no Brasil impacta significativamente na redução das iniquidades em saúde⁷. Dados quantitativos da adesão dos municípios ao programa mostram a real

necessidade de médicos¹⁹, ao mesmo tempo, dados qualitativos da satisfação dos usuários demonstram a eficácia das ações, impactando no cuidado às pessoas¹⁶. Quanto à abrangência, em seus dois primeiros anos, o Programa estava nas 27 capitais de estados, nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), em 87% dos municípios de regiões metropolitanas, em 82% dos municípios com maior proporção de pessoas em extrema pobreza, totalizando 81% dos municípios brasileiros³.

Alguns estudos têm tratado sobre a avaliação do PMM sob a ótica dos indicadores. Campos e Pereira Junior⁷, por exemplo, realizaram um estudo onde foi possível constatar a consolidação da Atenção Primária como alternativa para o cuidado em saúde para grande parte da população no Brasil. Já Alencar et al.¹⁹ identificaram que a partir da implementação do programa houve um aumento considerável no número de consultas e atendimentos realizados pelos médicos, tendo destaque os atendimentos prestados aos pacientes portadores de tuberculose e hanseníase além da diminuição nas solicitações dos exames complementares. No estudo de Silva et al.²⁰ avaliou-se o acesso à saúde, comparando indicadores de produção, marcadores e situação de saúde antes e depois da implementação do PMM, sendo possível constatar que houve redução no número de consultas fora de área de abrangência, de hospitalizações por outras causas e no aleitamento materno exclusivo até quatro meses.

No estado do Espírito Santo foi possível constatar que o número de profissionais presentes nas Unidades Básicas de Saúde triplicou a partir da adesão ao programa²¹, sendo que no ano de 2015, 100% da demanda dos municípios do Estado foi atendida ao preencher as 83 vagas remanescentes disponíveis²². Aracruz é o único município capixaba que possui reservas indígenas e o 4º melhor índice de qualidade de vida do Estado²³. O PMM foi implantado no município em outubro de 2013, em acordo ao critério de perfil 5, ou seja, “município que está situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS)²⁴. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi o de avaliar a evolução dos indicadores de produção médica na atenção básica de saúde do município, após a implantação do PMM.

MÉTODOS |

Este estudo foi conduzido conforme determinado pela resolução 466 de 12/2012 do Conselho Nacional de

Saúde do Ministério da Saúde e aprovado segundo parecer 123561/2016 do CEP da Faculdade São Leopoldo Mandic.

Estudo do tipo epidemiológico, longitudinal e descritivo, realizado na cidade de Aracruz/ES, que possui uma população de 95.056 habitantes, IDHM de 0,752 e PIB *per capita* de R\$43.972,06/hab²⁵. A estrutura da saúde no município, na época do estudo, era composta por 16 unidades de saúde com 26 equipes, divididas em Programa de Agentes Comunitários de saúde e ESF, um Centro de Especialidades Médicas (CEMA), dois Centros de Reabilitação (CREARA), um Serviço de Referência à Saúde da Mulher (Casa Rosa) e um Centro de Zoonoses.

Foram analisados os registros do sistema de informação referentes a consultas médicas realizadas nas 16 unidades de saúde do município, considerando-se dois períodos: anterior à implantação do PMM (janeiro de 2011 a dezembro de 2013) e pós-implantação do PMM (janeiro de 2014 a dezembro de 2016).

A coleta de dados referentes à frequência de Consulta Médica em Atenção Básica por grupos etários, Consulta de Puericultura, Consulta de Pré-natal e Visita Domiciliar foi realizada no sistema de informações da atenção básica (SIAB) a partir dos indicadores médicos contidos na ficha de relatório de produção e marcadores para avaliação (PMA 2) no período de 2011 a 2014; e no banco de dados do Consulfarma (Empresa de Tecnologia em Informática e Assessoria em Saúde Pública e Assistência Social) no período de 2015 a 2016. Os dados do SIAB foram alimentados no município até março de 2015, havendo, a partir dessa data, substituição do sistema pelo e-SUS, no qual é possível apenas acessar os dados consolidados da PMA 2. No município, a alimentação dos sistemas de informação é feita pela Consulfarma, e no software próprio é possível a discriminação dos dados não consolidados referentes aos indicadores de produção médica na atenção básica, diferentemente do que ocorre no e-SUS.

Para determinação do número de equipes de saúde da família, por ano de avaliação, consideraram-se as equipes implantadas e os respectivos valores médio, mínimo e máximo de equipes em cada ano, conforme dados do departamento de Atenção Básica (DAB). Para o cálculo da população coberta por ESF, considerou-se a nota técnica do DAB³⁷, obtida pelo cálculo: $3.450 \times n^{\circ} \text{ ESF}$, com limitador de cobertura de 100%. O tamanho da população

foi consultado no extraído do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para cada ano.

Após compilação dos dados, foram tabulados no *Microsoft Office Excel* e realizou-se a análise exploratória considerando-se os dados anualmente e por período anterior e posterior ao PMM no município.

RESULTADOS |

A Tabela 1 apresenta dados anuais e médios dos períodos avaliados relativos ao tamanho populacional, ao número de equipes e o número de médicos vinculados ou não ao PMM e à cobertura populacional.

Nota-se que o número de médicos contratados por meio do PMM foi consideravelmente superior aos demais tipos de contrato. No período pós-implantação do PMM, a relação entre uma equipe e outra chega a ser superior a 100%, ou seja, no ano de 2014, primeiro ano de adesão ao programa, eram 7 médicos contratados para 15 do PMM (14 estrangeiros e apenas 1 brasileiro), passando em 2016 para 15 médicos inseridos no programa e nenhum contratado, impactando nas coberturas populacionais calculadas: no período anterior ao programa, essa taxa era de 74,7% e passou a 69,1% no período posterior. Em 2016, verificou-se a menor cobertura identificada no período do estudo (53,3%).

Na Tabela 2 nota-se que houve um aumento na frequência do total de consultas, em especial quando se considera a população adulta e idosa, mas, em contraponto, nota-se uma diminuição nos atendimentos a menores de 1 ano no período pós-implantação do PMM. Outro ponto que merece destaque refere-se à distribuição das frequências relativas das consultas, segundo o período de estudo, na qual se nota que, após o PMM, as consultas aos maiores de 40 anos foram intensificadas, considerando-se o contexto geral das faixas etárias, em comparação ao período anterior ao PMM.

Quanto às características dos atendimentos, nota-se que, no período de vigência do PMM, houve um aumento médio de 39% nos atendimentos de pré-natal, 24% nos atendimentos de puericultura e de 950% no número de visitas domiciliares (Tabela 3).

Tabela 1 - Número de Equipes Médicas versus Programa Mais Médicos (PMM) no município de Aracruz-ES, durante os anos 2011-2016

Ano	População	Equipe (mín-max)	PMM		Cobertura (%)	
			Não vinculados	Vinculados		
Antes PMM						
2011	83152	19 (16-23)	19	0	65550	78,8
2012	84429	19 (15-23)	19	0	65550	77,6
2013	91562	18 (12-19)	18	0	62100	67,8
Média parcial*	86381	19	19	0	64400	74,7
Depois PMM						
2014	93325	22 (14-29)	7	15	75900	81,3
2015	95056	20 (15-27)	5	15	69000	72,6
2016**	96746	15 (11-18)	0	15	51750	53,5
Média parcial*	95042	19	4	15	65550	69,1
2011-2016*	90712	19,0	11,3	7,5	64975	71,9

Legenda: *valores médios do período/ **desconsiderou-se para o cálculo da média do número de equipes implantadas o mês de novembro em vista de o número informado conter provavelmente um erro de digitação visto que apenas 3 equipes estavam informadas, fato que não condiz com a realidade do município. Fonte: DAB (2011-2016); IBGE (2011-2016); Consulfarma (2011-2016).

Tabela 2 - Número de consultas médicas em atenção básica segundo ano e grupos etários no município de Aracruz-ES, durante os anos 2011-2016

	Menos de 1 ano	De 1 a 4 anos	De 5 a 9 anos	De 10 a 14 anos	De 15 a 19 anos	De 20 a 39 anos	De 40 a 49 anos	De 50 a 59 anos	> 60 anos	Total
2011	1005 (24,5%)	1610 (19,4%)	1419 (18,7%)	1536 (17,8%)	1903 (15,4%)	6228 (14,4%)	3182 (11,7%)	3189 (10,3%)	4596 (9,6%)	24668 (13,0%)
2012	946 (23,0%)	1538 (18,5%)	1276 (16,8%)	1492 (17,3%)	1686 (13,6%)	5656 (13,1%)	3339 (12,3%)	3193 (10,3%)	4879 (10,2%)	24005 (12,6%)
2013	692 (16,9%)	1154 (13,9%)	892 (11,7%)	988 (11,4%)	1268 (10,2%)	4356 (10,1%)	2640 (9,7%)	2847 (9,2%)	4178 (8,7%)	19015 (10,0%)
Antes PMM*	881 (3,9%)	1434 (6,4%)	1196 (5,3%)	1339 (5,9%)	1619 (7,2%)	5413 (24,0%)	3054 (13,5%)	3076 (13,6%)	4551 (20,2%)	22563 (100,0%)
2014	706 (17,2%)	1426 (17,1%)	1440 (18,9%)	1486 (17,2%)	2063 (16,7%)	6658 (15,4%)	4595 (16,9%)	5351 (17,3%)	8871 (18,5%)	32596 (17,1%)
2015	364 (8,9%)	1521 (18,3%)	1433 (18,9%)	1630 (18,9%)	2953 (23,9%)	11073 (25,7%)	7293 (26,8%)	8794 (28,5%)	13508 (28,2%)	48569 (25,5%)
2016	393 (9,6%)	1071 (12,9%)	1140 (15,0%)	1515 (17,5%)	2502 (20,2%)	9177 (21,3%)	6168 (22,7%)	7535 (24,4%)	11856 (24,8%)	41357 (21,7%)
Depois PMM*	488 (1,2%)	1339 (3,3%)	1338 (3,3%)	1544 (3,8%)	2506 (6,1%)	8969 (22,0%)	6019 (14,7%)	7227 (17,7%)	11412 (27,9%)	40841 (100,0%)
Total de consultas	4106 (2,2%)	8320 (4,4%)	7600 (4,0%)	8647 (4,5%)	12375 (6,5%)	43148 (22,7%)	27217 (14,3%)	30909 (16,2%)	47888 (25,2%)	190213 (100,0%)

Legenda: *Valores médios do período. Fonte: SIAB (2011-2014); Consulfarma (2015-2016).

Tabela 3 - Categorias dos atendimentos médicos realizados no município de Aracruz-ES, durante os anos 2011-2016

Ano	Puericultura		Pré-natal		Visita domiciliar		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2011	2439	14,98	1752	14,58	400	3,06	4591	12,36
2012	2894	17,78	1894	15,76	405	3,10	5193	13,98
2013	1923	11,81	1417	11,79	440	3,36	3780	10,18
Antes PMM	2419	53,50	1688	37,33	415	9,17	4521	100,00
2014	3296	20,25	2232	18,57	2706	20,69	8234	22,17
2015	2745	16,86	2246	18,69	4376	33,46	9367	25,22
2016	2981	18,31	2479	20,62	4751	36,33	10211	27,49
Depois PMM	3007	32,44	2319	25,01	3944	42,55	9271	100,00
Total	16278	100,00	12020	100,00	13078	100,00	37141	100,00

Fonte: SIAB (2011-2014); Consulfarma (2015-2016).

DISCUSSÃO |

O PMM representou uma maior interferência do Ministério da Saúde (MS) na Atenção Básica visto que, embora articulado no âmbito municipal, teve o protagonismo do nível federal que se responsabilizou pela execução de grande parte das ações definidas no plano²⁶. Essa interferência pôde ser visualizada nos achados do presente estudo, relacionados à composição das equipes de saúde.

Em Aracruz-ES, décimo mais populoso do Estado, notou-se que a implantação do PMM contribuiu para o aumento do número absoluto de consultas e para uma modificação na distribuição etária das consultas oferecidas, com maior atenção aos adultos e idosos. Em contraponto, verificou-se uma importante diminuição na cobertura populacional dado que ao final do período do estudo, conquanto a população tenha aumentado, os médicos vinculados às equipes completas do município restringiram-se aos do programa.

A progressiva saída dos médicos não vinculados ao PMM pode estar relacionada à indisponibilidade dos médicos em cumprir a carga horária semanal exigida pela ESF e especialmente pelo salário oferecido nessa modalidade de contrato em 2016 (R\$3.648,17), 65,5% menor do que o de médicos vinculados ao programa, de custeio federal (R\$10.557,00). Vale frisar que, quando o médico é contratado pelo PMM, assina um termo se disponibilizando por um período de 3 anos e, além do salário, recebe benefícios de moradia e alimentação custeados pelas prefeituras do local de atuação¹⁵. Outra diferença importante refere-se às 40 horas semanais de trabalho porque, para os médicos

do programa, 32 dessas horas referem-se à atuação nas unidades básicas de saúde, e 8 horas são dedicadas à capacitação profissional mediante matrícula em curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde, oferecida por Instituições de Ensino vinculadas ao Sistema Universidade Aberta do SUS²⁷.

A contratação dos médicos não vinculados se dá via processo seletivo, e em julho de 2015 foi aberto o Processo Seletivo Simplificado para preenchimento de vagas da Estratégia Saúde da Família, dentre as quais, 10 destinadas a Médico da Família e Comunidade, com carga horária de 40 horas semanais e salário de R\$3.648,17²⁸. Nessa ocasião houve apenas 25 inscritos, que convocados, acabaram não assumindo por razões que incluíam insatisfação com o salário e recusa em sair de outro emprego.

No início do programa, o MS liberou para o município 15 vagas para o PMM, cujo número foi mantido no edital de 2017²⁹, porém com a obrigatoriedade de que, para liberação dos profissionais, o município contratasse 11 médicos por processo seletivo próprio, compondo assim 26 equipes que permitiriam cobertura de 100% da população. Novo processo foi realizado em 2017 para o cargo de Médico da Família e Comunidade, com carga horária de 40 horas semanais e salário de R\$9.083,87. Houve 43 inscritos, gradualmente convocados segundo classificação, porém a dificuldade na contratação pela elevada taxa de desistência fez com que o MS liberasse mais 3 profissionais do PMM em novembro de 2017. O obstáculo para contratação pode estar relacionado à obrigatoriedade em cumprir 40 horas

semanais, imposta pelo município, o que dificulta que o médico trabalhe em outro serviço.

Nesse contexto, explica-se a diminuição da cobertura populacional verificada no período de estudo, achado este que vai de encontro ao aumento de cobertura referido na literatura^{3,7,19}. Considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a ordenadora do cuidado e tem como um dos seus atributos o acesso da população aos sistemas de saúde, a diminuição da cobertura populacional pode levar ao aumento na demanda em serviços de pronto-atendimento, focados no atendimento por queixa-conduta, comprometendo a resolubilidade do sistema, a satisfação do usuário e conseqüentemente a qualidade dos serviços prestados^{30,31}, variáveis que não foram avaliadas no presente estudo, mas que devem ser consideradas em estudos futuros.

Embora a cobertura populacional tenha diminuído, achado importante refere-se à distribuição proporcional de consultas entre os grupos etários. Antes do PMM, as consultas com maior frequência ocorreram na faixa etária de 0 a 39 anos e, depois do PMM, notou-se um aumento nas consultas de adultos maiores de 40 anos. Observou-se também um aumento absoluto no número de consultas aos grupos maiores de 5 anos, no período pós implantação do programa, denotando uma maior atenção aos grupos etários menos privilegiados no passado. Esses índices refletem maior acesso à APS no município, com melhor acolhimento à demanda espontânea e maior resolutividade das demandas de saúde da população o que também foi verificado por Silva et al.²⁰.

A redução do número de consultas de puericultura notada a partir de 2015 pode ter ocorrido pelo fato de que, nos dados extraídos do SIAB, as consultas de puericultura e pré-natal referem-se a procedimentos realizados por médicos e enfermeiros³², o que não acontece nos dados provenientes do sistema Consulfarma, que computa apenas os procedimentos realizados pelos médicos. Essa diferença na forma de computar os dados pode ter levado a uma superestimação do número de consultas médicas no período anterior ao PMM, fato esse que deve ser analisado com mais detalhamento por meio da análise dos prontuários nas unidades de saúde.

Em relação ao exponencial aumento de Visitas Domiciliares após a implementação do PMM, evidencia-se que o programa contribuiu para a permanência do médico no município e seu trabalho, possibilitando maior articulação

de estratégias multiprofissionais, corroborando protocolo de atenção básica no que se refere à visita domiciliar^{33,34}. Nesse sentido, a visita domiciliar tem sido apontada como um importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade²⁷. Em concordância com o que Silva et al.²⁰ ponderam, a permanência do médico nas equipes do município traz ao usuário uma visão de “humanização do médico”, aumentando a confiança e o seu vínculo com o sistema de saúde, o que pode ter propiciado o maior número de consultas aos maiores de 40 anos.

Houve, em resumo, uma intensificação na frequência das ações de saúde pesquisadas, havendo um positivo aumento no número absoluto de indicadores de produção médica: consultas, puericultura, pré-natal e visitas domiciliares, ao mesmo tempos em que se notou, ao final do período de análise, a redução na cobertura populacional, concomitante à preocupante não permanência dos médicos contratados pelo município. Tal dificuldade em contratar e fixar médicos ao SUS, também constatada em outros municípios³⁵, tornou evidente a impossibilidade do município em implementar a Atenção Básica com sustentabilidade e cobertura da população, sem a direta interferência do MS.

Os divergentes achados do presente estudo podem relacionar-se ao fato de que a cobertura do PMM tenha sido qualificada pelo cumprimento da carga-horária preconizada e pelo perfil, formação e condições de trabalho adequados para atuar na Atenção Básica, ofertados pelo programa³⁵, justificando-se a necessidade de se definir uma Política de Pessoal do SUS, condizente com a complexidade das necessidades em saúde dos brasileiros³⁶.

Como limitação, pode-se considerar o fato de que durante o período do estudo o município passou a utilizar um sistema próprio de informação, o que levou à necessidade de ponderar os resultados apresentados sobre as consultas de puericultura e pré-natal. Apesar disso, os resultados apresentados são importantes e na ausência dessa limitação, o aumento verificado nas consultas seria mais substancial do que o que foi encontrado.

CONCLUSÃO |

O PMM viabilizou o aumento no número total de consultas, aumento nas consultas de puericultura e pré-natal e em

especial o aumento expressivo de visitas domiciliares embora tenha se verificado uma diminuição da cobertura populacional, sugerindo-se um acompanhamento dos indicadores de forma perene e concomitante às alterações em sua forma de organização.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2355-65.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa mais médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b.
4. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev Bras Educ Méd*. 2007; 31(3):266-77.
5. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Salud Publica*. 2007; 21(2):164-76.
6. Magalhães RV. Os desafios da prática do enfermeiro inserido no programa saúde da família. Belo Horizonte. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
7. Campos GWS, Pereira Júnior N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(9):2655-63.
8. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate*. 2009; (44):13-24.
9. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM; 2012.
10. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):975-86.
11. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010; 88(5):379-85.
12. Cavalcante IMS. Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos da Amazônia Paraense: um olhar antropológico. Belém. Dissertação [Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia] - Universidade Federal do Pará; 2011.
13. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. *Divulg Saúde Debate*. 2014; (51):105-20.
14. Brasil. Medida Provisória nº. 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União 9 de julho 2013 [acesso em 12 jul 2020]. Disponível em: URL: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2013/medidaprovisoria-621-8-julho-2013-776449-publicacaooriginal-140368-pe.html>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil [Internet]. Diário Oficial da União 9 de jul de 2013 [acesso em 12 jul 2020]. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html.
16. Brito LM. Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico. Ceilândia. Monografia [Graduação em Saúde Coletiva] - Universidade de Brasília; 2014.
17. Brasil. Lei nº. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos [Internet]. Diário Oficial da União; 23 out 2013a [acesso em 17 jul 2017]. Dispo-

- nível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm.
18. Conselho Federal de Medicina [Internet]. Após anúncio do Governo Federal, entidades divulgam carta aos brasileiros [acesso em 14 jun 2017]. Disponível em: URL: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=23972:carta-aos-brasileiros.
19. Alencar APA, Xavier SPL, Laurentino PAS, Lira PF, Nascimento VB, Carneiro N, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Gestão Soc.* 2016; 10(26):1290-301.
20. Silva BP, Stockmann D, Lúcio DS, Henna E, Rocha MCP, Junqueira FM. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 21(9): 2899-906.
21. Nações Unidas Brasil [Internet]. Mais Médicos: no Espírito Santo, profissional cubano enfatiza a necessidade de medicina humanista no Brasil [acesso em 06 maio 2017]. Disponível em: URL: <https://nacoesunidas.org/mais-medicos-no-espírito-santo-profissional-cubano-enfatiza-a-necessidade-de-medicina-humanista-no-brasil/>.
22. Governo do Brasil [Internet]. Mais Médicos atende 100% das vagas no Espírito Santo [acesso em 06 maio 2017]. Disponível em: URL: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/05/mais-medicos-atende-100-das-vagas-no-espírito-santo>.
23. Atlas Brasil [Internet]. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [acesso em 17 jun 2017]. Disponível em: URL: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/aracruz_es.
24. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Adesão do Distrito Federal e dos Municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Edital nº 38, de 8 de julho de 2013. *Diário Oficial da União* 08 jul 2013b; Seção 3:125-6.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasil: Espírito Santo (Aracruz) [acesso em 12 jul 2020]. Disponível em: URL: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/aracruz/panorama>.
26. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 21(9):2655-63.
27. Cunha CLF, Gama MEA. Visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: Malagutti W. *Assistência domiciliar: atualidades da assistência de enfermagem.* Rio de Janeiro: Rubio; 2012. p. 37-48.
28. Prefeitura de Aracruz [Internet]. Processo Seletivo Simplificado Semsa 001/2015 [acesso em 12 jul 2020]. Disponível em: URL: <http://www.aracruz.es.gov.br/contratacoes/processo-seletivo/49/>.
29. Prefeitura de Aracruz. Processo Seletivo Simplificado Semsa 001/2017 [acesso em 12 jul 2020]. Disponível em: URL: <http://www.aracruz.es.gov.br/contratacoes/processo-seletivo/71/>.
30. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015; 20(11):3547-52.
31. Kemper ES, Tasca R, Harzheim E, Jiménez JMS, Hadad J, Sousa MF. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2018; 42:e1.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
33. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União* 2017 [acesso em 15 jul 2020]; Disponível em: URL: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
35. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. The Mais Médicos (More Doctors) program: panorama

of the scientific output. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(9):2785-96.

36. Molina J, Suárez J, Cannon LRC, Oliveira G, Fortunato MA. O Programa Mais Médicos e as redes de atenção à saúde no Brasil. *Divulg Saúde Debate*. 2014; (52):190-201.

37. Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde [Internet]. Nota Técnica [acesso em 29 dez 2019]; Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf.

Correspondência para/Reprint request to:

Flávia Martão Flório

Rua José Rocha Junqueira, 13,

Ponte Preta, Campinas/SP, Brasil

CEP: 13045-755

E-mail: flaviaflorio@yahoo.com / flavia.florio@slmandic.edu.br

Recebido em: 05/06/2018

Aceito em: 13/07/2020