

Artigos Originais

Impacto do Programa Mais Médicos em indicadores da atenção básica no Estado de Santa Catarina¹

Impact of the More Medical Doctors Program in primary health care indicators in the State of Santa Catarina

Leo Lynce Valle de Lacerda¹
Daiane dos Santos¹
Luciane Peter Grillo¹
Tatiana Mezadri¹

¹ Universidade do Vale do Itajaí

Resumo: O Programa Mais Médicos foi criado em 2013 como provimento de emergência à escassez de médicos dedicados à atenção básica no Brasil. Em Santa Catarina o Programa inseriu médicos em quase 200 dos seus 295 municípios e desde então surgiu o interesse em avaliar mudanças nos serviços da atenção básica derivados deste Programa e seu impacto nos indicadores de saúde monitorados pelo governo federal. O objetivo deste trabalho foi avaliar modificações de quatro indicadores básicos de saúde, investigando as diferenças entre os municípios que receberam o PMM com aqueles que não receberam. Para tanto foram empregados testes-t não pareados de *Student* para comparar as médias dos valores dos indicadores para o período anterior (entre 2008 a 2013) e posterior do Programa (2014 e 2015). Os resultados apontaram para diferenças significativas nos indicadores de cobertura das equipes de atenção básica dos municípios que receberam o PMM, e na proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica, com queda na proporção do grupo que recebeu o PMM entre os anos de 2013 e 2015.

Palavras-chave: avaliação de programas e projetos de saúde, atenção à saúde, indicadores básicos de saúde, saúde pública.

Abstract: The More Medical Doctors Program was created in 2013 as provision of emergency the shortage of doctors dedicated to primary health care in Brazil. In Santa Catarina, the program entered doctors in almost 200 of its 295 municipalities and since then came the interest in evaluating changes in the basic attention services derived from this program and your impact on health indicators monitored by the federal Government. The aim of this study was to evaluate changes in four basic indicators of health investigating the differences between the municipalities that received the PMM with those who have not received. For both tests were employed-unpaired Student t to compare the averages of the values of the indicators for the previous period (between 2008 to 2013) and later of the program (2014 and 2015). The results appointed to significant differences in coverage indicators of primary health care teams of the municipalities that received the PMM, and in the proportion of hospitalizations for basic care-sensitive conditions, with a fall in the proportion of the group that received the PMM between 2013 and 2015.

Keywords: program evaluation, health care, health status indicators, public health.

1. Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, tem como objetivo a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde, atenção básica no Brasil, mediante princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Por meio da inserção do profissional médico, oportunizada pelo Programa, são realizadas atividades de formação simultaneamente à prática da assistência à saúde, em especial em áreas com maior necessidade de atenção médica na atenção básica: áreas remotas, e de extrema pobreza².

O PMM surgiu após levantamento, realizado em 2012, que apontou a existência de 1,86 médicos para cada mil habitantes no Brasil, sendo que países com sistemas públicos similares, apresentavam índices maiores de profissionais atuantes, como Portugal com índice de 3,9 e

¹ Produto da pesquisa estadual Impacto Social do Programa Mais Médicos em Santa Catarina: realidades e perspectivas, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Edital 2014/1, Termo 2015TR363, e realizada com o apoio direto da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC).

Espanha com 4 médicos para mil habitantes³. Além disso, a distribuição desses profissionais no País apresentava grandes desigualdades, tanto por meio dos setores (público e privado) como territoriais (capitais e periferias)⁴.

No Brasil, o Programa está implantado em 4.058 municípios, totalizando 18.240 profissionais médicos que reforçaram as equipes da atenção básica¹. Esses números tendem a refletir em todo o País por meio da melhoria da qualidade do atendimento, além de formar médicos com maior experiência prática no SUS⁵. O PMM também busca intensificar as ações de saúde, favorecendo o acesso e impactando o trabalho de prevenção e promoção da saúde da população, por consequência, refletindo nos indicadores de saúde da população⁶.

A análise contínua dos indicadores de saúde da população atendida pelo PMM e sua comparação com dados anteriores à implantação permitem verificar o impacto nos serviços de saúde e usuários. Trabalhos com verificação de indicadores de saúde antes e após a implantação do PMM são escassos na literatura o que dificulta a comparação entre diferentes realidades brasileiras. Ressalta-se que os serviços existentes estão vinculados ao meio social, econômico e cultural, sendo este contexto responsável por sua modelagem⁴. Desta forma, o produto dos serviços de saúde é determinado por uma interação entre o meio e os diferentes atores sociais envolvidos no processo, como gestores, profissionais e usuários⁷.

Para realizar uma análise de forma ampla é necessário avaliar indicadores essenciais para atenção básica, dentre eles cobertura das equipes de saúde da família, bem como internações e procedimentos realizados.

A atenção básica é entendida como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, onde devem ser acolhidos e resolvidos os problemas passíveis de solução com medidas simples, gerados nos processos de saúde e doença da população, de forma organizada, ampla, eficaz e efetiva, com emprego de baixa densidade tecnológica, em que são executados procedimentos capazes de atender a maior parte da população, e cujos resultados impactam na redução da busca por serviços de atenção secundários e terciários⁸.

Uma atenção básica estruturada, de modo a ter cobertura adequada da população com profissionais atuantes em acordo com os princípios do SUS, tem uma resolução de mais de 85% dos problemas da população⁹. Por consequência, nos espaços brasileiros em que o SUS é bem estruturado a partir deste nível de atenção, dinamiza-se uma tendência à redução de serviços de média e alta complexidade que, em sua maioria, são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de atenção básica oportuna e eficaz¹⁰.

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (CSAP), como diabetes *mellitus*, hipertensão, anemia e doenças relacionadas ao pré-natal e parto, são exemplos de eventos que poderiam ser evitados em sua totalidade ou em parte, pela presença de serviços efetivos de saúde¹⁰ de base.

Se a atenção básica não dispõe de uma estrutura e profissionais que possam compreender e lidar com o modo de vida da comunidade com relação ao processo de saúde e doença, um indivíduo acometido por algum problema de saúde, sem atendimento e/ou acompanhamento adequado, tem ampliada a complexidade de seu agravo, o que acaba levando-o ao serviço de média ou alta complexidade com impacto financeiro alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia⁹.

Portanto, os indicadores de saúde, quando gerados de forma regular, são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação da saúde e das ações em todos os níveis da atenção básica¹¹.

No presente artigo adotou-se o conceito de impacto utilizado por Facchini et al.: “modificações introduzidas por uma intervenção num contexto da vida real”¹², ou seja, modificações dos indicadores que resultem em diferenças entre os municípios que receberam o PMM em contraste com aqueles que não receberam. Devido à brevidade da existência do Programa com relação aos indicadores aqui investigados, considerados macroestruturais, partiu-se da hipótese nula de que não é esperado quaisquer diferenças significativas entre os municípios que receberam e os que não receberam o PMM, considerando-se que a avaliação de dois anos de implantação do Programa pode não ser suficiente para implicar em alteração estatisticamente significativa nos indicadores avaliados. Entende-se que esta avaliação é ferramenta essencial para verificar a efetividade do programa nas ações da atenção básica a nível estadual, colaborando no planejamento de políticas públicas direcionadas às características encontradas.

2. Metodologia

Tratou-se de um estudo do tipo ensaio comunitário no período 2008-2015 que analisou a tendência de quatro indicadores de saúde relacionados ao PMM em Santa Catarina, que recebeu entre 2013 e 2015 quase 500 médicos distribuídos em 199 municípios (dados de dezembro de 2015) restando 96 municípios que não aderiram ao Programa. Os dados secundários foram coletados da base do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde - COAP (portalses.saude.sc.gov.br) para as seguintes variáveis, considerando-se como critérios de inclusão aquelas variáveis mais relacionadas ao Programa e a existência de registros em mais de 50% dos municípios na base de dados:

1. Percentual de cobertura das equipes de atenção básica (*Cobertura*)
2. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (*ICSAB*)
3. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente (*Procedimento média complexidade*)
4. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente (*Internação média complexidade*)

Previamente à análise foram excluídos os municípios que não existiam no início do período de estudo: Balneário Rincão, Pescaria Brava e Redentora. Os resultados dos indicadores de saúde foram previamente analisados quanto a sua distribuição amostral, com o intuito de identificar o tipo de análise mais congruente: paramétrica ou não paramétrica. Foram realizados testes de normalidade para as variáveis selecionadas, utilizando-se a prova de Kolmogorov-Smirnov para o teste de significância ao nível de 5%. Os dados foram considerados normais e passíveis de serem avaliados por testes paramétricos.

Foram analisadas as diferenças entre os municípios que receberam o PMM (n=199) e aqueles que não receberam (n=96) por meio de testes-t não pareados de *Student* para o período anterior (período 1, entre 2008 a 2013) e posterior do Programa (período 2: 2014 e 2015). O exame do comportamento de cada indicador foi realizado por meio de representações gráficas temporais, comparando-se os valores médios para os dois grupos: os que receberam e os que não receberam o MM, utilizando-se intervalos de confiança a 95%. Todas as análises estatísticas consideraram o nível de significância de 5% e foram realizadas com o auxílio do aplicativo Statistica 10¹³.

3. Resultados

Dos 199 municípios catarinenses com médicos do PMM em 2015, 117 receberam somente um médico do Programa, 66 até cinco médicos e os 16 restantes mais de cinco médicos. Em 2015, o município de Florianópolis foi aquele que mais recebeu médicos (26), seguido por Blumenau, Itajaí e Mafra, cada qual com 16 profissionais.

A Tabela 1 mostra a caracterização dos indicadores COAP com relação aos dois grupos, comparando o período anterior ao PMM (2008 a 2013) ao posterior (2014 e 2015). Observou-se diferenças não significativas para o percentual de cobertura das equipes de atenção básica (*Cobertura*) no grupo de municípios que não recebeu o PMM antes e depois do programa, enquanto que para o grupo que recebeu o PMM houve aumento significativo ($p < 0,0001$) do percentual, de 92,88 para 96,66. A proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (*ICSAB*) decresceu significativamente em ambos os grupos, mas mais acentuadamente no grupo que recebeu o PMM ($p < 0,0001$) do que no outro ($p = 0,0002$). Os indicadores de razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente (*Procedimento média complexidade*) e razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente (*Internação média complexidade*) mostraram aumento significativos em ambos os grupos.

Tabela 1 – Médias e intervalos de confiança (IC95%) dos indicadores de saúde de acordo com a adesão ao PMM no período entre 2008 e 2013 (antes) e 2014-2015 (depois).

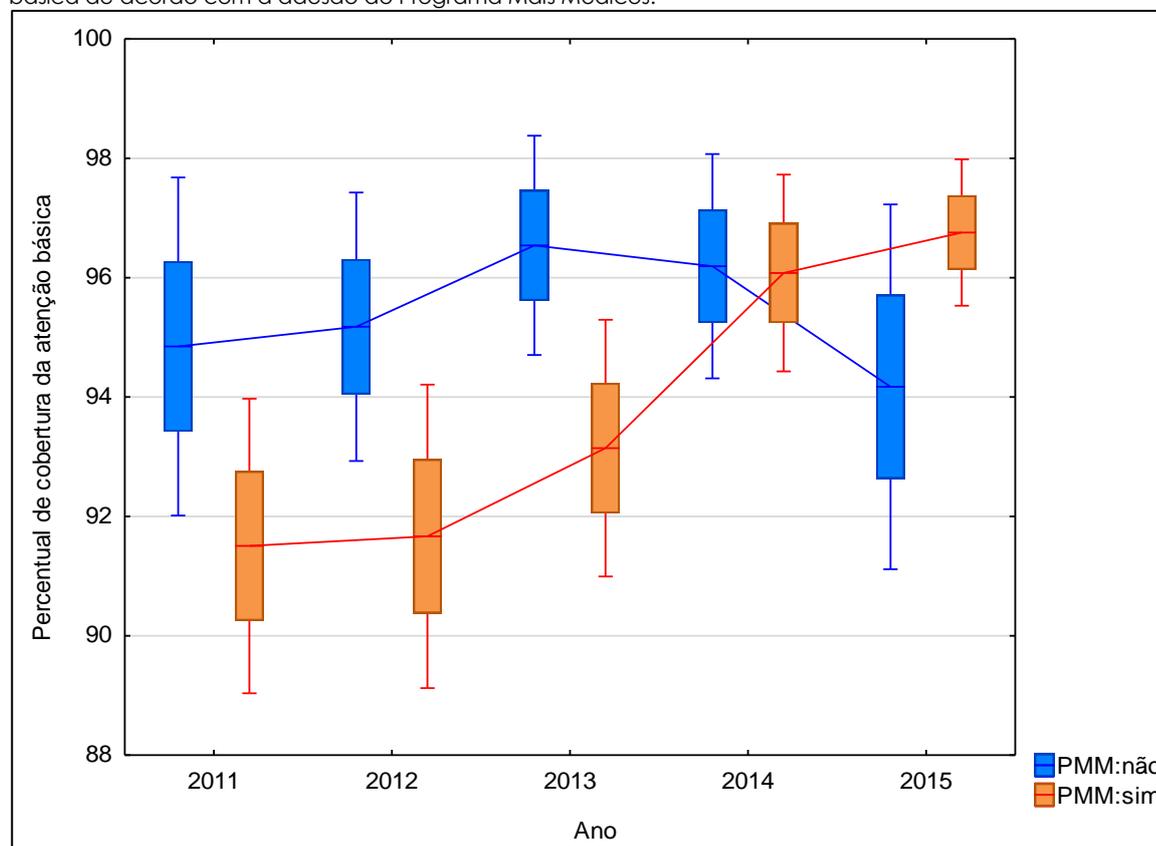
Indicador	PMM: não				p*
	Antes		Depois		
	Média	IC95%	Média	IC95%	
Cobertura	95,52	64,18-96,86	95,18	93,40-96,97	0,7600
ICSAB	31,20	30,35-32,05	28,19	27,08-29,30	0,0002
Procedimento média complexidade	1,01	0,95-1,07	1,46	1,32-1,60	<0,0001
Internação média complexidade	5,19	5,08-5,30	6,08	5,72-6,45	<0,0001

Indicador	PMM: sim				p*
	Antes		Depois		
	Média	IC95%	Média	IC95%	
Cobertura	92,88	91,68-94,09	96,66	95,75-97,57	<0,0001
ICSAB	31,71	31,17-32,26	29,36	28,53-30,19	<0,0001
Procedimento média complexidade	0,82	0,79-0,85	1,27	1,20-1,34	<0,0001
Internação média complexidade	5,10	5,03-5,17	5,62	5,40-5,84	<0,0001

Nota: ICSAB: internação por condições sensíveis a atenção básica. MM: não, n=576 observações nos 6 anos, exceto o percentual de cobertura n=288 com dados disponíveis somente a partir de 2011; MM: sim, n=1194 observações nos 6 anos, exceto condição sensível n=1184 e cobertura n=597 (2011-2013). *teste-t não pareado ao nível de 5%.

Os Gráficos 1 a 4 mostram as diferenças na série anual amostrada, nos quais é possível analisar a tendência dos valores dentro de cada período, especialmente entre os anos de 2014 e 2015 que correspondem ao PMM. O Gráfico 1 apresenta a evolução do indicador da cobertura da atenção básica. Observa-se queda do percentual e cobertura entre 2014 e 2015 para o grupo que não recebeu o PMM, contrastada com o aumento desta para o grupo que recebeu o PMM.

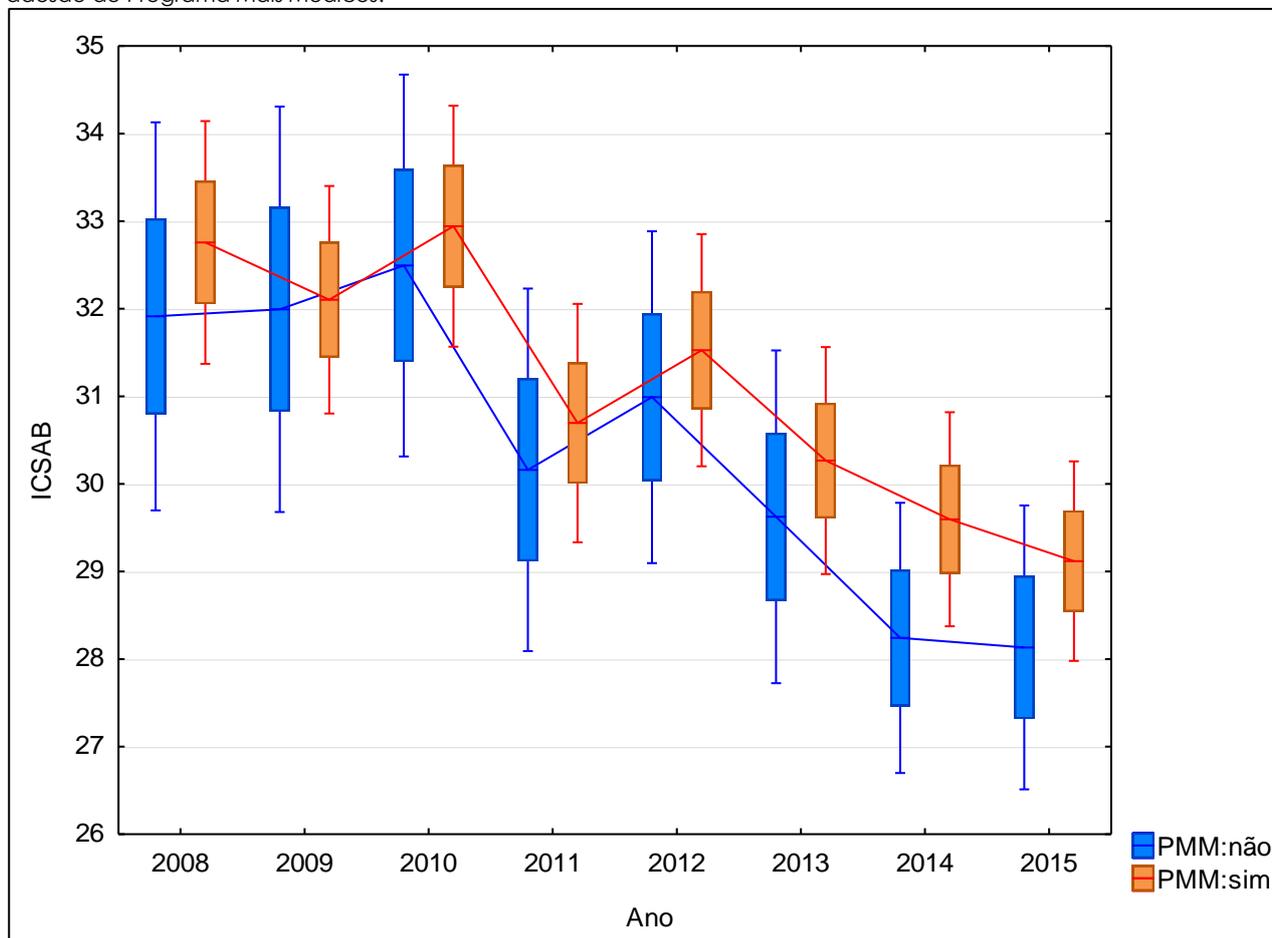
Gráfico 1 – Evolução temporal do indicador percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica de acordo com a adesão ao Programa Mais Médicos.



Nota: a média está representada pela linha central, o erro-padrão nas caixas e o intervalo de confiança nos extremos.

No Gráfico 2 visualiza-se a evolução do indicador percentual de internação por condições sensíveis (ICSAB). Nota-se que o grupo que não recebeu o PMM permaneceu nos anos de 2014 e 2015 com percentual estável de internação enquanto que o grupo que recebeu o PMM manteve a tendência de queda.

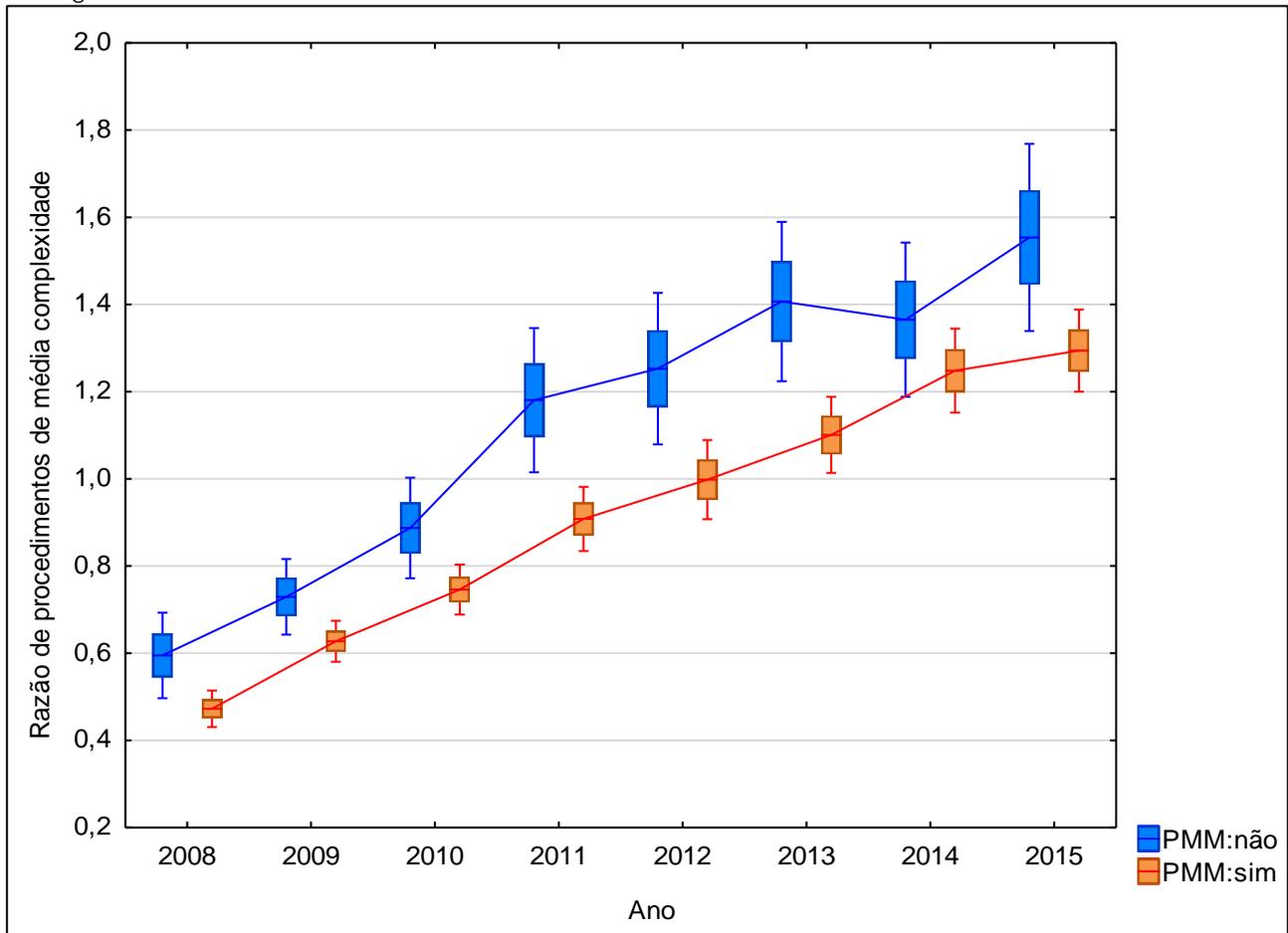
Gráfico 2 – Evolução temporal do indicador percentual de internação por condições sensíveis (ICSAB) de acordo com a adesão ao Programa Mais Médicos.



Nota: a média está representada pela linha central, o erro-padrão nas caixas e o intervalo de confiança nos extremos.

Quando observado o indicador de procedimento de média complexidade (Gráfico 3) nota-se entre os anos de 2013 e 2014 a aproximação do grupo que recebeu o PMM em relação ao outro grupo. Após o PMM, entre 2014 e 2015 observou-se um maior aumento nos percentuais para o grupo que não recebeu o PMM e com maior variação entre os municípios, demonstrada pelo maior intervalo de confiança do grupo. No grupo que recebeu o PMM há tendência de menor crescimento no indicador entre 2014 e 2015.

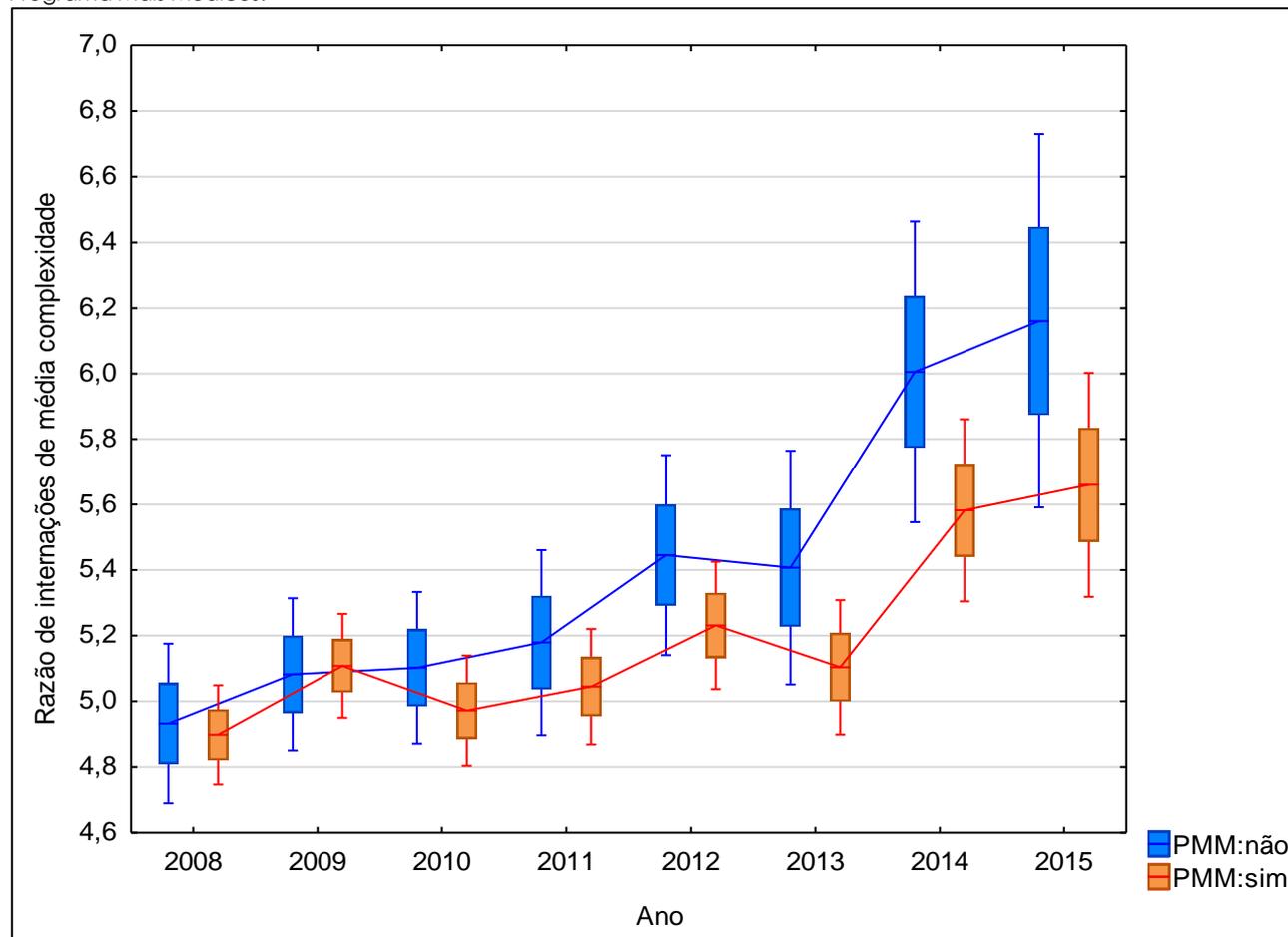
Gráfico 3 – Evolução temporal do indicador razão de procedimentos de média complexidade de acordo com a adesão ao Programa Mais Médicos.



Nota: a média está representada pela linha central, o erro-padrão nas caixas e o intervalo de confiança nos extremos.

O Gráfico 4 mostra a evolução do indicador de internações de média complexidade, com evolução similar entre os dois grupos. No entanto, observados os anos de 2014 e 2015 o grupo que não recebeu o PMM mostra tendência de crescimento maior do que o grupo que recebeu o PMM.

Gráfico 4 – Evolução temporal do indicador razão de internações de média complexidade de acordo com a adesão ao Programa Mais Médicos.



Nota: a média está representada pela linha central, o erro-padrão nas caixas e o intervalo de confiança nos extremos.

As tendências observadas nos gráficos mostram diferenças de comportamento nos anos do MM (2014 e 2015) entre os dois grupos de municípios, sinalizando modificações no comportamento dos quatro indicadores de acordo com a presença do PMM, especialmente nos percentuais de cobertura e internações por condições sensíveis, mas também com diferenças nos procedimentos e internações de média complexidade.

4. Discussão

Desde 2014 a imprensa destaca as modificações introduzidas pelo Mais Médicos nos indicadores de saúde de Santa Catarina¹⁴. No entanto, a produção científica relacionada a estas mudanças ainda é incipiente, justificada pelo exíguo tempo de implantação do Programa. Uma revisão da produção científica¹⁵ apontou 54 publicações sobre a temática do PMM entre 2014 e 2016, sendo que destas somente duas abordaram indicadores de saúde, especificamente quanto à cobertura da atenção básica^{16,17}. Desde então, têm surgido alguns estudos que avaliaram de uma ou outra forma o impacto do PMM nos indicadores de saúde e que podem ser contrastados com os resultados deste estudo, mesmo que de forma indireta.

Os dados analisados neste estudo mostram diferenças observáveis, em maior ou menor grau, nos quatro indicadores de saúde entre o grupo de municípios catarinenses que recebeu o PMM daquele que não recebeu. Com relação à cobertura da atenção básica, os resultados da presente pesquisa foram similares aos encontrados por Sábado et al.¹⁸, que apontaram para uma ampliação significativa da cobertura de médicos nas regiões Norte e Nordeste, em municípios de pequeno porte. Silva et al.¹⁹ compararam indicadores de produção, marcadores e situação da saúde antes e depois do PMM em uma região vulnerável do estado de São Paulo e concluíram

que houve melhora no acesso (cobertura) e promoção da saúde, mas sem reflexos nas internações por causas sensíveis à atenção básica.

Miranda e Melo^{20:2847} estudaram agregados municipais no estado do Rio Grande do Sul com e sem o PMM (controle) em diversos indicadores de resultados, entre eles as internações por causas sensíveis à atenção básica, não encontrando melhoras significativas e concluindo que "o que só pode ser aferido com a repetição da análise dos agregados municipais quando decorrido um período maior de tempo".

A tendência de decréscimo na proporção de internação por condições sensíveis já era evidenciada antes da implantação do PMM, conforme mostrado no Gráfico 2. O estudo de Elias e Magajewsk⁸ entre 1999 e 2004 mostrou tendência ao declínio das taxas de internações por pneumonia em menores de cinco anos e em maiores de 60 anos na população, e declínio das internações por diabetes mellitus. Um estudo anterior, longitudinalmente mais abrangente, entre 2001 e 2011 em Florianópolis já mostrava um comportamento similar deste indicador²¹ com relação ao que foi aqui apresentado para todo o estado. O que se evidencia no presente estudo é a diferença de tendências entre os grupos de municípios catarinenses após o PMM, com a manutenção da proporção para o grupo que não recebeu o PMM em contraste com aquele que recebeu.

Estudos com outros indicadores em âmbito nacional também apontaram reflexos positivos do PMM. Lima et al.² analisaram a produção de consultas de 2014 em todo o Brasil em equipes que receberam médicos pelo Programa, contrastando com aquelas que não pertenciam, concluindo que nos municípios mais pobres a produção e produtividade de consultas pelos médicos do PMM foi mais elevada, mensurados pela produção de consultas, produtividade semanal, encaminhamentos médicos e atendimentos educativos das equipes da ESF.

No indicador referente à razão de procedimentos e internações de média complexidade, os resultados não permitem comparações tendo em vista a ausência de estudos com tais indicadores, até o momento. Por essa razão devem ser vistos como indícios de uma possível mudança na efetividade da atenção básica e consequente diminuição do descrédito da população com relação a este serviço e a procura indiscriminada por hospitais²².

Percebe-se que o impacto positivo do PMM nos indicadores de saúde depende em muito de duas situações: a necessidade da manutenção de um Programa que tem caráter provisório e depende de renovação a cada três anos²⁴, e em pesquisas continuadas sobre estes indicadores aqui abordados.

As limitações do estudo referem-se àquelas específicas de delineamentos de agregados com dados secundários: ampliação do erro amostral devido à variação populacional dos agregados, possíveis subnotificações e incorreções nas notificações de dados, viés decorrente da heterogeneidade da distribuição da intervenção estudada e outras variáveis intervenientes que podem resultar em confusão de fatores não abordados no estudo. Quanto à notificação, o estudo de Lima et al.²⁴ já mostrava em 2009 a validade e a utilidade dos dados provenientes do Datasus, o que amplia a consistência dos dados aqui apresentados.

5. Conclusões

Os resultados apontados e discutidos neste estudo permitem as seguintes considerações: antes da implantação do PMM o grupo de municípios que não aderiu ao PMM apresentava valores médios significativamente superiores àqueles do grupo que aderiu ao PMM em dois indicadores: cobertura e procedimentos de média complexidade. Após a implantação, o grupo que não o recebeu não apresentou modificação significativa na cobertura da atenção básica, porém o grupo que recebeu mostrou aumento significativo neste indicador, além de uma tendência de redução na proporção de internações sensíveis, procedimentos e internações de média complexidade.

Os indicadores que apresentaram diferenças mais expressivas com relação aos grupos foram: o percentual de cobertura das equipes de atenção básica com aumento significativo na cobertura dos municípios que receberam o PMM, em especial no ano de 2014, mas com crescimento no ano de 2015 e a proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB): com queda na proporção do grupo que recebeu o PMM entre os anos de 2013 e 2015.

Tais considerações evidenciam um impacto positivo do PMM nos quatro indicadores avaliados, atingindo seu objetivo de promover mudanças na atenção básica nos municípios vulneráveis, mas podendo também ser evidenciada mudança do grupo como um todo, mesmo

considerando-se as heterogeneidades presentes dos dois grupos. Estudos em profundidade considerando-se as especificidades dos municípios ou pelo menos diferenças entre os estratos populacionais podem ampliar a lente de análise dos resultados aqui apresentados.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) pelo financiamento oportunizado para a realização da pesquisa e à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) pelo apoio direto.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos, 2015. <http://maismedicos.gov.br/>. Acesso em 24.10.2016.
2. Lima RTS, et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2685-96.
3. Cerqueira JPC, Alves SMC. A Constitucionalidade do Programa Mais Médicos para o Brasil. *Cad Ibero-Amer Dir Sanit* 2016; 5(2): 91-107.
4. Santos MAM, et al. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do programa mais médicos na área rural de Porto Velho, Rondônia. *Gestão & Sociedade* 2016; 10: 1327-46.
5. Carryl JAM, et al. Programa mais médicos. *Revista Diálogos Interdisciplinares* 2016; 5(2): 1-8.
6. Alencar APA, et al. Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Gestão & Sociedade* 2016; 10: 1290-301.
7. Carrer A, et al. Efetividade da estratégia saúde da família em unidades com e sem o programa mais médicos em município do oeste do Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2849-60.
8. Elias E, Magajewsk F. A atenção primária a saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Ver Bras Epidemiol* 2008; 11(4): 633-47.
9. Scheffer M. Para além do programa mais médicos. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2664-6.
10. Rehem TCMSB, et al. Internações por condições sensíveis a atenção primária: percepção dos usuários e profissionais de saúde. In: 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa; 2016. Porto, Portugal; 2016. 2: 1039-48.
11. Pereira BS, Tomasi E. Instrumento de apoio a gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25(2): 411-8.
12. Facchini LA, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Supl 1): S159-S72.
13. StatSoft Inc. (2011). STATISTICA (data analysis software system), version 10. www.statsoft.com.
14. Brasil. Diário Catarinense. 2014. <http://jornaldesantacatarina.clicrbs.com.br/sc/geral/noticia/2014/07/numero-de-consultas-medicas-sobe-38-8-em-santa-catarina-10-meses-apos-inicio-do-programa-mais-medicos-4540560.html>. Acesso em 02.12.2016.
15. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2785-96.
16. Florentino Júnior AL. (Monografia). Mais Médicos e Mais Cobertura? Efeitos iniciais do Programa Mais Médicos na cobertura da Atenção Básica no Brasil. Universidade de Brasília/UnB, Brasília. 2014.
17. Rojas VC. (Dissertação). Impactos na Atenção Básica no município de Pelotas-RS com a implantação do Programa Mais Médicos. Escola de Administração, Porto Alegre. 2015.
18. Sábado NG, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2675-84.
19. Silva BP, et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2899-906.
20. Miranda AS, Melo DA. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2837-48.
21. Vinicius PB, Juvenal SDC. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25(1): 75-84.
22. Pires MRGM, et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15 (Supl. 1): 1009-19.

23. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2655-63.
24. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(9): 2095-109.

Artigo Recebido: 02.05.2017

Aprovado para publicação: 09.01.2019

Leo Lynce Valle de Lacerda

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458

CEP: 88302-901 Itajaí, SC – Brasil

Email: leolynce@univali.br
