



## TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018

### **Programa Mais Médicos e fortalecimento da atenção básica: resultados, desafios e proposições para o aperfeiçoamento da política**

Maria Guadalupe Medina (ISC/UFBA); Patty Fidelis de Almeida (MPS/ISC/UFF)

#### **Introdução**

No Brasil, em um cenário de intensa pressão política e popular, em meados de 2013, o governo federal lançou o “Programa Mais Médicos” (PMM), institucionalizado pela Lei 12.871/2013 (Brasil, 2013). O PMM foi estruturado a partir de três eixos estratégicos que contemplaram: i) mudanças na formação médica, com investimento na criação de vagas de graduação e residência e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; ii) ampliação e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e iii) provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros para a atenção básica em regiões com escassez de oferta, eixo da política denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) (Brasil, 2013).

Os problemas da escassez, distribuição e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e desfavorecidas é um desafio para a grande maioria dos países (Dal Poz, 2013). No Brasil, nas últimas décadas, observou-se um reordenamento mais estratégico das políticas para a superação da insuficiente e inadequada provisão de profissionais de saúde como a ampliação da formação, capacitação profissional e valorização da força de trabalho em saúde (Carvalho, Santos, Campos, 2013). Várias iniciativas anteriores ao PMM foram gestadas no país com o intuito de enfrentar o problema da escassez de médicos nas equipes de Saúde da Família, a exemplo do abatimento de dívidas de egressos de cursos de medicina que haviam sido financiados pelo Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) e que se dispusessem a atuar em áreas designadas pelo Ministério da Saúde; e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) com vários tipos de incentivo (bolsas de estudo, oferta de cursos

de especialização, pontuação adicional para concursos de Residência Médica) (Ribas, 2016), este último, absorvido posteriormente pelo PMM.

As medidas adotadas, entretanto, foram insuficientes para prover a quantidade necessária de profissionais para os serviços de APS. Permaneciam em 2013 acentuadas disparidades na distribuição regional de médicos no país e ainda dentro de cada região e estado, com concentração em capitais e centros urbanos de maior porte, em detrimento do interior, pequenos municípios e regiões menos desenvolvidas (Scheffer, 2013). Naquele ano, o Brasil apresentava uma razão de 2,0 médicos registrados por mil habitantes, razão que se reduzia para 1,4 se considerados apenas os médicos atuantes no mercado formal, com elevada disparidade na distribuição entre estados, variando de 2,8/1000 hab. no Rio de Janeiro a 0,4 médicos no Maranhão, estado de menor desenvolvimento socioeconômico (Scheffer, 2013).

De fato, a problemática relacionada à escassez de médicos para ocupar postos de trabalho no sistema de saúde brasileiro é bastante complexa, pois não se trata apenas de superar uma relação médico-habitante desfavorável de modo geral. Ano após ano, novos postos de trabalho médico têm sido abertos no país, sendo o número de vagas ofertadas superior ao número de médicos formados (Girardi et al., 2012). A escassez, entretanto, não se distribui uniformemente, seja geograficamente, seja em relação aos diferentes níveis do sistema de saúde. Ela se faz sentir, especialmente, no âmbito da APS, com grande rotatividade dos médicos e vagas não preenchidas justamente em municípios de maior vulnerabilidade social (Campos e Malik, 2008). Vale dizer, também, que grande parte das vagas são ocupadas por profissionais generalistas, mas sem qualificação específica para atuar no modelo de atenção proposto na reforma organizacional do SUS (Campos e Malik, 2008; Girardi et al., 2012). Tudo isso compromete enormemente a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil.

As manifestações populares de rua que ocorreram em 2013 (“jornadas de junho”), em consonância com outros movimentos como o desencadeado pela Frente Popular de Prefeitos denominado de “Cadê o médico?”, colocaram em pauta a questão da saúde e, especialmente, a carência de médicos, tendo como resposta presidencial a promessa de “*trazer de imediato milhares de médicos do exterior para ampliar o atendimento do Sistema Único de Saúde, o SUS*”. (Magno e Paim, 2015). O PMM surge, então, como resposta governamental a pressões populares, mas se estrutura no esteio de uma trajetória de construção de alternativas institucionais à escassez da força de trabalho médico na APS.

Compreende-se que o PMM, sobretudo em seu eixo de provimento emergencial de médicos, apresenta um grande objetivo geral, qual seja, **reduzir as desigualdades na provisão e fixação dos médicos no país**. Já o problema das desigualdades na fixação de médicos na APS relaciona-se, principalmente, ao eixo “Formação”, que é parte da política do PMM, e que propõe medidas específicas voltadas para a ampliação de vagas de ensino médico com incentivo para a redistribuição geográfica ao focar, especialmente, áreas desprovidas. Contudo, consideramos que a permanência de médicos contratados pelo Programa (nos moldes estabelecidos pelo Projeto Mais Médicos) ao longo de três anos, renováveis por mais três, significa um ajuste importante, pois permite que as equipes de APS permaneçam completas até a consolidação do processo de formação de novos profissionais.

Para o enfrentamento da escassez de oferta e redução de desigualdades na distribuição de médicos, o PMM definiu áreas prioritárias de maior vulnerabilidade social para a provisão emergencial. Como a adesão de médicos brasileiros em programas de interiorização anteriores fora muito baixa, foi aberta a possibilidade de adesão de médicos estrangeiros, que se realizou principalmente por meio de um acordo estabelecido com o governo cubano com apoio da OPAS. Até o ano de 2015, o Programa havia incorporado na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) 18 mil médicos, sendo 79% cubanos.

Pouco mais de quatro anos após início do PMM um conjunto expressivo de estudos se debruçou sobre os mais variados componentes e resultados da política (OPAS, 2017). Os principais resultados serão aqui apresentados com vistas a identificar os principais avanços, bem como os desafios para implementação e aperfeiçoamento da intervenção.

### **Avanços e desafios do PMM: o que dizem os estudos?**

A maioria dos estudos empíricos (55%) até 2016 tiveram como foco o eixo “Provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros”. Poucos estudos se debruçaram sobre o eixo infraestrutura (4%) e formação (9%), considerados estruturantes para garantia da fixação e provisão de profissionais na APS a médio e longo prazo (OPAS, 2017).

Os resultados apresentados foram categorizados quanto aos efeitos do PMM: positivos, nulos ou negativos. Em parte dos estudos (32%) não foi possível identificar efeitos ou, então, o não se propunha a avaliá-los, visto tratar-se de revisões ou análises jurídicas. Para a maioria dos estudos, foi possível identificar efeitos positivos do PMM nas mais diversas áreas. Em nenhum dos artigos analisados houve predomínio de resultados negativos (OPAS, 2017).

Os principais temas tratados pelos estudos foram: equidade, efetividade, formação profissional, implementação, práticas e processo de trabalho, abordagem midiática, análise política e outros temas (percepção/satisfação de médicos intercambistas, infraestrutura das unidades de saúde), focados, principalmente, sobre a análise do provimento emergencial (OPAS, 2017).

Os resultados referentes à **provisão e distribuição de profissionais** foi um dos temas mais abordados nos estudos sobre o PMM, que indicaram diversos aspectos positivos como: o aumento da relação médico/habitante em áreas negligenciadas como rurais, quilombolas, abaixo da linha da pobreza, distantes dos grandes centros e DSEI (Pereira et al., 2016, Nogueira et al., 2016; e Mendonça et al., 2016); a diminuição do número de municípios com escassez de médicos na APS (Girardi et al., 2016) e redução da carência de médicos nas regiões Norte e Nordeste (Girardi et al., 2016 e Oliveira et al., 2016); constatação de convergência de investimentos entre diferentes programas direcionados para a APS - PMM, PMAQ-AB e Requalifica UBS – (Giovannella et al., 2016), o que fortalece as possibilidades de modificação efetiva na qualidade da atenção prestada no âmbito desse nível do sistema. (Pereira et al., 2016; Girardi et al., 2016; Giovannella et al., 2016; Soares Neto et al., 2016; Oliveira et al., 2016; Nogueira et al., 2016; e Mendonça et al., 2016).

Os estudos apontaram relações assimétricas e conflitantes, presentes em todas as etapas, na **implementação do PMM**, especificamente em relação aos médicos cubanos, mesmo antes do início das atividades (Macedo et al., 2016; Mota e Barros, 2016; Sousa e Silva, 2015). Os estudos identificaram resistências das instituições representantes da categoria médica e curso de medicina, interesses político partidários e ideológicos conflitantes, baixo apoio da Secretaria Estadual de Saúde, cumprimento parcial da contrapartida municipal e caráter vertical da relação entre Ministério da Saúde, estados e municípios na implementação do PMM. Também foi identificado apoio de instâncias como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), importante para a articulação do PMM no nível local.

Problemas estruturais da APS e da rede de atenção à saúde também afetaram as ações desenvolvidas pelas equipes com profissionais do PMM. Ainda assim, os resultados indicaram que o Programa contribuiu para a estruturação da APS, sobretudo nos municípios de menor porte, permitindo a fixação de médicos, estimulando a Educação Permanente, a organização do processo de trabalho e a troca de experiências, além das manifestações explícitas de apoio popular, melhoria do acesso a serviços médicos e valorização e realização

de atividades de promoção da saúde, bem como atendimento mais humanizado (OPAS, 2017).

A análise das **práticas e processos de trabalho** indica que os profissionais do PMM realizavam menos da metade dos procedimentos avaliados, embora relatassem saber fazer um número bem maior (Girardi et al., 2016). Os principais motivos para a não realização relacionavam-se a deficiências de infraestrutura e falta de materiais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), indicando a necessidade de convergência de programas e ações como o Requalifica-UBS. A inovação nas práticas realizadas foi outra constatação dos estudos, com o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, práticas clínicas diferenciadas, participação dos médicos no planejamento das agendas, fortalecimento das relações de equipe e articulação entre os profissionais, além do estabelecimento de vínculo com os usuários.

A **efetividade do PMM** foi analisada por alguns estudos (Gonçalves et al., 2016; Carrer et al., 2016; Mendonça et al. 2016), embora seja curto o espaço de tempo de implementação. Em estudo que buscou adaptar metodologia para análise de sistemas de saúde orientados pela APS, observou-se melhoria nos escores em municípios após implantação do PMM, principalmente em relação ao aumento da cobertura da ESF, maior presença de médicos na APS, aumento de gastos com assistência farmacêutica, adscrição da população aos serviços de atenção básica, ampliação da rede de serviços por meio de unidades de pronto-atendimento e aumento da oferta de residência em MFC. A análise das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – diarreia e gastroenterite infecciosa – comparando-se as médias de internação com a taxa de médicos/hab., tendo como unidade de análise o estado, apontou redução da média de internações por diarreia e gastroenterite, com expressivo declínio nos últimos dois anos, em comparação ao ritmo de redução de todas as condições sensíveis no período de 2008 a 2014, sugerindo influência do PMM.

Na análise da efetividade do PMM considerou-se, também, a percepção e satisfação dos usuários. Os resultados dos estudos mostraram avaliações positivas, justificadas pela ampliação do acesso, qualidade e resolubilidade dos cuidados médicos recebidos, embora tenham destacado a persistência de barreiras no acesso aos demais serviços de saúde. A atuação dos médicos cubanos foi bem avaliada, com ênfase na relação médico-usuário humanizada, caracterizada pela escuta, atenção e diálogo (OPAS, 2017).

O PMM teve como um dos seus objetivos prover **atenção à saúde a populações vulneráveis**, residentes, muitas vezes, em localidades de difícil acesso e precárias condições sanitárias. O

estudo de Pereira et al. (2015) em comunidades quilombolas, identificou resultados positivos no que diz respeito à garantia de acesso à saúde nas comunidades estudadas. Esse acesso foi traduzido em ampliação da frequência de usuários nas unidades de saúde, em maior facilidade no agendamento de consultas, na ampliação de visitas domiciliares, entre outras questões. A inovação nas práticas realizadas foi outra constatação do estudo, com o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, práticas clínicas diferenciadas, participação dos médicos no planejamento das agendas, fortalecimento das relações de equipe e articulação entre os profissionais além do estabelecimento de vínculo com os usuários.

Em relação à **formação de profissionais para atuação na APS** poucos foram os estudos voltados a esta temática (Silva Junior et al., 2016; Thumé et al., 2016). Observa-se tendência crescente de privatização da graduação médica, com novas vagas criadas, principalmente, em instituições privadas em todas as regiões do país. A análise textual dos Trabalhos de Conclusão de Curso do PMM, sobre o processo de aprendizagem vivenciado permitiu observar que, apesar da obrigatoriedade de aperfeiçoamento no âmbito do PMM, ter participado da especialização permitiu ampliação do conhecimento sobre os princípios e diretrizes do SUS, fortalecimento do trabalho das equipes e melhoria da prática clínica, mesmo para profissionais experientes. Identificou-se, ainda que secundariamente, problemas de infraestrutura relacionados à conectividade.

### **Proposições estratégicas para a melhoria do PMM**

O PMM foi desenhado como uma política voltada para o fortalecimento da APS, pretendendo conferir materialidade ao direito à saúde e ao acesso universal e com qualidade. Foi concebido, portanto, como um projeto articulado ao sistema público, incorporando as diretrizes fundamentais do SUS e do modelo de organização da atenção básica. O preenchimento de vazios assistenciais, mediante o provimento de médicos, constitui-se em um dos eixos do Programa, incapaz de, isoladamente, alterar as condições materiais da oferta de serviços de APS no cenário nacional.

Nessa perspectiva, cabe destacar o fortalecimento das ações no âmbito da APS nos contextos de implantação do PMM, bem como seu potencial para consolidar formas inovadoras de produção da saúde e do cuidado, reforçando modelos de atenção alternativos, como os de vigilância da saúde ou da clínica ampliada. Isto porque, em várias experiências, se observou o incremento ao desenvolvimento de práticas de promoção e prevenção, e uma nova forma de

produzir o cuidado em saúde. Tais contribuições são muito bem vindas, na medida em que reforçam princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família, forma de organização prioritária da APS no Brasil.

Por outro lado, alguns estudos também apontaram tendências que podem apresentar, a médio prazo, conflitos com um processo mais radical de reorganização do sistema de saúde no país. O reforço à privatização do ensino médico e a perpetuação da alocação de médicos do PMM em áreas de difícil acesso podem significar o ajuste do PMM a um sistema fragmentado, que não se integra com as redes de atenção, que reforça o modelo biomédico e a medicalização, e que, portanto, abre brechas para uma conformação diferente da perspectiva de um sistema universal público de saúde. Tais questões precisam ser consideradas no acompanhamento da política, no seu processo de reformulação e na agenda de pesquisa a ser implementada.

Além do número insuficiente de médicos atuando na APS e da desigual distribuição, a formação e qualificação representa um dos maiores desafios para o SUS e uma das medidas mais estruturantes, capaz de fornecer uma base sustentável para manutenção e continuidade das mudanças viabilizadas a partir do PMM.

O incremento do escopo das práticas das equipes de APS e intercâmbio de experiências promovidas pelo PMM também constitui campo de investimentos e esforços para o aprimoramento do Programa e da atenção básica. Os estudos demonstram a necessidade de convergência de programas no âmbito da APS de modo a dar sustentação ao desenvolvimento das práticas sanitárias que envolvam a participação de outros profissionais, e sobretudo, de políticas para garantia de infraestrutura das UBS. Condições inadequadas foram as principais causas para a não realização de procedimentos, atividades e ações de APS pelos médicos do PMM, mesmo estando capacitados para realizar escopo mais amplo. Neste sentido, o conteúdo e regularidade das práticas desenvolvidas pelos profissionais do PMM é um componente fundamental para alcance de uma APS resolutiva e capaz de contribuir para a integralidade do cuidado.

Os estudos também mostram desafios para aprimoramento da provisão emergencial de médicos. Questões críticas como indícios da alocação de médicos em equipes de Saúde da Família existentes sugerem efeitos complementar e substitutivo. Observou-se grande número de municípios que aderiu e não atendia aos critérios de elegibilidade do PMM, enquanto outros que atendiam, não aderiram. Os estudos apontam manutenção de iniquidades distributivas para determinadas regiões (Norte e Nordeste) e municípios (de menor porte) e

menor participação de UBS com pior infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, o que exige políticas que contemplem os municípios com menor capacidade de gestão para adesão aos programas federais.

A efetividade do PMM deve ser investigada a fim de aprofundar algumas evidências dos impactos do Programa sobre os indicadores de saúde, ainda pouco conclusivas, além de se elucidar possíveis efeitos para a organização das redes nas regiões de saúde e mudanças no paradigma do modelo de atenção à saúde. Esse tipo de análise ficou limitado em função do pouco tempo de existência do Programa.

Por fim, destaca-se que a redução das desigualdades vincula-se também a outros objetivos para além da provisão de médicos, embora fundamental, visto que não se trata, simplesmente, de assegurar a oferta de atendimento em moldes tradicionais, mas, antes, favorecer e fortalecer a mudança do modelo de atenção à saúde, ou seja, a superação de paradigmas assistenciais tradicionais baseados na oferta-demanda, em consonância com os pressupostos da Estratégia Saúde da Família, expressamente definidos nas diferentes edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Pode-se afirmar que, até o ano de 2016, a PNAB elegeu a ESF como principal modelo de oferta de serviços de saúde no âmbito da atenção primária (Brasil, 2006; Brasil, 2012). De fato, a ESF continua sendo a principal aposta do movimento da reforma sanitária brasileira, “*para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias*” (Giovanella, 2018) e o Programa Mais Médicos foi desenhado com o intuito de fortalecer a APS no país.

## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)>. Acesso em: 9 jun. 2016.



CAMPOS, C.V.A., MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n.2, p.347-68, 2008.

CARRER, A. et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no Oeste do Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2845-2856, 2016.

CARVALHO, M., SANTOS, N.R., CAMPOS, G.W.S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

DAL POZ, M.R. A crise da força de trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n.10, p. 1924-1926, 2013.

GIRARDI, S.N, PIERANTONI C.R., DAL POZ, M. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em Saúde. In: A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. 22.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.157-68, 2012.

GIRARDI, S.N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2673-2682, 2016.

GIRARDI, S.N. et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2737-2746, 2016.

GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.9; p. 2695-2706, 2016.

GIOVANELLA, L. Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2017 out-dez.; 11(4) | [www.reciis.icict.fiocruz.br] [capturado em 8 de março de 2018]

GONÇALVES, R.F. et al. Programa Mais Médicos para o Brasil no Nordeste: avaliação das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2811-2820, 2016.

MACEDO, A.S. et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cadernos EBAPE*, Rio de Janeiro, v.14 (ed.esp), p.593-618, 2016.

MAGNO, L.D.; PAIM, J.S. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 9, v. 4, p. 1-14, 2015.

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*, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2867-2874, 2016.

MENDONÇA, F.F. et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2903-2911, 2016.

- MOTA, R.G., BARROS, N.F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p.2879-2888, 2016.
- NOGUEIRA, P.T.A. et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.9, 2885-2894, 2016.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da produção científica. Brasília, OPAS, 2017.
- PEREIRA, L.L., SILVA, H.P., SANTOS, L.M.P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades Quilombolas. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as*, v. 7, n. 16, p. 28-51, 2015.
- RIBAS, A.N. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas. Brasília, Universidade de Brasília - Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) /Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional (PPGDSCI) 2016 [Dissertação de Mestrado]
- SCHEFFER, M., coordenador. Demografia médica no Brasil. Cenários e indicadores de distribuição. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)*, Conselho Federal de Medicina (CFM), v. 2, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da faculdade de Medicina da USP, 2013.
- SILVA JUNIOR, A.G. et al. Oferta de vagas de graduação e residência médicas no estado do Rio de Janeiro a partir do Programa Mais Médicos (2013-2015). *Revista Eletrônica Gestão & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 10, n. 26, p.1347-1359, 2016.
- 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*, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2707-2716, 2016.
- THUMÉ, E. et al. Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2803-2810, 2016.