



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, fornecer um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou medidas de caráter tecnológico que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially.

Under the following terms:

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde

Mais Medicos Program:
an effective action to reduce health inequities in Brazil

Leonor Maria Pacheco Santos ¹
Ana Maria Costa ²
Sábado Nicolau Girardi ³

Abstract *The Program More Doctors (Programa Mais Médicos) aims to decrease the shortage of physicians and reduce the regional health disparities and involves three main strategies: i) more places and new Medical Courses based on the revised Curriculum Guidelines; ii) investments in the (re)construction of Primary Healthcare Units; iii) provision of Brazilian and foreign medical doctors. Until July 2014, the Program made the provision of 14,462 physicians to 3,785 municipalities with vulnerable areas. Evidence indicates a 53% reduction in the number of municipalities with physicians' shortage; in the North, 91% of the municipalities with physicians' shortage have been provisioned, with almost five physicians per municipality, on average. The professionals' integration in the Family Health Teams has strengthened and expanded the capacity of intervention, particularly in the context of adopting a healthcare model that encompasses different demands of health promotion, prevention, diagnosis and treatment of diseases and disorders, to face the challenge of the double burden of disease. The population is affected by obesity and non-communicable chronic diseases, alongside with infection, parasitic diseases and malnutrition remaining. The people of cities, rural areas and forests want more doctors, health perspectives and more social justice.*

Key words *Program More Doctors, Human resources, Primary Health Care*

Resumo *O Programa Mais Médicos objetiva diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais em saúde e envolve três frentes estratégicas: i) i) mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; ii) investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde; iii) provimento de médicos brasileiros e estrangeiros. O programa efetuou, até julho de 2014, o provimento de 14.462 médicos em 3.785 municípios com áreas de vulnerabilidade. Evidências indicam redução em 53% no número de municípios com escassez de médicos; na região Norte 91% dos municípios que apresentavam escassez foram atendidos, com quase cinco médicos cada, em média. A integração dos profissionais nas Equipes de Saúde da Família fortaleceu e expandiu a capacidade de intervenção, especialmente na perspectiva da adoção de um modelo de atenção que englobe as diferentes demandas de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e agravos, para enfrentar o desafio da dupla carga de doença. Prevalecem na população a obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, lado a lado com as enfermidades infecciosas, parasitárias e carências nutricionais remanescentes. O povo das cidades, do campo e da floresta quer mais médicos e mais perspectivas de saúde e de justiça social.*

Palavras-chave *Programa Mais Médicos, Recursos humanos, Atenção primária à saúde*

¹Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil. leopac@unb.br

²Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal.

³Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais.

Apresentação

Os autores são integrantes da pesquisa “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde” que se sentiram provocados a emitir sua Opinião, considerando os argumentos postos por Ribeiro¹, ao tratar o Programa como um equívoco conceitual. A partir de evidências e das primeiras experiências da pesquisa em campo, argumenta-se que o Programa Mais Médicos é uma ação efetiva para reduzir as iniquidades em saúde.

Este artigo estrutura-se em seis seções: i) Apresentação; ii) Bases para a implementação do Programa Mais Médicos, na qual se discutem questões conceituais das iniquidades em saúde e da transição epidemiológica; iii) Desigualdades regionais na oferta de médicos no Brasil; iv) Proveniência de médicos: evidências da contribuição do Programa para a redução da iniquidade de oferta; v) Investimentos na qualificação profissional e nas Unidades Básicas de Saúde; vi) Considerações finais.

Bases para a implantação do Programa Mais Médicos

Os determinantes sociais de saúde são condições em que as pessoas vivem e trabalham, as quais apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que essas condições traduzem esse impacto sobre a saúde. Na visão de Solar e Irwin², os determinantes sociais em saúde passam necessariamente por uma avaliação de valores.

Iniquidades na saúde envolvem mais que meras desigualdades e implicam num fracasso para evitar ou superar essas desigualdades que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas; elas têm suas raízes na estratificação social^{3,4}. A falta de acesso à atenção primária abrangente em saúde atingia grande parte da população brasileira de regiões longínquas, de difícil acesso e nas periferias das grandes cidades. Nestas situações, as Equipes de Saúde da Família (ESF) eram compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e não contavam com a participação do profissional médico, tornando-se consideravelmente limitadas no seu trabalho de promover atenção integral à saúde.

Almeida Filho⁵ afirma ser necessária mobilização política no sentido de promover igualdade na diversidade, fazendo com que se reduza o pa-

pel das diferenças de gênero, geração, étnico-raciais, culturais e de classe social como determinantes de desigualdades, e iniquidades econômicas, sociais e de saúde. O enfrentamento da determinação social da saúde requer atuação sobre os processos causais estruturais e ambientais^{6,7}, incluindo a organização dos serviços de saúde, dentre os quais o acesso ao cuidado médico é uma questão essencial para uma atenção integral.

Outro importante aspecto a ser considerado é o envelhecimento da população brasileira e as consequentes mudanças no perfil epidemiológico, que apontam a necessidade de redesenhar a assistência à saúde. O antigo modelo hospitalocêntrico precisa deslocar-se para a Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo recursos de cuidados e de proteção integrados.

A participação dos profissionais médicos nas ESF fortalece e expande a capacidade de intervenção, especialmente na perspectiva da adoção de um modelo de atenção que englobe as diferentes demandas de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, priorizadas para o território, assim como a realização de diagnósticos e tratamento executados de forma integrada. Dessa forma, o SUS poderá enfrentar o desafio imposto pelo estágio atual da transição epidemiológica, ou seja, a dupla carga de doença: obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, por um lado e as enfermidades infecciosas, parasitárias e carências nutricionais remanescentes, por outro.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se uma das prioridades em saúde no Brasil. Embora se tenha notado algum decréscimo anual nessa prevalência, 74% de todas as mortes no país foram atribuídas a essas doenças em 2012^{8,9}. As reduções ocorreram, sobretudo, em doenças respiratórias e cardiovasculares crônicas, com desigual distribuição dentre classes sociais; atribui-se este resultado positivo ao sucesso da implementação de políticas de saúde que levaram à diminuição do tabagismo e à expansão do acesso aos cuidados na APS⁹.

O aumento das DCNT vem atrelado à transição nutricional, derivada da adoção de um estilo de vida não saudável, marcado pelo sedentarismo e incorporação excessiva de alimentos industrializados e de alto valor calórico na dieta. É na APS que o excesso de peso e a obesidade adentram, de modo crescente, no rol das morbidades da população assistida pelas equipes de saúde¹⁰. Isto foi corroborado pelo Ministério da Saúde, que lançou em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças

Crônicas Não Transmissíveis 2011 – 2022⁸. Com abordagem multissetorial e interdisciplinar, o plano propõe, dentre outras ações, a ampliação de programas que viabilizam a realização da promoção de um estilo de vida saudável executados no âmbito da APS¹⁰.

Desigualdades regionais na oferta de médicos no Brasil

A concentração de profissionais de saúde, sobretudo médicos, nos grandes centros urbanos, afeta a maioria dos países. Experiências internacionais no provimento e retenção de profissionais em áreas de vulnerabilidade abrangem uma gama de estratégias, do incentivo à obrigatoriedade, tais como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio^{11,12}. Grande parte destas estratégias corresponde às recomendações elaboradas pela Organização Mundial de Saúde para melhorar a retenção de trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas¹³.

Evidências apontavam marcantes desigualdades entre os habitantes das regiões brasileiras no que diz respeito ao acesso e a cuidados médicos no país^{14,15}. A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/UFMG) desenvolveu um Índice de Escassez de Profissionais de Saúde na Atenção Primária¹⁶ e demonstrou que as regiões Norte e Nordeste eram as mais afetadas por escassez grave de médicos¹⁷. As disparidades também eram acirradas ao comparar a disponibilidade nas capitais e no interior dos estados^{16,17}.

Outro desafio enfrentado para a organização da APS nos municípios brasileiros era a alta rotatividade dos profissionais de saúde, especialmente de médicos nas equipes. O fato compromete a execução de um cuidado longitudinal e continuado com a saúde do usuário, prática de fundamental importância para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas¹⁸. O desafio da redistribuição de médicos tem sido alvo de diversas intervenções governamentais; apesar de atrair alguns profissionais para áreas remotas, estas não lograram alcançar a magnitude necessária para suprir as demandas dos municípios¹⁹⁻²¹.

Em decorrência da manutenção da escassez de médicos, em janeiro de 2013, a Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil (FNP), lançou a campanha *Cadê o médico?* A Frente elaborou uma petição reivindicando do Governo Federal a contratação de médicos estrangeiros para atuar em municípios onde havia escassez.

A universalização do direito à saúde, consagrada pela Constituição Brasileira, é uma con-

quista da população, oriunda de uma mobilização conhecida como Movimento da Reforma Sanitária. Um dos empecilhos para resolver a má distribuição de médicos e a consolidação do SUS como política de Estado foi, e continua sendo, a formação dos profissionais de saúde. Desde 1976 se discute o desafio de formar os profissionais compatíveis às necessidades de saúde da população²².

As novas Diretrizes Curriculares aproximam o processo de formação de profissionais das necessidades de saúde da população e ao modo de operação do SUS. Entretanto, muitas Instituições de Ensino Superior (IES) não compatibilizavam os currículos acadêmicos com as diretrizes, comprometendo a inserção de novos profissionais no sistema público de saúde²¹. Outros autores reforçam este ponto, pois como Paim²³ afirma: *a crise da saúde pública no País é também uma crise de formação, pois os cursos na área de saúde, sobretudo de medicina, não conseguem formar profissionais capazes de compreender o SUS em toda a sua complexidade; o SUS passou a ser o espaço desprestigiado – não me refiro aqui aos seus problemas, que são graves – mas a um juízo prévio por parte dos alunos e seus professores.*

O Programa Mais Médicos foi criado pela Lei nº 12.871, de 22/10/2013²⁴ e elegeu três frentes estratégicas: i) i) mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; ii) investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde; iii) provimento de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade. A última possui caráter de curto prazo para atender o problema imediato de carência de médicos, enquanto se aguardam os efeitos das medidas estruturantes. A provisão de médicos tem recebido maior visibilidade pública que as demais, suscitando mais controvérsias. Será, portanto, discutida em maiores detalhes na seção a seguir; já as outras duas iniciativas serão abordadas em conjunto mais adiante.

Provimento de médicos: evidências da contribuição do Programa para a redução da iniquidade de oferta

O Programa aprovou 14.462 médicos brasileiros e estrangeiros em 3.785 municípios (julho 2014). Ao analisar a distribuição destes médicos, observa-se que o número de municípios com escassez desses profissionais na APS passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%)²⁵. O

programa contribuiu para reduzir iniquidades, pois na região Norte 91,2% dos municípios que apresentavam escassez em 2013 foram atendidos, com provimento de 4,9 médicos por município, em média (a maior razão entre regiões). Em suma, o programa atendeu aqueles municípios mais necessitados, que tinham as piores razões de médico/habitante, em situação de extrema miséria e com altas necessidades de saúde²⁵.

Apesar de apontar falhas que precisam ser sanadas, o relatório de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (TCU), recém-divulgado, indica que após a implantação do Programa Mais Médicos houve crescimento de 33% no número de consultas realizadas e de 32% nas visitas domiciliares, indicando aumento na oferta de serviços de saúde²⁶.

Os resultados parciais do estudo de campo realizado por nossa equipe em municípios pobres das cinco regiões do Brasil revelam efeitos positivos do Programa. Observou-se junto a 263 usuários do SUS estudados, alto grau de satisfação nas dimensões “tempo de espera para agendar a consulta” e “atendimento durante a consulta”. A maioria relatou que sua privacidade foi respeitada, que os médicos ouviram com atenção suas queixas, deram as informações necessárias, explicaram de forma clara o tratamento e que eles compreenderam as orientações dadas. No caso de médicos intercambistas, a língua espanhola não foi impedimento para a comunicação. Resultados semelhantes constam no já citado relatório do TCU; dentre os 264 pacientes entrevistados 57% e 32% relataram “não ter nenhuma dificuldade” e “ter tido um pouco de dificuldade”, respectivamente, para entender o que o médico intercambista falava²⁶.

As entrevistas com os gestores e profissionais de saúde dos municípios pesquisados por nossa equipe apontou que a integração do profissional médico ampliou a capacidade de diagnóstico de problemas do território, bem como trouxe mais agilidade e continuidade no tratamento do usuário. O Programa agregou novas experiências e práticas de cuidado, que contribuem para a melhoria da APS, além de um apoio constante na organização dos serviços e do trabalho em equipe.

Exemplos da boa integração de médicos brasileiros participantes do Programa Mais Médicos foram recentemente publicados²⁷ mostrando como profissionais comprometidos com a saúde coletiva podem contribuir para a qualificação da APS. E chama atenção o fato de 90% das vagas do Edital Mais Médicos de 2015 terem sido ocupadas por médicos brasileiros²⁷.

Investimentos na qualificação profissional e nas Unidades Básicas de Saúde

O Programa intervém na qualificação profissional, com abertura de novas vagas em Cursos de Medicina sob a égide das novas Diretrizes Curriculares obrigatórias, as quais mudam o peso das disciplinas e prevêm a inserção precoce do estudante de medicina no SUS. Segundo a Lei, estes cursos serão localizados de acordo com os vazios de médicos no território nacional, em municípios nos quais haja redes de atenção à saúde do SUS adequadas para a oferta do curso de Medicina, incluindo: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde^{20,24,28}. O governo federal estabeleceu como meta criar, até 2018, 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina e 12,4 mil de residência médica, com o foco nas áreas prioritárias para o SUS²⁸.

O Programa dá passos importantes para viabilizar o direito à saúde ao tornar obrigatória a adesão do município ao Requalifica UBS que envolve investimentos na (re)construção de Unidades Básicas de Saúde. Para obter os recursos financeiros, o município cadastra sua proposta de construção, reforma ou ampliação, a ser analisada pelo Ministério da Saúde. De 2011 a 2013, foram atendidas 6.375, 8.302, 8.373 propostas, respectivamente. Atualmente existem 23.050 obras do Requalifica UBS previstas, ou sendo desenvolvidas no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, para o período 2013-2014, o valor total previsto foi de R\$ 3,3 bilhões, para 4.811 municípios²⁹.

Considerações finais

Os argumentos aqui arrolados mostram que o Programa Mais Médicos não é um equívoco conceitual e, além de bem fundamentado em evidências das necessidades da população, é concernente aos princípios constitucionais do SUS. Diagnosticada a escassez, o Programa incide sobre a falta de médicos a curto e médio prazo, ao associar o provimento à ampliação e mudanças na formação do profissional. O SUS ainda precisa de muito mais para garantir o direito universal à saúde, mas as evidências já indicam melhor distribuição de médicos e maior oferta de serviços, particularmente nos territórios remotos. O povo das cidades, do campo e da floresta quer mais médicos e mais perspectivas de saúde e de justiça social.

Outros membros do Grupo de Pesquisa Mais Médicos

Fernando Ferreira Carneiro - Fundação Oswaldo Cruz Ceará; Helena Eri Shimizu – Universidade de Brasília; Lucélia Luiz Pereira – Universidade de Brasília; Poliana de Araújo Palmeira – Universidade Federal de Campina Grande; Carlos André Moura Arruda – Universidade Estadual do Ceará; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto – Fundação Oswaldo Cruz Ceará; Vanira Matos Pessoa – Fundação Oswaldo Cruz Ceará; Yamila Comes – Universidade de Brasília; Wallace dos Santos – Secretaria de Saúde do Distrito Federal; Josélia de Souza Trindade – Universidade de Brasília; João Paulo Alves Oliveira – Ministério da Saúde; Aimê Oliveira – Universidade de Brasília; Everton Nunes da Silva – Universidade de Brasília; Maria do Carmo Lessa Guimarães – Universidade Federal da Bahia; Sandra Maria Chaves dos Santos – Universidade Federal da Bahia.

Colaboradores

Os autores LMP Santos, AM Costa, SN Girardi e o Grupo de Pesquisa Mais Médicos realizaram a revisão bibliográfica, participaram da redação e da revisão final do artigo.

Agradecimentos

Ao CNPQ pelo financiamento no Edital nº 41 CNPQ/MCT/Decit, Processo número 40351/2013.

Referências

1. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos - um equívoco conceitual. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):421-424.
2. Solar O, Irwin A. *Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde*. Ensaio apresentado a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde. Geneva: OMS; 2005.
3. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging inequities in health from ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001.
4. Graham H, Kelly MP. *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London: Health Development Agency; 2004. (NHS Briefing Paper).
5. Almeida Filho N. *O que é saúde? Coleção Temas em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
6. Nogueira RP. A determinação objetiva da doença. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 135-150.
7. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida; 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 87-125
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil*. Brasília: MS; 2011.
9. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781):1949-1961.
10. Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. *Divulg. saúde debate* 2014; 51:72-85
11. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health* 2009; 9(2):1060.
12. 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):379-385.
13. Rourke J. WHO Recommendations to improve retention of rural and remote health workers - important for all countries. *Rural Remote Health* 2010; 10(4):1654.
14. Tomasi E, Fachini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, Siqueira FV, Teixeira VA, Dilélio AS, Maia MFS. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4395-4404.
15. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg. saúde debate* 2009; (44):13-24.
16. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). *Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde*. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM; 2010 [acessado 2015 set 29]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>
17. 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/UFGM; 2012 [acessado 2015 set 29]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf
18. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. *Rev Adm Pública* 2008; 42(2):347-368.
19. Maciel Filho R. *Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde 2007* [tese]. Rio de Janeiro: UERJ; 2007.
20. Pinto HÁ, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg. saúde debate* 2014; 51:105-120.
21. Weiller TH, Schimith MD. PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde. *J Nurs Health* 2014; 3(2):145-146.
22. Amancio A, Quadra AAF. Saúde, saber médico e recursos humanos. *Saúde em Debate* 1976; 1:48-49.
23. Paim J. Se depender dos governos o SUS não avança. *Revista MUITO, Jornal A Tarde*; 2013 Jul 28; p. 9-13.
24. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
25. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Dados Estatísticos sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em atenção primária no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM; 2015 [acessado 2015 set 29]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa_Andamento/Impacto_Programa_Mais_Medicos.pdf
26. Tribunal de Contas da União (TCU). *Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa*. TC nº 005.391/2014-8.
27. Perez F. Sem vaga para os cubanos. *Revista ISTO É*; 2015 Mar 6; [acessado 2015 set 29]. Disponível em: http://www.istoe.com.br/reportagens/407830_SEM+-VAGA+PARA+OS+CUBANOS
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Mais Médicos. Abertas as inscrições de propostas para novos cursos de medicina*. Blog [internet]. Brasília, 2014 dez 29. [acessado 2015 set 29]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34941-mais-medicosabertas-as-inscricoes-de-propostas-para-novos-cursos-de-medicina>
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Requalifica UBS* [Internet]. 2014 [acessado 2015 set 29]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/requalifica_ubs

Artigo apresentado em 09/04/2015

Aprovado em 19/06/2015

Versão final apresentada em 21/06/2015