



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2635>

Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática

Effects of the Mais Médicos Program on Primary Health Care and its impacts on health: a systematic review

Efectos del Programa Más Médicos en la Atención Primaria y sus impactos en la salud: una revisión sistemática

João Paulo Alves Oliveira¹ Christina Pacheco²
Fábio Adriano Queirolo Taves³ Jessyka Mary Vasconcelos Barbosa⁴
Leonor Maria Pacheco Santos⁵

¹ Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Brasília, DF, Brasil. joaopaulo.aoliveira@gmail.com

² Universidade Federal da Paraíba, Centro de Biotecnologia, Departamento de Biologia Celular e Molecular, João Pessoa, Brasil. christinaosvaldo@yahoo.com.br

³ Instituto Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil. fabioqueirolo@yahoo.com.br

⁴ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, Brasil. jessykamary@yahoo.com.br

⁵ Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Brasília, DF, Brasil. leopac@unb.br

Resumo

A distribuição de médicos no Brasil é marcada por desigualdades, prejudicando o acesso integral e universal à saúde, base do Sistema Único de Saúde. O Programa Mais Médicos atingiu o auge do provimento emergencial em 2016, com 18.088 médicos em 4.509 municípios, uma das maiores intervenções desse tipo no mundo. Realizou-se uma revisão sistemática para reunir evidências dos efeitos do Programa na Atenção Primária à Saúde e impactos na saúde da população atendida. Extraíram-se 570 estudos, e a seleção final incluiu 32 artigos. Quanto aos efeitos do Programa, verificaram-se rápida expansão na cobertura e melhoria na integralidade e humanização da Atenção Primária à Saúde e impacto significativo nas internações por condições sensíveis a essa atenção, reduzindo aproximadamente 23 mil internações em três anos e poupando R\$ 30 milhões para o Sistema Único de Saúde. Identificaram-se também pontos prejudiciais ao impacto potencial do Programa: desvios na focalização, mudanças nos critérios de prioridade e substituição indevida de médicos já contratados por outros do Programa Mais Médicos, além da ruptura causada pela saída de 8.500 médicos cubanos em novembro de 2018. Estima-se que o relançamento do Programa em 2023, sobretudo com base em evidências já existentes, promoverá a continuidade dos seus progressos.

Palavras-chave Programa Mais Médicos; atenção primária à saúde; revisão sistemática; distribuição de médicos; sistemas de saúde.

Como citar: OLIVEIRA, João P. A. *et al.* Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 22, 2024, e02635249. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2635>

Recebido: 14/11/2023
Aprovado: 21/03/2024



Abstract

The distribution of doctors in Brazil is marked by inequalities, impairing integral and universal access to health, the basis of the Unified Health System. The Mais Médicos Program reached the peak of emergency provision in 2016, with 18,088 doctors in 4,509 municipalities, one of the most significant interventions of its kind in the world. A systematic review was conducted to gather evidence of the Program's effects on Primary Health Care and impacts on the health of the population served. 570 studies were extracted, and the final selection included 32 articles. Regarding the effects of the Program, there was a rapid expansion in coverage and improvement in the comprehensiveness and humanization of Primary Health Care and a significant impact on hospitalizations due to conditions sensitive to this care, reducing approximately 23,000 hospitalizations in three years and saving R\$30 million for the Unified Health System. Points that were detrimental to the potential impact of the Program were also identified: deviations in focus, changes in priority criteria, and improper replacement of doctors already hired by others from the Mais Médicos Program, in addition to the rupture caused by the departure of 8,500 Cuban doctors in November 2018. It is estimated that the relaunch of the Program in 2023, mainly based on existing evidence, will promote the continuity of its progress.

Keywords Mais Médicos Program; primary health care; systematic review; distribution of physicians; health systems.

Resumen

La distribución de médicos en Brasil se caracteriza por las desigualdades, lo que perjudica el acceso pleno y universal a la asistencia sanitaria, base del Sistema Único de Salud. El Programa Más Médicos ha alcanzado el pico de prestación de emergencia en 2016, con 18.088 médicos en 4.509 municipios, una de las mayores intervenciones de este tipo en el mundo. Se llevó a cabo una revisión sistemática para reunir pruebas de los efectos del Programa de Atención Primaria y su repercusión en la salud de la población beneficiada. Se extrajeron 570 estudios y la selección final incluyó 32 artículos. En cuanto a los efectos del Programa, hubo una rápida expansión de la cobertura y una mejora de la integralidad y humanización de la Atención Primaria de Salud y un impacto significativo en las hospitalizaciones por afecciones sensibles a esta atención, reduciendo aproximadamente 23.000 hospitalizaciones en tres años y ahorrando 30 millones de reales al Sistema Único de Salud. Además, se identificaron puntos que perjudicaron el impacto potencial del Programa: desviaciones en la focalización, cambios en los criterios de prioridad y sustitución indebida de médicos ya contratados por otros del Programa Mais Médicos, así como la ruptura causada por la salida de 8.500 médicos cubanos en noviembre de 2018. Se estima que el relanzamiento del Programa en 2023, especialmente sobre la base de la evidencia existente, promoverá su progreso continuo.

Palabras clave Programa Más Médicos; atención primaria de salud; revisión sistemática; distribución de médicos; sistemas de salud.

Introdução

A determinação social da saúde afeta diretamente a qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades que, por sua vez, pode ser modulada por políticas sociais, econômicas, culturais e ambientais, bem como pelo modelo político adotado. A garantia do direito à saúde representa o compromisso com a justiça social da nação e revela como o país busca promover direitos sociais com equidade entre os distintos grupos da sociedade, principalmente aqueles em situação de desigualdade acentuada (Brasil, 1988; Carrapato, Correia e Garcia, 2017).

Compreende-se que as condições sociais constituem a base do padrão sanitário de um povo, assim como a posição social de cada indivíduo dentro da sociedade irá determinar a sua própria saúde. Historicamente, foi possível observar que quem mais sofreu os efeitos negativos das principais crises sanitárias ocorridas foram os grupos com as piores condições sociais de vida (Fleury-Teixeira, 2009).

É essencial formular e implementar políticas públicas de saúde que considerem as especificidades dos diferentes grupos de indivíduos em face dos seus direitos (Braveman e Gruskin, 2003). A oferta de

serviços de saúde de acesso universal constitui fator essencial na determinação social da saúde, além de ser uma garantia constitucional (Brasil, 1988). E, sob essa perspectiva, ganha importância a capacidade de oferta suficiente de profissionais de saúde para viabilizar a atenção ao cuidado.

No Brasil, áreas rurais, remotas e periferias de grandes centros urbanos, marcadas por fortes desigualdades sociais, encontram muita dificuldade de prover profissionais para o trabalho em saúde, sobretudo médicos (Campos, Machado e Girardi, 2009).

A distribuição de médicos reproduz a marca das diferentes e enormes desigualdades regionais. Trata-se de uma limitação objetiva na promoção da universalização do direito à saúde, conforme os imperativos do Sistema Único da Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, cujas diretrizes se apoiam na universalização, integralidade e equidade (Brasil, 1988; Scheffer, 2013).

O estudo *Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição* (Scheffer, 2013) demonstrou a concentração de médicos no setor privado e classificou as regiões brasileiras segundo a maior razão de médicos por mil habitantes que prestavam serviços ao SUS: Sudeste (1,35/mil hab.); Sul (1,21/mil hab.), Centro-Oeste (1,13/mil hab.), Nordeste (0,83/mil hab.) e Norte (0,66/mil hab.). Segundo o mesmo estudo, o Brasil em 2013 apresentava densidade de 1,85, cifra baixa se comparada ao Canadá (em 2015, 2,54), ao Reino Unido (em 2016, 2,83) e à Austrália (em 2015, 3,50) (World Health Organization, 2018).

Para fins de comparação internacional, o parâmetro usado foi de no mínimo um médico a cada mil habitantes. Em 2013, apenas 823 municípios brasileiros apresentavam um ou mais médicos por mil habitantes e, por outro lado, em 374 municípios havia menos de 0,1 médico por mil habitantes (Scheffer, 2013). O diagnóstico situacional demonstrou notadamente onde se encontravam os vazios assistenciais, compreendendo nova evidência das desigualdades regionais do Brasil. Devido ao agravamento dessa situação, houve uma articulação política reivindicatória da Frente Nacional de Prefeitos com a Presidência da República, mediada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), que se somou às fatídicas manifestações de junho de 2013 (Oliveira, Sanchez e Santos, 2016).

Nesse contexto, o governo federal instituiu o Programa Mais Médicos (PMM) por medida provisória, em julho de 2013, convalidado por meio da lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013 (Brasil, 2013). O Programa foi concebido para atuar em três eixos: infraestrutura, envolvendo reforma e construção das unidades básicas para garantir a estrutura necessária; readequação e expansão da formação médica por meio de novas diretrizes curriculares, além de aumentar, descentralizar e interiorizar a oferta de vagas em cursos de Medicina; e provimento emergencial de médicos para suprir a demanda imediata em municípios prioritários (Santos et al., 2019).

Entre 2013 e 2017, ao todo o PMM contratou 35.060 médicos em atividade nos territórios, sendo 72,8% estrangeiros. O auge do provimento emergencial aconteceu em 2016, quando havia 18.088 médicos atuando em 4.509 municípios (Hone et al., 2020), o que pode ser considerada a maior e mais duradoura intervenção desse tipo no mundo (Santos et al., 2018). No entanto, em 14 de novembro de 2018, interrompeu-se a cooperação técnica existente entre Brasil e Cuba que, por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), viabilizava a atuação de boa parte dos médicos estrangeiros no PMM. Essa foi uma resposta do governo de Cuba a inúmeras declarações do então presidente eleito, que questionava a qualificação dos médicos cubanos. Rapidamente, deixaram o país cerca de 8.500 médicos estrangeiros cooperados envolvidos na cobertura à saúde de 29 milhões de brasileiros residentes nos locais mais vulneráveis do país, além de indígenas dos 34 Distritos Sanitários Especiais (Santos et al., 2018; Santos et al., 2019).

Desde então, lançaram-se diversos editais de seleção de médicos para o PMM, mas sem muito sucesso, uma vez que em abril de 2019 ainda havia quase 2 mil vagas não preenchidas (Maffioli et al., 2019). Em dezembro de 2019, no intuito de substituir o PMM, o governo federal à época lançou o chamado Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), que seria gerido por um serviço social autônomo, denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) (Cury e Fonseca, 2023).

Contudo, o PMpB só publicou o seu primeiro edital em abril de 2022, e nunca alcançou uma cobertura tão expressiva como a verificada durante os anos de maior investimento no PMM. Cabe ressaltar que, em 2020, a situação de saúde agravou-se pela pandemia da covid-19, que causou a morte de mais de 700 mil brasileiros, sobretudo dos mais vulneráveis, residentes de áreas pobres das grandes cidades e suas regiões metropolitanas, além de áreas rurais e remotas, que foram os mais afetados pelo estrangulamento do programa.

É pouco conhecido e reconhecido o papel dos médicos cubanos remanescentes no Brasil durante a pandemia (Nascimento, 2022a; Prazeres, 2020; Zylberkan e Gonçalves, 2020). O Ministério da Saúde recontratou 523 profissionais cubanos, e o estado do Pará recrutou outros 400 dentre aqueles que se desligaram do Mais Médicos, mas ainda viviam no Brasil. No Pará, não havia profissionais médicos em número suficiente para prestar atendimento nos dois mil leitos criados para pacientes com covid-19. Depois do pico da pandemia, o governo estadual estimulou prefeituras paraenses a contratar mais médicos cubanos, mas o poder judiciário, acionado pelo Conselho Federal de Medicina, não permitiu (Nascimento, 2022a).

Em junho de 2023, o atual governo do Brasil realizou o relançamento do Programa Mais Médicos por meio da medida provisória n. 1.165 de 2023, convertida na lei n. 14.621. O principal objetivo foi retomar as ações efetivas para a redução da carência de médicos, principalmente em regiões remotas, rurais e pobres, fortalecer a fixação desses profissionais e formar especialistas para o SUS (Cury e Fonseca, 2023).

A versão inicial do Programa Mais Médicos, criado em 2013, foi uma estratégia que despertou muito interesse entre pesquisadores brasileiros e estrangeiros, resultando em centenas de estudos publicados tanto no Brasil como no exterior, gerando evidências científicas robustas. Portanto, este estudo objetivou realizar uma revisão sistemática rápida, sintetizando evidências científicas sobre os efeitos do Programa Mais Médicos na APS e seus impactos na saúde, de modo a amparar as decisões na retomada do PMM pelo governo do Brasil, bem como subsidiar novas pesquisas de investigação do programa.

Metodologia

No período de junho a agosto de 2023, conduziu-se uma revisão sistemática rápida (RSR) de acordo com o guia da Cochrane Collaboration (Garritty et al., 2020) e a declaração “Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises – PRISMA” (Tricco et al., 2018). A revisão rápida é uma proposta metodológica para sintetizar o conhecimento de uma temática específica de forma mais rápida do que a proposta PRISMA, e a aceleração desse processo se dá pela simplificação de algumas etapas previstas na revisão sistemática tradicional.

Inicialmente, desenvolveu-se o protocolo da RSR que se encontra registrado no Open Science Framework (OSF) (Oliveira et al., 2023). A execução do protocolo, como de praxe, envolveu o cumprimento das seguintes etapas: pesquisa padronizada nas bases de buscas tradicionais no período de 2013 a 2023; ordenação por relevância ou *best match* pelo Rayyan; unificação das listas de artigos encontrados; leitura do título; avaliação independente de resumos por dois revisores; leitura dos artigos completos para verificar a elegibilidade dos estudos; busca de referências relevantes citadas nos artigos pesquisados; resolução das divergências existentes entre os revisores por consenso ou por um terceiro revisor; e extração, tabulação, ordenação e elaboração de um resumo narrativo dos dados encontrados. Assim como recomendado pela Cochrane Collaboration (Garritty et al., 2020), gestores foram consultados para contribuir com o desenvolvimento da pergunta de pesquisa.

Os critérios de elegibilidade dos estudos foram análises da população atendida pela APS nos territórios dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) e gestores do SUS, antes e após a intervenção de interesse, que é o Programa Mais Médicos. Os desfechos definidos para análise foram distribuição de médicos, cobertura da Atenção Primária à Saúde, indicadores de atendimento

à saúde quali e quantitativos, indicadores de saúde e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) (Brasil 2008).

Os critérios de inclusão e exclusão dos estudos atenderam aos critérios de elegibilidade supramencionados, assim como à abrangência de análise e resultados do contexto nacional ou estadual. Incluíram-se estudos com abordagens locais caso tenham sido desenvolvidos com populações que viviam em contexto de maior vulnerabilidade, como as rurais, indígenas e quilombolas. Também foram incluídos artigos escritos em português, inglês, espanhol e francês.

Entre os critérios de exclusão, destacam-se estudos de caso ou relatos de casos locais, exceto aqueles que focaram em populações rurais, indígenas ou quilombolas. Para essa RSR, não se consideraram estudos que trouxessem informações na área da educação médica ou documentos de literatura cinza, assim como *preprints*.

As buscas foram realizadas nas bases de dados em saúde PubMed Central, LILACS e SciELO em junho de 2023 considerando o período de publicação de 2013 a 2023. Elas foram feitas pelo termo 'Mais Médicos', que usualmente aparece no título ou resumo de produções em português relacionadas ao programa. Portanto, como chave de busca dos artigos em inglês empregou-se o termo 'More Doctors' que, após ser testada, mostrou-se discriminatória.

Ademais, utilizou-se uma ferramenta especializada na captura de textos acadêmicos de acesso aberto chamada OA.mg (2023) e uma lista prévia de 21 artigos publicados por pesquisadores da UnB. Buscaram-se, ainda, referências relevantes por meio de *links* como 'related articles', 'cited by' e 'similar articles', dependendo da disponibilidade nas bases de dados, inseridas em uma lista de artigos denominada 'Referências adicionais'.

Incluíram-se todas as publicações identificadas nessa fase de buscas na plataforma inteligente de pesquisa colaborativa, conhecida como Rayyan. Ela possibilita dar celeridade à triagem inicial de resumos e títulos por meio de um processo de semiautomação, unificando as listas de artigos encontrados sem duplicatas e permitindo a revisão simultânea por mais de um pesquisador (Ouzzani et al., 2016).

Inicialmente, dois pesquisadores selecionaram os artigos de forma independente pelo seu título e resumo. Realizou-se a leitura na íntegra dos artigos considerados relevantes para verificar se todos se enquadravam nos critérios de elegibilidade do estudo. Registraram-se os motivos de exclusão. As divergências existentes entre os revisores foram sanadas por consenso ou por um terceiro revisor.

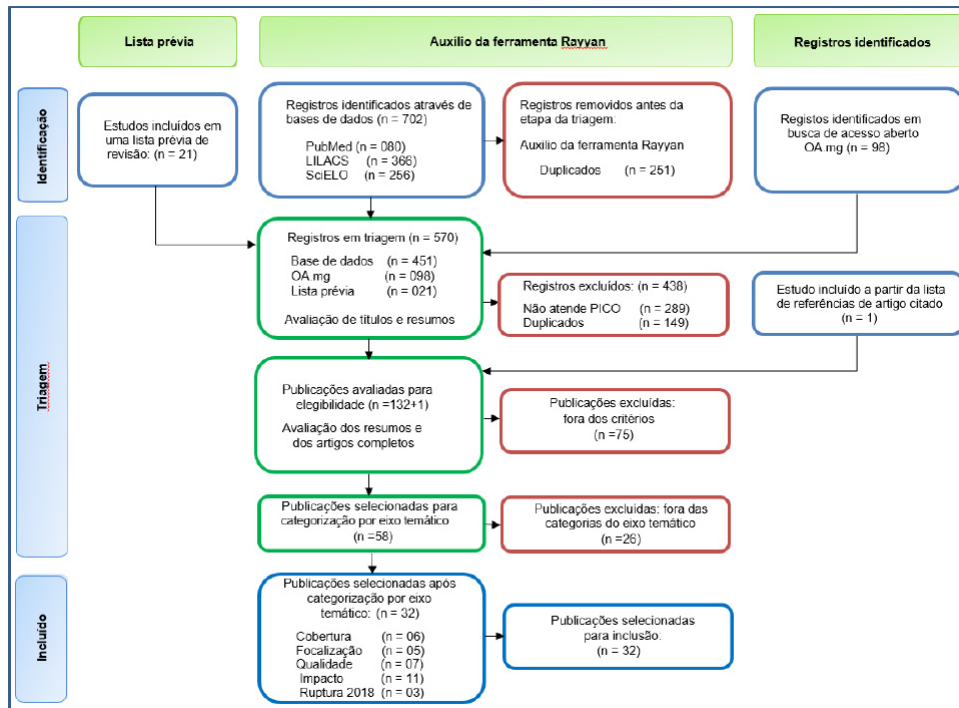
Os artigos foram inicialmente categorizados de acordo com os seguintes eixos temáticos: Cobertura, Focalização, Qualidade da Atenção à Saúde, Avaliação do Impacto e Efeitos da Ruptura em 2018. Para o eixo temático de impacto, consideraram-se apenas estudos que empregaram métodos robustos na avaliação de impacto, como estudo quase experimental, pareamento por escore de propensão, diferenças em diferenças, séries temporais interrompidas ou *Coarsened Exact Matching*.

Em seguida, extraíram-se as seguintes informações dos estudos: ano de publicação; local do estudo; métodos; período de coleta dados; unidade amostral ou população alvo; e principais resultados. Com relação aos aspectos éticos, informa-se que nos termos do inciso IV do artigo 26 da resolução CNS n. 674, de 6 de maio de 2022, pesquisas dessa natureza estão dispensadas de apreciação pelo Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Resultados e discussão

Inicialmente, extraíram-se 702 registros nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO (Figura 1). Com os resultados ordenados por relevância e *best match*, os artigos coletados foram inseridos na ferramenta *web* Rayyan (Ouzzani et al., 2016). Ela identificou 251 referências duplicadas, que foram excluídas, bem como de modo semiautomatizado auxiliou na triagem inicial dos resumos e títulos.

Figura 1 – Fluxo do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos para análise, 2023.

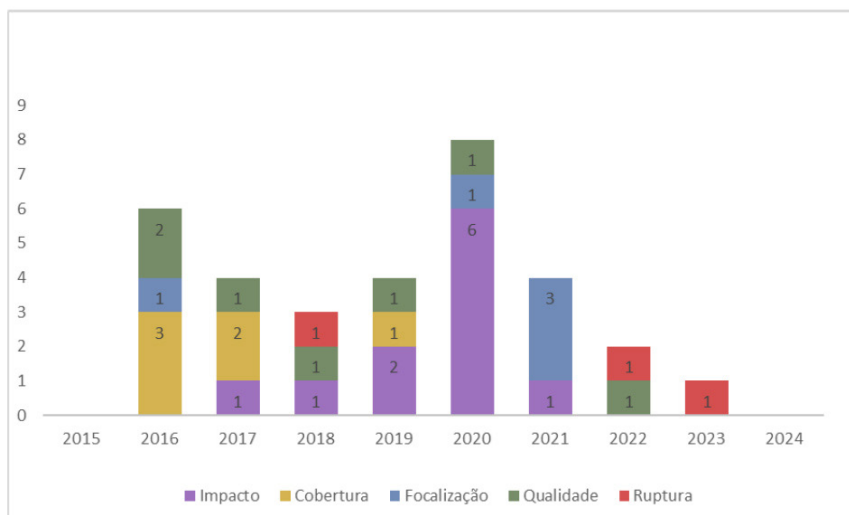


Fonte: Elaborada pelos autores 2023.

A unificação dos resultados provenientes da busca nas bases de dados, na OA.mg e na lista prévia totalizaram 570 artigos, que passaram pela triagem inicial e foram avaliados de acordo com os critérios de elegibilidade descritos. Uma vez concluída essa etapa, surgiu uma lista de 132 artigos para leitura completa do texto. Uma nova referência foi juntada a partir da lista de referências bibliográficas de um dos artigos lidos por completo, passando a totalizar 133 manuscritos (Figura 1).

Ao final da fase de leitura completa, selecionaram-se 58 artigos, conforme os critérios estabelecidos. Nesse momento, os artigos listados passaram pela categorização nos cinco temas considerados oportunos ao objeto em estudo. Após esse agrupamento, 32 artigos foram classificados nos cinco eixos temáticos: Cobertura, Focalização, Qualidade da Atenção à Saúde, Avaliação do Impacto e Efeitos da Ruptura em 2018. A Figura 2 ilustra a data de publicação dos 32 artigos segundo os temas estudados.

Figura 2 – Estudos incluídos na análise segundo o ano da publicação e os eixos temáticos, 2023.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

Os eixos temáticos escolhidos para a categorização dos artigos selecionados e a apresentação dos resultados foram definidos com base em elementos de interesse para o SUS e no alcance dos objetivos do programa, bem como por se relacionarem com o aprimoramento das políticas públicas de saúde. O Quadro 1 apresenta dados e informações que caracterizam cada um dos artigos selecionados e os resultados de destaque, identificados durante a leitura completa. Neste Quadro foram sinalizados/semforizados os resultados positivos ou não (● Resultados desejados, para contrastar com ● Resultados indesejados).

Quadro 1 – Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde e seus impactos na saúde, Brasil, 2013-2023.

Título, autor e ano de publicação	Local do estudo	Métodos Período de coleta de dados	Unidade amostral ou população-alvo	Principais resultados
Síntese de evidências sobre a COBERTURA do Programa Mais Médicos 2013-2023				
Influence of the Mais Médicos (More Doctors) Program on health service access and use in Northeast Brazil (Gonçalves, 2019)	Região Nordeste 896 municípios	Pesquisa avaliativa: acesso e utilização de serviços de saúde. (Coleta: 2013-2015)	Municípios	<ul style="list-style-type: none"> ● Após PMM: mediana da proporção de cobertura de Equipes de Saúde da Família (eSF) aumentou de 89,2% para 95,3%; já nos municípios com menos de 20.000 habitantes a cobertura de eSF ficou próxima a 100% após o PMM. ● O quantitativo de consultas médicas realizadas aumentou 19,2% a partir do PMM.
A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros (Miranda, 2017)	Brasil 5.570 municípios	Estudo ecológico descritivo analisou a evolução anual de equipes em dezembro de cada ano. (Coleta: 2012-2015)	Equipes de Saúde da Família Usuários do SUS	<ul style="list-style-type: none"> ● Após PMM a cobertura média da eSF passou de 89% para 98% em municípios pequenos (<30 mil hab.) e de 30% para 34% em municípios >1 milhão hab. ● Substituição indevida de 57,3% das antigas eSFs (de 2012) por equipes PMM. ● Substituição indevida maior nas regiões Centro-Oeste (68,0%) e Nordeste (63,7%). ● Redução de interações ICSAP de 9,1% no Brasil entre 2012 e 2015; as maiores reduções de ICSAP no período foram na Região Norte (21,0%) e no Centro-Oeste (19,1%).
Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião (Fontão e Pereira, 2017)	Brasil 34 DSEI (Distritos Sanitários Especiais Indígenas)	Estudo descritivo com indígenas atendidos no DSEI por equipes de saúde com médicos do PMM. (Coleta: 2015)	Indígenas de 43 grupos étnicos diferentes (n=613)	<ul style="list-style-type: none"> ● PMM atendeu os 34 DSEI com 399 médicos; aumento de 79% n° médicos em 2 anos. ● Antes do PMM não havia médico na equipe de saúde indígena: 47%. ● Satisfeitos ou muito satisfeitos com o trabalho dos médicos do PMM: 93,1%. ● Não havia dificuldade em se comunicar com médicos estrangeiros: 79,4%. ● Percepção positiva sobre PMM nas comunidades indígenas, nota média (0 a 10): 8,7. ● Além do médico, os indígenas buscavam terapias tradicionais: 61,5%.
Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote, and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014 (Pereira et al., 2016)	Brasil 3.785 municípios inscritos no PMM	Estudo descritivo da distribuição e alocação de médicos do PMM em áreas rurais remotas e população vulnerável. (Coleta: 2013-2014)	Municípios Médicos Indígenas Quilombolas	<ul style="list-style-type: none"> ● 14.462 médicos alocados em 3.785 municípios, sobretudo em áreas rurais e remotas, comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas e áreas urbanas vulneráveis. ● Todos os 34 DSEI foram incluídos no PMM e receberam 294 médicos no 1º ano. ● Redução de 374 para 95 municípios com menos de 0,1 médicos/mil hab. ● Mais de 30% dos municípios com população quilombola das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste receberam mais do que um médico/mil hab.
Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil (Nogueira et al., 2016)	Região Nordeste 1.294 municípios 6 DSEI	Estudo descritivo da distribuição de 4.716 médicos do PMM na Região Nordeste. (Coleta 2013-2014)	Municípios Médicos	<ul style="list-style-type: none"> ● Os principais beneficiários foram os municípios classificados pelo Ministério da Saúde como abaixo da linha de pobreza, com 63% dos médicos alocados na região Nordeste. ● A razão médico/mil hab. passou de 1,23 (2012) para 1,34 (dez. 2014) (aumento 0,11). ● Lacuna no atendimento do PMM no semiárido do PI, apesar da alta vulnerabilidade. ● Os autores sugerem que municípios cuja população esteja evidentemente necessitada de médicos devem ter a inscrição tornada obrigatória pelos gestores do PMM.

Continua>>

Quadro 1 – Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde e seus impactos na saúde, Brasil, 2013-2023. Continuação.

Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde (Girardi et al., 2016)	Brasil 3.755 municípios inscritos no PMM	Estudo descritivo sobre a oferta de médicos usando o Índice de Escassez de Médicos na APS. (Coleta: 2013-2015)	Municípios Médicos	<ul style="list-style-type: none"> ● O número de municípios com escassez de médicos reduziu de 1.200 para 777, uma queda de 33,3%. ● A região Norte apresentou a melhora mais acentuada na escassez, de 48% para 31%, enquanto no Nordeste melhorou de 25,1% para 18,1%. ● Regiões Norte e Nordeste continuam a manter maiores níveis de escassez de médicos.
Síntese de evidências sobre a FOCALIZAÇÃO do Programa Mais Médicos 2013-2023				
Desigualdades geográficas na implantação do Programa Mais Médicos em um estado brasileiro (Moraes et al., 2021)	Espírito Santo 78 municípios	Estudo descritivo Dados secundários do 1º ciclo do PMM. (Coleta: 2013-2016)	Municípios	<ul style="list-style-type: none"> ● No início houve mais adesão (80%) entre municípios de maior porte populacional, atingindo 100% entre 2014 e 2016. ● Municípios de até 10 mil habitantes tiveram alta adesão (70%) em 2013. ● Entre 2014 e 2016, a adesão desses municípios reduziu para 30%.
Effect of More Doctors (Mais Médicos) Program on geographic distribution of primary care physicians. (Russo, 2021)	Brasil 5.564 municípios	O estudo descritivo da concentração médica (coeficiente de Gini) antes e após o PMM. (Coleta: 2012-2016)	Municípios	<ul style="list-style-type: none"> ● Redução da concentração de médicos após a implementação do PMM em 21 dos 26 estados brasileiros. ● São Paulo exibiu a maior concentração (0,341). ● Piauí exibiu a menor concentração (0,093). ● De 2012 a 2016, o coeficiente geral de Gini passou de 0,255 para 0,227 (reduziu 11%).
Assessing the performance of beneficiary targeting Brazil's More Doctors Programme (Ozcelik et al., 2021)	Brasil 5.570 municípios	Investiga focalização do PMM nos critérios de vulnerabilidade definidos pelo Programa. (Coleta: 2013-2017)	Municípios	<ul style="list-style-type: none"> ● Aproximadamente 70% dos municípios vulneráveis do Brasil receberam pelo menos um médico do PMM de 2013 a 2017. ● Entre os municípios beneficiados, 33% não atendiam a nenhum perfil alvo do PMM. ● Municípios vulneráveis tinham menos médicos na APS antes do PMM em comparação com os menos vulneráveis. ● Os critérios de priorização dos municípios foram modificados ao longo do tempo, acarretando aumento nos municípios designados como vulneráveis: em 2013 eram 24,4% (1.361) e em 2017 passaram a ser 66,9% (3.725) do total de 5.570 municípios.
Spatial distribution of the "Mais Médicos (More Doctors) Program" and social vulnerability: an analysis of Brazilian metropolitan regions (Oliveira et al., 2020)	Brasil Regiões metropolitanas (RMs) de Porto Alegre, São Paulo, Manaus, Distrito Federal e Recife	Estudo descritivo da focalização em UBS da RM segundo Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do IPEA. (Coleta: junho de 2016)	Unidades Básicas de Saúde (UBSs)	<ul style="list-style-type: none"> ● Dentre as 2.592 UBSs nas 5 RMs, em 981 havia pelo menos um médico do PMM. ● Dentre as RMs de Manaus, Recife, São Paulo e Distrito Federal, as UBSs mais vulneráveis possuíam médicos em maior proporção em comparação com outras menos vulneráveis. ● Em uma das RMs, Porto Alegre, não houve diferença significativa na alocação de médicos nas UBSs; não houve priorização segundo vulnerabilidade nas UBSs.
O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014 (Oliveira et al., 2016)	Brasil 3.785 municípios	Estudo descritivo do provimento de médicos pelo PMM segundo as prioridades normatizadas pelo programa. (Coleta: 2013-2014)	Municípios Médicos	<ul style="list-style-type: none"> ● Dos 5.570 municípios do Brasil, 68% aderiram ao PMM (n=3.785). ● 3.785 municípios de todas as regiões do país receberam 14.168 médicos do PMM. ● 2.377 (62,8%) atendiam a algum dos critérios de prioridade ou vulnerabilidade e receberam 11.002 médicos. ● 1.408 (37,2%) eram classificados como demais municípios e não atendiam a critério algum, mas receberam 3.166 médicos. ● 1.365 não se inscreveram (embora 699 fossem elegíveis), 376 desistiram, e 44 municípios tiveram sua adesão cancelada.
Síntese de evidências sobre a QUALIDADE DA ATENÇÃO à saúde no Programa Mais Médicos 2013-2023				
A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família (Comes et al., 2016)	Amostra de 32 municípios com perfil +20% em extrema pobreza, das cinco macrorregiões brasileiras atendidas pelo PMM	Qualitativo, entrevistas Análise programa Atlas.ti Nuvem de palavras (1ª coleta 2014-2015)	Profissionais de equipes de saúde (não médicos) (n=78)	<p>Municípios com 97 médicos PMM; 78% cubanos; 60% mulheres; idade média 43 anos.</p> <p>Na percepção de profissionais não médicos das equipes, o médico do PMM:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Resgatou a clínica, com tempo dedicado, escuta atenta, exame físico minucioso. ● Contribuiu para o acolhimento humanizado e a integralidade do serviço de saúde. ● Criou vínculo com os pacientes. ● Fez visita domiciliar aos acamados, garantindo a continuidade dos cuidados. ● O idioma não foi um obstáculo para a integração.
Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar (Santos et al., 2016)	Ceará: amostra de 12 municípios	Qualitativo: observação direta e entrevistas semiestruturadas (data coleta não informada)	Secretários Municipais de Saúde (n=12) Usuários do SUS (n=32)	<ul style="list-style-type: none"> ● Os secretários de Saúde foram unânimes em elogiar a postura dos médicos estrangeiros diante da medicina preventiva e sua forma de atender. ● As narrativas dos 32 usuários ressaltam a capacidade de ouvir, tocar e olhar dos médicos cubanos ("eles têm mais tempo..."). ● A cultura da prevenção e da humanização no atendimento dos médicos cubanos foi avaliada positivamente por usuários e gestores.

Continua>>

Quadro 1 – Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde e seus impactos na saúde, Brasil, 2013-2023. Continuação.

Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica (Comes et al., 2017)	Amostra de 32 municípios com perfil +20% em extrema pobreza, das cinco macrorregiões brasileiras atendidas pelo PMM	Qualitativo: entrevistas semiestruturadas; técnica de análise de conteúdo (1ª coleta em campo: 2015)	Técnicos de enfermagem e agentes de saúde (n=48)	<ul style="list-style-type: none"> Os técnicos de saúde avaliaram positivamente o trabalho dos médicos cubanos. Destacaram: responsabilidade, empatia, respeito e humanismo no trato com pacientes. Apesar de não haver esta pergunta, os entrevistados espontaneamente descreveram diferenças no atendimento dos médicos cubanos em relação aos que atuavam antes do PMM: "Depois que a doutora (cubana) chegou, não vemos mais pacientes sem atendimento aqui".
Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos (Rech et al., 2018)	Brasil Amostra das cinco macrorregiões	Estudo descritivo com uso de PCATool-Br e comparando três grupos: - MMBrasil: PMM brasileiro - MMCuba: PMM cubano - MedESF: Médico brasileiro não vinculado ao PMM (Coleta: entre julho e novembro de 2016)	Amostra de médicos (n=509) Amostra de usuários adultos (n=6.160)	<ul style="list-style-type: none"> Score Geral APS (6,8) e Score Longitudinalidade (7,4) sem diferenças por grupo. Score Geral APS na região Nordeste mostrou diferença significativa por grupo MMCuba (60%), MMBrasil (52%) e MedESF (52%). Score de Acesso (4,2) com pequena diferença, mas significativa, entre os grupos MMCuba (4,4), MMBrasil (4,1) e MedESF (4,2). A proporção de alto Score de Acesso no Brasil e regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste foi maior para o grupo MMCuba do que para os demais. A mais expressiva variável no modelo multinível "o Dr. realiza visita domiciliar" produziu incremento significativo de 1,17 ponto no Score Geral da APS. Esse achado evidencia que o fortalecimento da APS poderia ser alcançado ao reforçar papéis fundamentais dos médicos que trabalham na APS, como visita domiciliar.
Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa (Telles, Silva, Bastos, 2019)	Brasil 720 municípios Capitais Região metropolitana G-100 Pobreza extrema >20% Quilombolas DSEI Demais municípios	Pesquisa de opinião com: - Usuários de municípios com PMM. - Usuários de municípios inscritos e ainda não contemplados. (Coleta: junho a novembro de 2014)	Usuários SUS atendidos pelo PMM (n=18.025) Usuários SUS não atendidos pelo PMM (n=970)	Coleta de dados feita na fase inicial do PMM: presença majoritária de médicos cubanos Avaliação positiva do programa pode ter sido devido: <ul style="list-style-type: none"> À alta experiência dos profissionais envolvidos com a atenção básica à saúde. À boa qualidade do atendimento médico. À forma mais humanizada do atendimento. Ao PMM ter atingido o objetivo de levar atendimento a municípios de alta vulnerabilidade. Ao PMM ter potencial para a reconstrução do conceito de Atenção Primária à Saúde.
More Doctors Program: health work process and socioeconomic indicators (Silveira et al., 2020)	Brasil Amostra intencional de 3.816 municípios com médicos da cooperação cubana no PMM	Análise do primeiro relatório de supervisão do PMM. (Coleta: 2015)	Médicos cubanos (n=15.367)	<ul style="list-style-type: none"> Verificar se o processo de trabalho médico incluía as atividades: (a) reuniões de equipe; (b) acolhimento pela equipe, (c) acolhimento pelo médico; (d) projeto terapêutico; (e) visita domiciliar, (f) planejamento da equipe; (g) indicadores de saúde. Maior proporção de médicos em 'todas as atividades': capitais (428%); com Índice de Gini > 0,555 (40%); IDH < 0,643 (40%); com > recursos per capita na APS (39%). Conclusão: no PMM foi possível efetivar um processo de trabalho focado na APS.
Representaciones sociales sobre el Programa Mais Médicos entre consejeros municipales de salud de Brasil (Comes et al., 2022)	Amostra de 32 municípios com perfil +20% em extrema pobreza, das cinco macrorregiões brasileiras atendidas pelo PMM	Qualitativo: entrevistas Análise léxica com programa Iramuteq (2ª coleta em campo: 2016)	Conselheiros municipais de saúde (n=58)	Representações sociais (RS) externadas pelos Conselheiros Municipais de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> RS ligada a 'Conselho': nunca receberam reclamação sobre médicos do PMM, e sim reclamação de falta de instrumentos para o trabalho médico (responsável: gestor local). RS sobre 'Programa Mais Médicos': aludem à melhoria na qualidade dos serviços. RS sobre 'Médicos': ancorava-se no conceito de nacionalidade; o médico agia daquele modo por ser cubano; a forma de prestar assistência à saúde é atribuída à nacionalidade. Na ótica dos entrevistados, o 'modelo cubano' incorpora humanismo, um atributo que não está contido nas representações sociais dos médicos locais.
Síntese de evidências sobre a AVALIAÇÃO DO IMPACTO do Programa Mais Médicos na saúde dos usuários 2013-2023				
Brazil's more doctors programme and infant health outcomes: a longitudinal analysis (Bexson et al., 2021)	Brasil 5.565 municípios Inscritos no PMM 4.660 Controle sem PMM	Desenho ecológico e quase-experimental Diferença-em-diferenças (Coleta: 2017-2018)	Usuários de 0 a 4 anos	<ul style="list-style-type: none"> Redução na Taxa de Mortalidade Infantil [-0,21 (IC_{95%}: -0,38 a - 0,03)] em municípios com TMI > 25,2 por mil nascidos vivos antes do PMM. Não houve evidência de impacto na mortalidade infantil, ou neonatal, de forma agregada.

Continua>>

Quadro 1 – Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde e seus impactos na saúde, Brasil, 2013-2023. Continuação.

Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis à atenção primária (Russo et al., 2020)	Brasil 5.570 municípios	Modelo quase-experimental (Coleta: 2008-2016)	Usuários em geral Usuários de 0 a 4 anos Município	<ul style="list-style-type: none"> ● Redução consistente em internações ICSAP em todas as faixas etárias: maior redução nas crianças de 0 a 4 anos (3,7%), de 5 a 19 anos (2,4%) e de 20 a 64 anos (3,1%). ● Melhoria da saúde da população, sobretudo as mais vulneráveis. ● Quanto maior a exposição ao PMM, maior a redução de ICSAP.
Assessing the impact of a doctor in remote areas of Brazil (Santos et al., 2020)	Amostra 395 municípios sem médicos em 2012: Inscritos PMM 201 Controle s/PMM 194	Diferença-em-diferenças Pareamento por escore de propensão (Coleta: 2012-2015)	Usuários abaixo de cinco anos de idade	<ul style="list-style-type: none"> ● Redução na mortalidade total por idade. ● Redução na mortalidade infantil. ● Melhoria no estado geral de recém-nascidos (Apgar). ● Menor incidência de crianças com baixo peso ao nascer (BPN).
Impact of the Programa Mais médicos (more doctors program) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities (Hone et al., 2020)	Brasil 5.565 municípios	Modelo quase-experimental Diferença-em-diferença (Coleta: 2008-2017)	Usuários em geral	<ul style="list-style-type: none"> ● Redução de óbitos evitáveis para 100 mil hab./ano [-1,06 (IC_{95%}: -1,78 a -0,34)]. ● Redução maior com > 80% médicos estrangeiros [-1,50 (IC_{95%}: -2,32 a -0,69)]. ● Substituição indevida: o número de médicos alocados pelo PMM poderia ter incrementado a taxa de médicos para até 15 médicos/100 mil hab., mas pela substituição em larga escala das equipes existentes, o efeito líquido do aumento reduziu para apenas 5,7 médicos/100 mil hab.
Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho de equipes de Saúde da Família na atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, 2012 a 2015 (Facchini et al., 2020)	Amostra de eSF 20 mil com PMM em 2015 30 mil sem PMM em 2012	Modelo quase-experimental em série temporal Diferença-em-diferença (Coleta: 2012-2015)	Equipes Saúde da Família Consultas	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumento na oferta de consultas para diabetes (p<0,001) e para a hipertensão (p<0,001) nas equipes com PMM em 2015 quando comparado com 2012, ampliando a cobertura das ações e a longitudinalidade. ● O melhor desempenho foi nas regiões Norte e Nordeste, em municípios com mais de 20% da população convivendo com a extrema pobreza.
Impact of Brazil's More Doctors Program on hospitalizations for primary care sensitive cardiovascular conditions (Ozçelik et al., 2020)	Brasil 5.570 municípios	Diferença-em-diferenças e <i>Coarsened Exact Matching</i> para construir estimativas contrafactuais (Coleta: 2009-2017)	Usuários em geral	<ul style="list-style-type: none"> ● Internação por doença cerebrovascular (ICSAP) após a implementação do PMM reduziu anualmente e foi significativa só no 3º e 4º anos. Coeficientes: 1º ano [-0,50 (IC_{95%}: -2,94 a 1,95)]; 2º ano [-0,43 (IC_{95%}: -3,45 a 2,58)]; 3º ano [-5,21 (IC_{95%}: -9,43 a -0,99)]; 4º ano [-8,21 (IC_{95%}: -13,68 a -2,75)]. ● Demorou três anos para os efeitos benéficos se tornarem perceptíveis. ● Não houve evidência de redução nas hospitalizações por hipertensão.
Programa Mais Médicos: contexto de implantação e efeito no provimento de médicos na atenção primária à saúde no Brasil, 2008 a 2016 (Pinto Jr, et al 2020)	Brasil 5.570 municípios analisados por perfil: Capital Região metropolitana G-100 Pobreza extrema >20% Demais municípios	Análise de séries temporais interrompidas (ITSA) Comparação de inscritos e não inscritos em cada perfil e por mês (Coleta: 2008-2016)	Municípios	<ul style="list-style-type: none"> ● Registraram-se aumentos na Taxa de Médicos de APS por 10.000 habitantes no Brasil e nos cinco perfis de implementação do PMM. ● Em municípios com +20% de pobreza extrema, o impacto foi substancial, sendo o único perfil que atingiu a Taxa de Médicos de 2,5/10 mil habitante e se manteve acima desse patamar durante todo o período estudado e equidistante do grupo não inscrito do mesmo perfil.
Addressing inequalities in medical workforce distribution: evidence from a quasi-experimental study in Brazil (Maffioli et al., 2019)	Brasil 5.570 municípios	Modelo quase-experimental Diferença-em-diferenças Pareamento de escore de propensão (Coleta: 2008 a 2017)	Usuários em geral	<ul style="list-style-type: none"> ● Redução de internações evitáveis (ICSAP) em 2,9% sobretudo por gastroenterite infecciosa, pneumonia bacteriana, asma, infecção renal e urinária e doença inflamatória pélvica. ● Comparando o custo de ICSAP evitadas com o custo financeiro total do PMM, houve redução de 1,38%, 1,98%, 1,92% e 2,80% por ano, de 2014 até 2017, respectivamente, permitindo ao governo brasileiro economizar R\$ 28 milhões neste período.

Continua>>

Quadro 1 – Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde e seus impactos na saúde, Brasil, 2013-2023. Conclusão.

Assessing the impact of more doctors' program on health care indicators in Brazil (Mattos e Mazetto, 2019)	Município <500 mil hab. 2.940 total municípios 2.210 inscritos PMM 730 controles s/ PMM	Diferença-em-diferenças (Coleta: 2010 a 2015)	Usuários em geral	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumento nos atendimentos de saúde: 6% em agendamento, 9% nas consultas, 12% nos encaminhamentos e 30% em visitas domiciliares. ● Maior impacto nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. ● No curto prazo, houve redução da hospitalização geral (4,6%), mas não na mortalidade.
Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: evidence from Brazil's More Doctors Program (Fontes, Conceição e Jacinto, 2018)	Amostra 5.269 municípios Excluiu municípios com adesão no segundo e terceiro ano do PMM	Diferença-em-diferença Escore de propensão Teste de falseabilidade Teste de endogenia dinâmica (Coleta: 2010-2016)	Municípios Usuários em geral	<ul style="list-style-type: none"> ● Redução de internações ICSAP em municípios tratados, com efeito mais perceptível no segundo ano (6,4%) e terceiro ano (12,8%) do PMM. ● Evitaram-se 23 mil internações, estimadas após 3 anos, considerando em média 13 mil habitantes por município atendido ● A economia gerada para o SUS foi de US\$ 6,2 milhões, considerando o custo médio das internações pelas doenças evitadas.
Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil (Santos et al., 2017)	1.708 municípios prioritários, perfil de Pobreza extrema >20% 1.450 inscritos PMM 258 controle s/ PMM	Modelo quase-experimental (Coleta: 2011-2015)	Municípios Usuários em geral	<ul style="list-style-type: none"> ● Municípios com <0,4 médicos/mil hab. reduziram em 72,3%. ● Municípios com ≥1,0 médicos/mil hab. aumentaram em 113,5%. ● Redução de internações (ICSAP) de 44,9% para 41,2% em dois anos de implantação do PMM, ou seja, redução de 8,8% nos municípios expostos à intervenção.

Síntese de evidências sobre os EFEITOS DA RUPTURA do Programa Mais Médicos nos serviços e na saúde dos usuários, 2018-2023

Addressing inequalities in medical workforce distribution: evidence from a quasi-experimental study in Brazil (Maffioli et al., 2019)	Brasil	Estudo descritivo de vagas ociosas após a saída dos médicos cooperados cubanos (Coleta: outubro de 2018 e abril de 2019)	Médicos do PMM Vagas ociosas	<ul style="list-style-type: none"> ● Outubro de 2018: 8 mil médicos cubanos deixam seus postos de trabalho. ● A retirada cubana do PMM pode impactar negativamente na prestação de cuidados de saúde em comunidades e locais remotos do Brasil. ● Publicaram-se diversas convocatórias para médicos, mas esses concursos não foram bem sucedidos. ● Em abril de 2019 ainda havia 1.961 vagas não preenchidas.
The end of Brazil's More Doctors Programme? Those in greatest need will be hit hardest (Santos et al., 2018)	Brasil	Revisão da literatura científica Busca em portais de notícia e mídias sociais (Coleta: 2013 a 2018)	Médico PMM cubano População vulnerável. Vagas não preenchidas	<ul style="list-style-type: none"> ● Desde a sua criação, o PMM sofreu clara oposição do Conselho Federal de Medicina e associações profissionais da classe médica. ● No final de 2018, o presidente da República recém-eleito questionou a qualidade da formação dos médicos cubanos e repetidamente descreveu-os como 'escravos'. ● O governo de Cuba decidiu interromper a cooperação, e cerca de 8.500 médicos deixaram o país em dezembro de 2018, interrupção lastimável nos serviços de saúde.
Os pequenos que se foram: como o desmonte do Mais Médicos matou crianças brasileiras (Nascimento, 2022a) Uma visão da imprensa sobre o desmonte do Mais Médicos (Nascimento, 2022b)	119 municípios vulneráveis nas regiões Norte e Nordeste, onde o PMM era responsável por 100% da atenção primária	Investigação jornalística no preparo da reportagem "Os pequenos que se foram: como o desmonte do Mais Médicos matou crianças brasileiras", publicada na Revista Piauí (Coleta: 2018-2019)	Médicos do PMM População em extrema pobreza	<ul style="list-style-type: none"> ● Foco nos 119 municípios vulneráveis das regiões Norte e Nordeste nos quais o PMM era responsável por 100% da Atenção Primária no começo de 2018. ● Havia 544 médicos do PMM no conjunto desses municípios, mas com a saída de médicos cubanos, o número caiu para 127. ● Registrou-se, na investigação jornalística, um aumento de 58% nas mortes por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos nesses municípios. ● O PMM desempenhava um papel crucial nos municípios, e as mortes foram atribuídas à desorganização do sistema de Atenção Básica, provocada pelo desmonte do PMM.
Lacunas e retrocessos em programas de provimento médico na Amazônia: desafios para os gestores federais (Costa, Carvalho e Macedo, 2023)	Região Amazônica	Levantamento bibliográfico Dados observacionais sobre o PMM na Amazônia Legal (Coleta: 2013 a 2022).	Médicos PMM cubanos Médicos PMM brasileiros População amazônica Vagas não preenchidas	<ul style="list-style-type: none"> ● Resultados positivos sobre o processo de trabalho do PMM encontrados na literatura. ● Melhores indicadores de cuidados primários com a implantação do PMM nas localidades da Amazônia. ● Serviços drasticamente afetados com a ruptura da cooperação Brasil-Cuba em 2018. ● Promessas de contratação de médicos brasileiros graduados no exterior e do Plano de Carreira no Programa Médicos pelo Brasil (PMPB), criado em 2019, não foram suficientes para garantir uma cobertura razoável das equipes locais na Amazônia. ● Indica-se a carência de estudos sobre o PMM na Amazônia, em especial após 2018. ● Inexistem dados sobre os desdobramentos iniciais do novo PMPB.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: ● Resultados desejados; ● Resultados indesejados

Nota: APS – Atenção Primária à Saúde; DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas; eSF – Equipes de Saúde da Família; ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária; IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; ITSA – análise de séries temporais interrompidas; PMM – Programa Mais Médicos; RM – região metropolitana; RS – representação social; SUS – Sistema Único de Saúde; UBSs – Unidades Básicas de Saúde.

Neste estudo adotou-se a definição de cobertura do Guia do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (Brasil, 2018b): calcula-se a proporção entre a população beneficiada e a população potencial, ou entre a população beneficiada e a população elegível. Na 'Síntese de evidências sobre a cobertura do Programa Mais Médicos 2013-2023', frequentemente a unidade amostral foi o município, e a cobertura foi compreendida como a proporção de municípios e de populações vulneráveis prioritários para o programa explicitados nas normas e que foram atendidos, sobretudo nos primeiros anos do PMM. Os seis artigos classificados nesta seção foram publicados entre 2016 e 2019 e compreenderam coletas realizadas entre 2012 e 2015, ou seja, os três primeiros anos do PMM.

Nesse período, foi possível identificar avanços importantes. Segundo Gonçalves et al. (2019) e Nogueira et al. (2016), na região Nordeste observou-se um aumento de 19% no quantitativo de consultas médicas realizadas e de 6,8% na taxa de cobertura da eSF, e em municípios com menos de 20 mil habitantes esse percentual ficou próximo a 100%.

Segundo Miranda et al. (2017), entre 2012 e 2015, a cobertura média da eSF passou de 89% para 98% em municípios com menos de 30 mil habitantes e de 30% para 34% naqueles com população acima de 1 milhão de habitantes. Além disso, no mesmo período houve uma redução média de 9,1% nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Brasil. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, os percentuais observados foram de 21% e de 19,1%, respectivamente.

O estudo de Pereira et al. (2016) relatou que no primeiro ano 14.462 médicos foram alocados em 3.785 municípios, sobretudo em áreas rurais e remotas, comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas e áreas urbanas vulneráveis. Todos os 34 DSEI foram incluídos no programa e receberam 294 médicos. Mais de 30% dos municípios com população quilombola das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste receberam médicos do PMM.

Interessa em particular analisar como o PMM contribuiu para aumentar a cobertura da eSF, que é a porção da população de um determinado território que se encontra adstrita a equipes da eSF ou equipes da APS tradicionais. A cobertura populacional estimada na APS tem sido utilizada como indicador de monitoramento do acesso aos serviços de atenção básica à saúde (Lira, 2023).

Quando verificados os efeitos do PMM sobre a escassez de médicos no Brasil, observou-se a redução de 374 para 95 municípios do país com menos de 0,1 médico por mil/hab. e de 33% no número de municípios com menos de um médico por mil/hab. A região Norte, que obteve a redução mais acentuada, foi de 48% para 31% dos municípios com escassez de médicos, enquanto o Nordeste foi de 25% para 18,1% (Girardi et al., 2016).

Nos DSEIs, o PMM foi imprescindível para a garantia do direito ao acesso à saúde. Segundo Fontão e Pereira (2017), em apenas dois anos o programa promoveu o aumento de 79% no número de médicos nos DSEIs, visto que antes do PMM 47% destes estavam sem médico na equipe de saúde indígena. Além disso, há que se destacar a percepção positiva e satisfação dos indígenas com relação ao trabalho dos médicos do PMM.

Importante salientar que o artigo de Girardi et al. (2016) foi inserido no grupo de cobertura, pois apesar de apresentar o termo 'impacto' no título, durante a leitura completa constatou-se que não se tratava de estudo com metodologia inerente à avaliação de impacto.

Na adesão dos municípios ao PMM, as normas do programa emitidas pelo Ministério da Saúde consideravam como inadequada a substituição de médicos que já pertenciam às equipes de saúde por médicos do PMM. Os médicos PMM deveriam compor novas eSFs. No entanto, esse fato foi observado em 57,3% das eSFs entre 2012 e 2015, tendo sido mais acentuada nas regiões Centro-Oeste (68%) e Nordeste (63,7%) (Miranda et al., 2017). O número de médicos alocados pelo programa PMM poderia ter elevado a taxa de médicos para 15 médicos/100 mil hab. no Brasil, mas pela substituição em larga escala dos médicos que já integravam as eSFs existentes, o efeito líquido do aumento foi de apenas 5,7 médicos/100 mil hab. (Hone et al., 2020).

Ademais, dois artigos classificados no grupo de cobertura do PMM realizaram menções a aspectos que caracterizaram falha na focalização do programa, como a manutenção da situação de vazio assistencial no semiárido do estado do Piauí, a continuidade de escassez de médicos em municípios da região Norte e Nordeste, bem como a sugestão para que municípios evidentemente carentes de médicos fossem obrigados a aderir ao programa (Nogueira et al., 2016).

Segundo o IPEA, a focalização verifica a proporção do cumprimento de critérios de acesso ou elegibilidade e priorização de políticas (aplica-se às políticas não universais) (Brasil, 2018a). O SUS tem a universalidade como um de seus princípios doutrinários. Por ter como um de seus objetivos a diminuição da carência de médicos nas áreas prioritárias para o SUS a fim de reduzir as desigualdades regionais em saúde, o PMM pode ser visto como uma intervenção de política social focalizada, que busca uma maior equidade. Na ‘Síntese de evidências sobre a focalização do Programa Mais Médicos 2013-2023’, se a intervenção foi focalizada, os recursos deveriam concentrar-se na população de interesse ou nos beneficiários. No caso do PMM, os municípios e as populações vulneráveis a serem beneficiadas foram elencados nas normativas.

Nesse sentido, identificaram-se cinco artigos que avaliaram diferentes pontos da focalização do PMM entre 2012 e 2017. Para tanto, mediu-se a concentração de médicos, em 2012 e depois em 2017, utilizando-se o coeficiente de Gini, que é conhecido principalmente no âmbito das ciências econômicas. Esse coeficiente varia de 0 (igualdade perfeita) a 1 (desigualdade completa). Moraes et al. (2021) observou a redução da concentração de médicos em 21 estados brasileiros, com a média nacional caindo 11% – ou de 0,255 para 0,227 – segundo o coeficiente de Gini. Os estados de São Paulo e do Piauí passaram a apresentar a maior (0,341) e a menor (0,093) concentração de médicos no país, respectivamente.

Entre 2013 e 2017, 70% dos municípios vulneráveis do Brasil haviam recebido ao menos um médico do PMM. Entretanto, 33% dos municípios beneficiados não atendiam a nenhum dos critérios de priorização. Houve uma modificação nesses critérios ao longo do tempo, acarretando grande aumento de municípios designados como vulneráveis: em 2013 estes eram 24,4% (1.361/5.570) e em 2017 passaram a ser 66,9% (3.725/5.570) dos municípios brasileiros (Ozçelik et al., 2021).

Em UBSs localizadas na Região Metropolitana (RM) do Distrito Federal, Manaus, Recife e São Paulo, verificou-se que aquelas posicionadas em áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica possuíam mais médicos se comparadas, proporcionalmente, com outras menos vulneráveis. Para a RM de Porto Alegre, essa comparação não apresentou diferença significativa (Oliveira et al., 2020).

Nos dois anos iniciais, dos 5.570 municípios brasileiros, 3.785 (68%) haviam aderido ao PMM e recebido 14.168 médicos. Constatou-se que 2.377 (62,8%) eram municípios prioritários, e os outros 1.408 (37,2%) foram classificados como demais municípios, haja vista que não atendiam a nenhum dos critérios de prioridade. Do total de médicos alocados no período, 11.002 foram para municípios prioritários e 3.166 para demais municípios (Oliveira, Sanchez e Santos, 2016).

Na ‘Síntese de evidências sobre a Qualidade da Atenção à Saúde no Programa Mais Médicos 2013-2023’, sete artigos debruçaram-se sobre o tema. Os quatro estudos qualitativos (Comes et al., 2016; 2017; 2022; Santos et al., 2016) identificaram presença de atributos de extrema importância para a qualidade do cuidado, como a integralidade, longitudinalidade, humanismo, escuta qualificada, visita domiciliar e representações sociais positivas sobre o ‘modelo cubano’ de Atenção Primária à Saúde. Sobre a atuação dos médicos cubanos, colheram-se depoimentos positivos do tipo “Eles têm mais tempo...” e “Depois que a doutora (cubana) chegou, não vemos mais pacientes sem atendimento aqui.”

Um extenso inquérito de avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde em associação com o PMM empregou o PCATool-Brasil e colheu informações com 6 mil usuários adultos e 509 médicos nas cinco macrorregiões do país. Estimaram-se o Escore Geral APS e o Escore Longitudinalidade, que não apresentaram diferenças por tipo de médico na equipe. O Escore Geral APS na região Nordeste mostrou diferença significativa por grupo: cubano do PMM (MMCuba), brasileiro do PMM (MMBrasil) e brasileiro não pertencente ao PMM (MedESF), com 60%, 52% e 52%, respectivamente.

A variável mais expressiva no modelo multinível foi “o Dr. realiza visita domiciliar”, que produziu um incremento significativo de 1,17 ponto no Escore Geral da APS (Rech et al., 2018). O fato evidencia que o fortalecimento da APS poderia ser alcançado ao reforçar papéis fundamentais dos médicos atuantes, como visitas domiciliares.

Quanto à ‘Síntese de evidências sobre a avaliação de impacto do Programa Mais Médicos 2013-2023’, os estudos evidenciaram o impacto na taxa de médicos de APS por 10 mil habitantes no Brasil. Em 2015, entre os 1.708 municípios prioritários e vulneráveis (+20% em pobreza extrema e remotos) houve impacto na redução à metade na proporção de municípios com <1,0 médico/mil hab., e por outro lado mais do que dobrou o número daqueles com >1,0 médico/mil hab. (Santos et al., 2017). Outro estudo no mesmo ano demonstrou impacto no aumento do número de atendimentos de saúde: em agendamentos, consultas, encaminhamentos e visitas domiciliares, o aumento foi o mais expressivo (30%) (Mattos e Mazetto, 2019). Assim como houve incremento na oferta de consultas para diabetes e hipertensão nas equipes com PMM em 2015 se comparado a 2012 (sem PMM) (Facchini et al., 2020). Registraram-se melhorias nos indicadores de saúde infantil, como redução na Taxa de Mortalidade Infantil, melhora no Índice Apgar, reduções na mortalidade total por idade e diminuição da incidência de crianças com baixo peso ao nascer (BPN) (Santos et al., 2020, Bexson, 2021).

Vários estudos demonstraram impacto no aumento da Taxa de Médicos de APS por 10 mil habitantes – sobretudo em municípios com mais de 20% da população vivendo em pobreza extrema –, na oferta de atendimentos de saúde, na redução expressiva nos municípios com <0,4 médicos/mil hab. e no aumento da oferta de consultas para diabetes e para hipertensão nas equipes com PMM (Pinto Junior, Amorim e Aquino, 2020; Mattos e Mazetto, 2019; Santos et al., 2017; Facchini et al., 2020).

Destacaram-se cinco dos 11 estudos de impacto que demonstraram redução nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (Brasil, 2008) e outro que analisou causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS (Malta et al., 2007). Houve redução consistente em internações ICSAP em todas as faixas etárias, sendo maior nas crianças do que nos adultos.

Os casos de ICSAP por doença cerebrovascular reduziram anualmente, e a diferença foi significativa no terceiro e quarto ano após o início do PMM, corroborado por outros estudos que demonstraram redução das ICSAP em municípios tratados, com efeitos mais perceptíveis no segundo ano e terceiro ano do PMM (Russo et al., 2020; Hone et al., 2020; Ozçelik et al., 2020; Fontes, Conceição e Jacinto, 2018; Maffioli et al., 2019; Santos et al., 2017). Dois desses estudos estimaram em 23 mil as internações evitadas em três anos, o que correspondeu a uma economia substancial para o SUS (Fontes, Conceição e Jacinto, 2018; Maffioli et al., 2019).

Os estudos que embasaram a ‘Síntese de evidências sobre os efeitos da ruptura do Programa Mais Médicos nos serviços e na saúde dos usuários, 2018-2023’ analisaram como os serviços de saúde foram drasticamente afetados com a ruptura da cooperação Brasil-Cuba em 2018, que acarretou a saída de cerca de 8.500 médicos cubanos. Apesar das convocatórias, a reposição de médicos não fluiu, e em abril de 2019 ainda haviam 1.961 vagas não preenchidas (Maffioli et al., 2019).

Os efeitos sobre a APS em termos de cobertura, acesso, integralidade, longitudinalidade e qualidade da atenção foram descontinuados. Como consequência, os impactos positivos à saúde, sobretudo a redução das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, tendem a desaparecer. Uma investigação jornalística em um grupo de municípios nos quais o PMM era responsável por 100% da atenção primária relatou aumento nas mortes por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos de idade nesses municípios (Nascimento, 2022a).

Outro estudo que analisou as lacunas e retrocessos no provimento de médicos na Amazônia concluiu que as promessas de contratação de médicos brasileiros graduados no exterior e o Plano de Carreira do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) não foram suficientes para garantir uma cobertura razoável de equipes locais na Amazônia no ano de 2022 (Costa, Carvalho e Macedo, 2023).

Conclusão

No presente estudo de revisão sistemática rápida, buscou-se identificar as principais evidências científicas produzidas em pesquisas sobre o Programa Mais Médicos e sintetizá-las para uma compreensão ampliada dos efeitos dessa política pública na saúde dos brasileiros.

Os resultados, uma vez estratificados por temas fundamentais ao contexto, puderam demonstrar os avanços e as melhorias na prestação do cuidado à saúde na APS, principalmente em áreas remotas e sobre populações mais vulneráveis. O PMM, apesar de toda a crítica sofrida desde a sua propositura, com o passar de dez anos desde o seu lançamento deixou registrada toda a sua potencialidade e superioridade sobre outras iniciativas públicas já adotadas no Brasil, com o objetivo de enfrentar a carência e má distribuição de médicos.

Quando se observa o mundo, são identificadas numerosas iniciativas semelhantes, resguardadas as devidas especificidades. Para a interiorização dos profissionais na América Latina e Caribe, verifica-se o serviço médico social obrigatório na Argentina, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, México e Peru. No Chile, criou-se uma carreira própria para médicos de áreas remotas (Maciel Filho, 2007). No Estados Unidos, existe um programa (*Conrad 30 Program*) que flexibiliza requisitos de imigração de médicos estrangeiros que aceitem trabalhar em regiões pobres e rurais. Na Austrália, a estratégia *Overseas Trained Doctors* envia médicos formados no exterior ou estrangeiros formados na Austrália para regiões desérticas do interior do país, com remuneração diferenciada e registro profissional garantido (Oliveira et al., 2015). E tradicionalmente as missões médicas cubanas, em que médicos são enviados para trabalhar em países em situação de escassez de profissionais, desastres naturais, guerras e vazios assistenciais, tais como Haiti, Paquistão, Bolívia, Venezuela, Indonésia e China (Torres e Cruz, 2010).

Contudo, os achados desta revisão também evidenciaram aspectos da implementação do programa que poderiam ser melhorados, principalmente relacionados à focalização e à substituição. O Estado, tanto por meio dos formuladores (*policy makers*) quanto dos atores responsáveis pela implementação das políticas públicas, precisa zelar para que o grau de liberdade das decisões não enfraqueça os resultados potenciais das intervenções e muito menos os torne instrumento para acentuar desigualdades e iniquidades, por mais que gerem também efeitos positivos.

Espera-se que este estudo estimule a realização de novas pesquisas para que seja continuada a investigação de resultados da maior estratégia já desenvolvida no Brasil para reduzir a carência e a má distribuição de médicos.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção do estudo: JPAO, LMPS, CP, JMVB.
Curadoria dos dados: JPAO, LMPS, CP, JMVB.
Coleta de dados: LMPS; CP, JMVB, FAQT.
Análise dos dados: JPAO, LMPS, CP, JMVB.
Redação - manuscrito original: JPAO, LMPS, CP, JMVB, FAQT.
Redação - revisão e edição: JPAO, LMPS, CP.

Financiamento

Este estudo teve patrocínio do Ministério da Saúde, via cooperação técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no ano de 2023, e foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), conforme o processo 404888/2023-2.

Conflitos de interesses

Os pesquisadores declaram a inexistência de conflitos de interesses.

Aspectos éticos

Nos termos do inciso VI, do artigo 26, da Resolução CNS n. 674, de 6 de maio de 2022, a natureza desta pesquisa dispensa a apreciação ética pelo Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Apresentação prévia

Não se aplica.

Preprint e versão final

Este artigo de revisão foi disponibilizado como *preprint* (<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7369>) no repositório SciELO *Preprint* entre novembro de 2023 e junho de 2024. A versão final ora publicada na TES (<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2635>) é disponibilizada com revisão por pares.

Referências

- BEXSON, Charlotte *et al.* Brazil's more doctors programme and infant health outcomes: a longitudinal analysis. *Human Resources for Health*, v. 19, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00639-3>. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-021-00639-3>. Acesso em: 1 maio 2024.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 maio 2024.
- BRASIL. *Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008*. Define a Lista brasileira de condições sensíveis à Atenção Primária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=18/04/2008&jornal=1&pagina=70&totalArquivos=112>. Acesso em: 1 maio 2024.
- BRASIL. *Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12871.htm. Acesso em: 1 maio 2024.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. *Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante*. v. 1. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018a. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8285>. Acesso em: 1 maio 2024.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. *Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post*. v. 2. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018b. v. 2. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8853>. Acesso em: 1 maio 2024.

BRAVEMAN, Paula; GRUSKIN, Sofia. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Londres, v. 57, n. 4, p. 254-258, 2003. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/57/4/254>. Acesso em: 1 maio 2024.

CAMPOS, Francisco E.; MACHADO, Maria H.; GIRARDI, Sábado N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v. 44, p. 13-24, maio 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-520437>. Acesso em: 1 maio 2024.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, jul./set. 2017. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PyjhWH9gBP96Wqsr9M5Txjs/?lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2024.

COMES, Yamila *et al.* A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2.729-2.738, set. 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qmwKq8GZqCGWFtKc4xScPCm/?lang=pt#>. Acesso em: 1 maio 2024.

COMES, Yamila *et al.* Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 41, dez. 2017. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.130>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34585>. Acesso em: 1 maio 2024.

COMES, Yamila *et al.* Representaciones sociales sobre el Programa Mais Medicos entre consejeros municipales de salud de Brasil. *Revista Cubana de Salud Pública*, Havana, v. 48, p. e1225-e1125, 2022. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662022000100007. Acesso em: 1 maio 2024.

COSTA, Waldemir A.; CARVALHO, Natalia C.; MACEDO, Harineide M. Lacunas e retrocessos em programas de provimento médico na Amazônia: desafios para os gestores federais. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, e01976216, 2023. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1976>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/7jmdKQDvzXvTdj4CPKxX6PN/?lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2024.

CURY, Geraldo C.; FONSECA, Angélica F. A retomada do Programa Mais Médicos em 2023. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, e02415229, 2023. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2415>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/69sPMySYKknFgzB6nWSVjhb/?lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2024.

FACCHINI, Luiz A. *et al.* Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho de equipes de Saúde da Família na atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, 2012 a 2015. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 44, v. 44, e63, p. 1-9, 2020. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2019.63>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51559>. Acesso em: 1 maio 2024.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-389, set./dez. 2009. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345800005>. Acesso em: 1 maio 2024.

FONTÃO, Maria A. B.; PEREIRA, Éverton L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, p. 1169-1180, ago. 2017. Suplemento 1. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0387>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/JfSPf3tg3L4Fn6TqnrT8hRG/?lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2024.

FONTES, Luiz F. C.; CONCEIÇÃO, Otavio C.; JACINTO, Paulo A. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. *Health Economics*, v. 27, n. 8, p. 1.284-1.299, ago. 2018. <https://doi.org/10.1002/hec.3775>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.3775>. Acesso em: 1 maio 2024.

GARRITTY, Chantelle *et al.* *Cochrane Rapid Reviews: interim guidance from the cochrane rapid reviews methods group*. [S. l.]: Cochrane Collaboration, 2020. Disponível em: https://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org.rapidreviews/files/uploads/cochrane_rr_-_guidance-23mar2020-v1.pdf. Acesso em: 1 maio 2024.

GIRARDI, Sábado 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. 2.675-2.684, set. 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTyKQT9CDdZ3ctg67njlqj/?lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2024.

GONÇALVES, Rogério F. *et al.* Influence of the Mais Médicos (More Doctors) Program on health services access and use in Northeast Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5jFVxpjVrGGqrT7VxNDLVmn/>. Acesso em: 1 maio 2024.

HONE, Thomas *et al.* Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. *BMC Health Services Research*, Londres, v. 20, set. 2020. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7491024/>. Acesso em: 1 maio 2024.

LIRA, Everton. Alinhamento partidário e oferta de políticas públicas no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, e-2022-0135, jan./fev. 2023. <https://doi.org/10.1590/0034-761220220135>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/9TDyL3wHhRPBVpHfXXwYSvQ>. Acesso em: 1 maio 2024.

MACIEL FILHO, Romulo. *Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. 2007. 264f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://scf.cpqam.fiocruz.br/observarh/wp-content/uploads/2017/02/Tese_Romulo_Maciel.pdf. Acesso em: 1 maio 2024.

MAFFIOLI, Elisa M. *et al.* Addressing inequalities in medical workforce distribution: evidence from a quasi-experimental study in Brazil. *BMJ Global Health*, Londres, v. 4, n. 6, e001827, nov. 2019. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001827>. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/4/6/e001827>. Acesso em: 1 maio 2024.

MALTA, Deborah *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, Brasília, v. 16 n. 4, dez. 2007. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742007000400002>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002. Acesso em: 1 maio 2024.

MATTOS, Enlison; MAZETTO, Débora. Assessing the impact of more doctors' program on health care indicators in Brazil. *World Development*, Basel, v. 123, nov. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2019.104617>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X19302116>. Acesso em: 1 maio 2024.

MIRANDA, Gabriella M. D. *et al.* A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 131-145, jan./abr. 2017. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00051>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/q6sFrXTpdrYmhJ8VsXy8qLD/?lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2024.

MORAES, Priscila L. *et al.* Desigualdades geográficas na implantação do Programa Mais Médicos em um estado brasileiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, dez. 2021. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2765](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2765). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2765>. Acesso em: 1 maio 2024.

NASCIMENTO, Solano. Os pequenos que se foram: como o desmonte do Mais Médicos matou crianças brasileiras. *Revista Piauí*, São Paulo, n. 184, jan. 2022a. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/os-pequenos-que-se-foram>. Acesso em: 1 maio 2024.

NASCIMENTO, Solano. Uma visão da imprensa sobre o desmonte do Mais Médicos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 216-221, jan./mar. 2022b. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n1.a3575>. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3575/2990>. Acesso em: 1 maio 2024.

NOGUEIRA, Priscila 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, p. 2.889-2.898, set. 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17022016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qKkXxHsBHD9gdjHyRLNW6tG/?lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2024.

OA.MG: Search engine for academic papers. Londres: Citationsy Ltd, 2023. Disponível em: <http://www.oa.mg>. Acesso em: 1 maio 2024.

OLIVEIRA, Aimê *et al.* Spatial distribution of the “Mais Médicos (More Doctors) Program” and social vulnerability: an analysis of the Brazilian metropolitan regions. *Human Resources for Health*, Londres, v. 18, ago. 2020. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00497-5>. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-020-00497-5>. Acesso em: 1 maio 2024.

OLIVEIRA, Felipe P. D. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, set. 2015. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KjqzqwvYhM4NRvdDCyRjHvkD/#>. Acesso em: 1 maio 2024.

OLIVEIRA, João P. A. *et al.* Resultados e impactos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde e na saúde dos usuários: protocolo de uma revisão rápida. *Open Sci Framew*, 2023. <https://doi.org/10.17605/osf.io/AX3EV>. Disponível em: <https://osf.io/af5vn/>. Acesso em: 1 maio 2024.

OLIVEIRA, João P. A.; SANCHEZ, Mauro N.; SANTOS, Leonor M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2.719-2.727, set. 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17702016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WZJJgdkdKWxTnndRrLgBpFJ/?lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2024.

OUZZANI, Mourad *et al.* Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, v. 5, dez. 2016. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 1 maio 2024.

OZÇELIK, Ece A. *et al.* Impact of Brazil’s More Doctors Program on hospitalizations for primary care sensitive cardiovascular conditions. *Social Science & Medicine: Population Health*, Londres, v. 12, dez. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100695>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7725939/>. Acesso em: 1 maio 2024.

OZÇELIK, Ece A. *et al.* Assessing the performance of beneficiary targeting in Brazil’s More Doctors Programme. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 36, n. 2, p. 149-161, mar. 2021. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa137>. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/36/2/149/6100995>. Acesso em: 1 maio 2024.

PEREIRA, Lucélia L. *et al.* Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014. *Rural and Remote Health*, Geelong, v. 16, n. 1, p. 3.616, mar. 2016. <https://doi.org/10.22605/RRH3616>. Disponível em: https://www.rrh.org.au/assets/article_documents/article_print_3616.pdf. Acesso em: 1 maio 2024.

PINTO JUNIOR, Elzo P.; AMORIM, Leila D. A. F.; AQUINO, Rosana. Programa Mais Médicos: contexto de implantação e efeito no provimento de médicos na atenção primária à saúde no Brasil, 2008 a 2016. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 44, 2020. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.23>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51479>. Acesso em: 1 maio 2024.

PRAZERES, Leandro. Pará chama médicos cubanos para atuar no combate à Covid-19. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 23 abr. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/coronavirus/para-chama-medicos-cubanos-para-atuar-no-combate-covid-19-24389367>. Acesso em: 1 maio 2024.

RECH, Milena R. A. *et al.* Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 42, 2018. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.164>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49522>. Acesso em: 1 maio 2024.

RUSSO, Letícia X. Effect of More Doctors (Mais Médicos) Program on geographic distribution of primary care physicians. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1.585-1.594, abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.26932020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MDPRH9gmd3yRgsYXmbfmSPs/?lang=en#>. Acesso em: 1 maio 2024.

RUSSO, Letícia X. *et al.* Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis à atenção primária. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 44, 2020. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.25>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51944>. Acesso em: 1 maio 2024.

SANTOS, Joana R. R. *et al.* Assessing the impact of a doctor in remote areas of Brazil. *International Journal of Public Health*, Allschwil, v. 65, n. 3, p. 267-272, abr. 2020. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01360-z>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-020-01360-z>. Acesso em: 1 maio 2024.

SANTOS, João B. F. *et al.* Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1003-1016, out./dez. 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016163364>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wHcwH5KpdrnV4Rw5gw7jBRr/?lang=pt#>. Acesso em: 1 maio 2024.

SANTOS, Leonor M. P. *et al.* Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, Genebra, v. 95, n. 2, p. 103-112, fev. 2017. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.178236>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5327934/>. Acesso em: 1 maio 2024.

SANTOS, Leonor M. P. *et al.* The end of Brazil's More Doctors programme?: Those in greatest need will be hit hardest. *BMJ Global Health*, Londres, n. 363, k5247, dez. 2018. <https://doi.org/10.1136/bmj.k5247>. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/65620>. Acesso em: 1 maio 2024.

SANTOS, Wallace *et al.* Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 256-268, jan./mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MQMCCdh3qvwpqKQw4vStYqr/>. Acesso em: 1 maio 2024.

SCHEFFER, Mário (Coord.). *Demografia Médica no Brasil: Cenários e indicadores de distribuição*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/06/1436678/issue-db1915052d15f7815c8b88e879465a1e.pdf>. Acesso em: 1 maio 2024.

SILVEIRA, Natércia J. D. *et al.* More Doctors Program: health work process and socioeconomic indicators. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 66, n. 3, p. 321-327, mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.3.321>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/3nMPn68jNcHZtGjVHy6BTPN/?lang=en>. Acesso em: 1 maio 2024.

TELLES, Helcimara S.; SILVA, Arthur L. A.; BASTOS, Camila A. V. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. *Caderno CRH*, Salvador, v. 32, n. 85, p. 101-123, 2019. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.23470>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/7gs6GNqRPZDjn47XxByKsfB/#>. Acesso em: 1 maio 2024.

TORRES, Nestor M.; CRUZ, Evelyn M. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, Havana, v. 36, n. 3, p. 254-262, jul./set. 2010. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300010. Acesso em: 1 maio 2024.

TRICCO, Andrea C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 1 maio 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Density of physicians (total number per 1000 population). *The Global Health Observatory*, Genebra, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/112>. Acesso em: 28 nov. 2018.

ZYLBERKAN, Mariana; GONÇALVES, Eduardo. Ministério da Saúde contratou mais de 500 médicos cubanos. *Revista Veja*, São Paulo, 16 jun. 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/ministerio-da-saude-recontratou-mais-de-500-medicos-cubanos/>. Acesso em: 1 maio 2024.