



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



Recrutamento e retenção de médicos para a Atenção Básica: permanentes desafios para o Brasil

Recruitment and retention of physicians for Primary Health Care: permanent challenges for Brazil

Maria Emília Chaves Tenório¹, Juliana Sampaio², Gabriella Barreto Soares³

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar as evidências científicas e documentais sobre as estratégias relacionadas ao recrutamento e à retenção de médicos para Atenção Básica (AB) e implementadas pelo Programa Mais Médicos. Trata-se de uma revisão integrativa que incluiu documentos oficiais sobre o PMM e artigos sobre recrutamento e retenção de médicos na AB. As estratégias encontradas na literatura foram formação médica, incentivos aos médicos, características intrínsecas ao médico e à localidade, investimento em infraestrutura e recrutamento de médicos intercambistas. O PMM contemplou todas essas categorias, porém não contemplou todas as subcategorias encontradas na literatura, como presença de equipe interprofissional. Portanto, as medidas implementadas a partir do Programa encontram-se em consonância com as estratégias mais apontadas na literatura atual sobre recrutamento e retenção de médicos na AB.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Área carente de assistência médica. Programa Mais Médicos.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the scientific and documentary evidence on the strategies related to the recruitment and retention of doctors for Primary Care (AB) and those implemented by the Mais Médicos Program. It is an integrative review that included official documents on the PMM and articles on recruiting and retaining

¹ Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba. *E-mail:* mariaemiliamed@gmail.com

² Doutora em Saúde Pública. Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba.

³ Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual de São Paulo Júlio de Mesquita Filho. Professora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

doctors in AB. The strategies found in the literature were medical training, incentives for doctors, characteristics intrinsic to the doctor and the location, investment in infrastructure and recruitment of exchange students. The PMM covered all of these categories, but did not include all the subcategories found in the literature, such as the presence of an interprofessional team. Therefore, the measures implemented from the Program are in line with the most pointed strategies in the current literature on the recruitment and retention of doctors in AB.

KEYWORDS: Primary health care. Medically Underserved Area. Health Consortia.

INTRODUÇÃO

Apesar da expansão da Atenção Básica (AB) no Brasil e de sua relevância no contexto da promoção, proteção e reabilitação da saúde dos indivíduos e coletividades, essa ainda enfrenta diversos desafios na sua consolidação e fortalecimento. Destacam-se, entre eles, a escassez e má distribuição de médicos voltados para os cuidados básicos, bem como a retenção e o recrutamento destes para AB, o que impacta diretamente na garantia do acesso e da qualidade da AB.¹

Algumas propostas vêm sendo desenvolvidas, com o objetivo de desenvolver o recrutamento e a retenção de médicos, ou seja, atrair o profissional para atuar em determinada localidade, como também garantir a permanência deste naquele local de trabalho. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) lançou alguns programas para atrair tais profissionais para AB, dentre os quais se destacam: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) – 1976, Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) – 1993, Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) – 2001, Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) – 2011 e Programa Mais Médicos (PMM) – 2013.²

O Brasil possui 2,18 médicos por mil habitantes, número inferior ao recomendado pelo MS de 2,5 por mil habitantes. Além disso, a distribuição é desigual quando se comparam as macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) e as capitais com as cidades do interior. O Sudeste, macrorregião de maior densidade médica do país, possui 2,81 médicos por mil habitantes. Já o Norte tem uma razão de médicos por mil habitantes de 1,16 e o Nordeste de 1,41. Esse desequilíbrio é ainda mais marcante quando se comparam as capitais com as cidades do interior. A razão de médicos por mil habitantes nas capitais é de 5,07, enquanto que no interior é de 1,28, ou seja, 3,9 vezes menor.³

Observa-se, contudo, que este não é um problema apenas do Brasil, mas de muitos países, sejam desenvolvidos ou em desenvolvimento. Um exemplo disso é o estudo realizado pelo National Health Service (NHS) da Inglaterra⁴ sobre as evidências existentes sobre recrutamento e retenção de profissionais médicos, em países ricos. Esse estudo apontou como fator mais determinante para o recrutamento a exposição

precoce do estudante de medicina à AB e, para a retenção, a existência de especialização em AB. Fatores como renda não foram classificados como mais importantes.

No Brasil, o PMM foi, nos últimos anos, o principal programa que recrutou médicos para a AB, considerando as diferentes necessidades locais. Embora existam publicações nacionais e internacionais sobre o programa,^{6,7} nenhuma avalia suas estratégias de recrutamento e retenção a partir de experiências internacionais documentadas e analisadas em revisões de literatura, considerando as realidades de países de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social.

Assim, o presente estudo objetiva analisar as evidências científicas e documentais sobre as estratégias relacionadas ao recrutamento e à retenção de médicos para Atenção Básica e implementadas pelo Programa Mais Médicos. Busca-se, assim, contribuir para a tomada de decisão de gestores que tenham em vista garantir a presença de médicos nas equipes de atenção básica, em especial em localidades mais longínquas e periferias urbanas.

DESENVOLVIMENTO

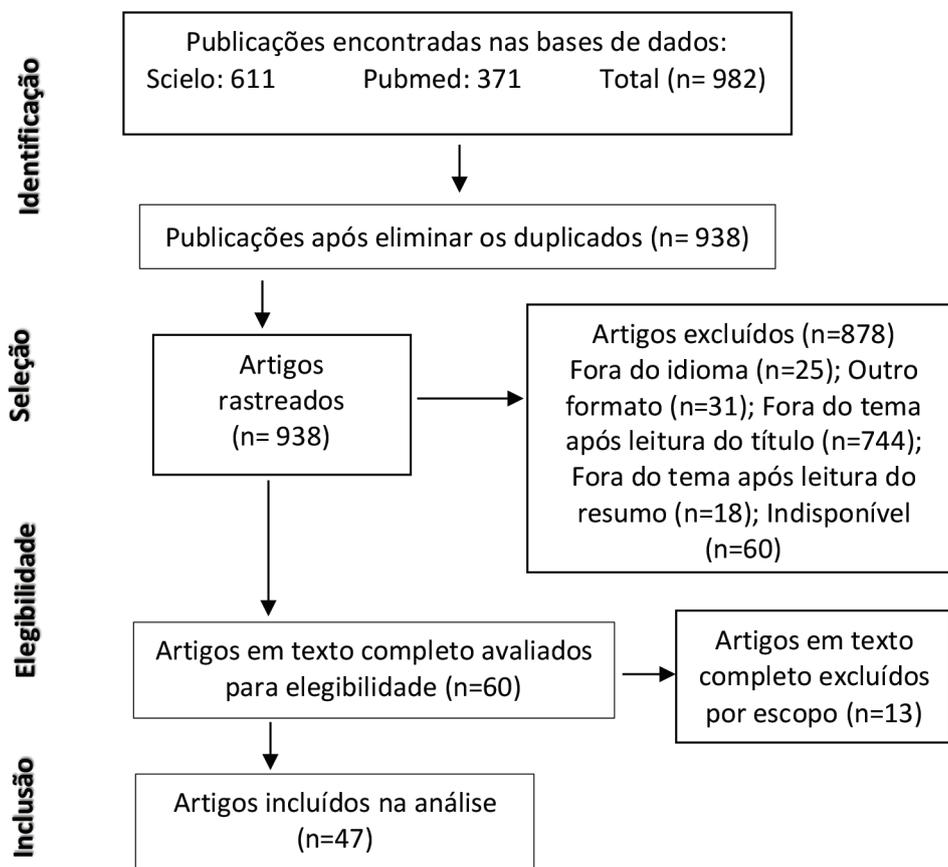
Caminhos Metodológicos

Trata-se de uma revisão integrativa, cuja questão norteadora foi: Quais as estratégias relacionadas ao recrutamento e à retenção de médicos para Atenção Básica? Foram incluídos documentos oficiais do governo federal sobre o PMM e artigos sobre recrutamento e retenção de médicos para AB. A coleta dos dados foi realizada em janeiro de 2018. Para a revisão foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Scielo e Pubmed. Os descritores utilizados no Scielo foram ("Physician Incentive Plans" OR "Provimento" OR "Recruitment" OR "Fixação" OR "Retention" OR "Rotatividade") AND ("Primary Health Care" OR "Atenção Básica") AND ("Médico" OR "Physician") AND NOT (clinical_aspect: ("therapy")) AND NOT ("Therapeutics"). No Pubmed utilizaram-se como descritores ("Physician Incentive Plans"[Mesh] OR "Health Policy"[Mesh] OR "Programa Mais Medicos"[All Fields]) AND "Primary Health Care"[Mesh] AND ("Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "Physicians"[Mesh])). Nessa busca, foram encontrados 371 artigos no Pubmed e 611 artigos na base do Scielo, totalizando 982 artigos. Após a eliminação dos duplicados, restaram 938 artigos.

Os critérios de exclusão consistiram em artigos que não estivessem na língua inglesa, portuguesa ou espanhola, não indexados, acesso completo indisponível, arquivos de vídeo ou som, editoriais, artigos de opinião e relatos de experiência. Não houve restrições quanto ao país ou ao ano de publicação. Ressalta-se a importância de esta revisão não se restringir a estudos de países de alta renda, como as atuais revisões sistemáticas disponíveis, visto que é imprescindível considerar as peculiaridades socioeconômicas das nações em desenvolvimento.

A seguir, procedeu-se à exclusão de 25 publicações por não estarem nos idiomas especificados, além de 31 por não estarem no formato de artigo científico. Após a leitura dos títulos, 744 artigos foram excluídos, por não se encaixarem no escopo do estudo, e depois da análise dos resumos mais 18 foram retirados da amostra. Ainda, 60 artigos foram suprimidos pela indisponibilidade de acesso ao texto completo, totalizando 878 exclusões. Dessa forma, 60 textos foram selecionados para a leitura integral, 13 dos quais foram excluídos por estarem fora do escopo do estudo. Finalmente, obteve-se 47 artigos para análise (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos sobre recrutamento e retenção de médicos para Atenção Básica



Fonte: elaborada pelas autoras

Também foram coletados documentos sobre o PMM, no site oficial do programa, o qual é mantido pelo governo federal e pode ser acessado através do link <http://maismedicos.gov.br/>. Acessou-se a sessão legislativa, onde foram obtidas as leis, as medidas provisórias, os decretos, as portarias e as resoluções. Esses documentos foram lidos integralmente e selecionados os que se referiam a recrutamento e retenção de médicos.

Inicialmente, foram identificados 69 documentos oficiais, dentre os quais: 2 medidas provisórias, 3 leis, 3 decretos, 36 portarias, 8 resoluções, 1 instrução normativa e 16 termos de ajuste. Após a leitura dos documentos, foram excluídos 23 por não se referirem às estratégias de recrutamento e retenção de médicos. Foram, assim, incluídos para análise 46 documentos: 1 medida provisória, 1 lei, 2 decretos, 21 portarias, 5 resoluções, nenhuma instrução normativa e 16 termos de ajuste.

Todas as etapas foram realizadas por dois autores, tendo o segundo revisor analisado inicialmente 20% da amostra de cada fase para verificar a concordância e minimizar o viés. Quando não havia concordância entre os primeiros 20%, selecionavam-se mais 20% e assim consecutivamente. Nos casos em que houve divergência entre os dois pesquisadores, um terceiro pesquisador avaliou-os e chegou-se a um consenso.

Ao final, obtiveram-se 47 artigos e 46 documentos oficiais. Dos artigos foram categorizadas as seguintes informações: abrangência, tema, objetivo, metodologia e resultados principais dos artigos. Dos documentos, o nome, a data de sua publicação, o tipo de documento, o tema e qual(uais) elemento(s) de recrutamento e retenção foi(foram) identificado(s).

Para a organização e a análise das informações que tratavam sobre recrutamento e retenção nos artigos e documentos incluídos na revisão integrativa, os achados foram dispostos em categorias temáticas, tendo como referência metodológica a análise temática de conteúdo.⁸ Assim, foram construídas as seguintes categorias: 1. Estratégias de formação médica; 2. Estratégias de incentivos aos médicos; 3. Características intrínsecas ao médico e à localidade; 4. Estratégias de investimento em infraestrutura da AB; e 5. Estratégia de recrutamento de médicos intercambistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, foram encontrados artigos publicados desde o ano de 1993 até 2017. A partir de 2008, foram publicados artigos anualmente, alcançando o ápice em 2017, com sete artigos publicados. Existem estudos tanto de países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento.

Dentre os artigos encontrados, sete são brasileiros e abordam o PMM, exceto um, cujo ano de publicação é 2012, anterior à criação do programa. Diante disso, percebe-se a relevância do PMM entre as políticas de recrutamento e retenção de médicos no Brasil. Por isso, o presente estudo baseia-se, nacionalmente, nesse programa para discutir recrutamento e retenção para AB (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização dos artigos a partir do título, autoria, revista, ano de publicação, localidade e as estratégias de recrutamento e retenção encontradas

Autores/Título/Revista/Ano	Abrangência do estudo	Estratégias de recrutamento e retenção encontradas
GLASSER et al./A comprehensive medical education program response to rural primary care needs./Acad Med/2008	EUA	Formação médica
STORTI et al./A expansão de vagas de residência de medicina de família e comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos/Interface/2017	Brasil	Formação médica/ Investimento em infraestrutura
ANTHONY et al./A focus on primary care: effective strategies for recruiting students / MedHealth R I/ 2011	EUA	Formação médica/ Características intrínsecas ao médico e à localidade
BODENHEIMER et al./A lifeline for primary care / NEJM/2009	EUA	Formação médica/ Incentivos aos médicos/ Investimento em infraestrutura
TOBLER/Primary problem: more patients under federal health reform with fewer primary care doctors spell trouble / State Legislatures /2010	EUA	Formação médica/ Incentivos aos médicos
VOORHEES et al./A proposal for reform of the structure and 2016financing of primary care graduate medical education/Fam Med/ 2013	EUA	Formação médica
VERMA et al./A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. / BMC Health Serv Res/2016	Países de alta renda	Formação médica/ Incentivos aos médicos/ Recrutamento de médicos intercambistas
LARKINS et al./Addressing inequities in access to primary health care: lessons for the training of health care professionals from a regional medical school / Aust J Prim Health/2011	Austrália	Formação médica/ Características intrínsecas ao médico e à localidade
MARCHAND; PECKHAM/Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review / Br J Gen Pract/2017	Países da OCDE*	Formação médica/ Características intrínsecas ao médico e à localidade
MOOSA et al./African leaders' views on critical human resource issues for the implementation of family medicine in Africa/ Hum Resour Health/2014	Países Africanos**	Formação médica
BAKER et al./Assessing community health center (CHC) assets and capabilities for recruiting physicians: the CHC Community Apgar Questionnaire / Rural Remote Health/2012	EUA	Incentivos aos médicos/ Características intrínsecas ao médico e à localidade/ Investimento em infraestrutura
GIOVANELLA; ALMEIDA/Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. / Cad Saude Publica/2017	América do Sul	Formação médica/ Incentivos aos médicos/ Recrutamento de médicos intercambistas

(Continuação)

Autores/Título/Revista/Ano	Abrangência do estudo	Estratégias de recrutamento e retenção encontradas
HEPONIEMIA et al./Can organizational justice help the retention of general practitioners? / Health Policy / 2013	Finlândia	Incentivos aos médicos
LIU et al./China's primary health-care reform/Lancet/2011	China	Formação médica/ Incentivos aos médicos/ Investimento em infraestrutura/ Recrutamento de médicos intercambistas
HIXON et al./ Developing the rural primary care workforce in Hawaii--a 10-point plan / Hawaii Med J/2010	Hawaií	Formação médica/ Investimento em infraestrutura
TROWBRIDGE et al./Development and Impact of a Novel Academic Primary Care Compensation Model /J Gen Intern Med /2015	EUA	Incentivos aos médicos
WEBER; TRINTA/Dialectics of a medical provision policy in priority areas in Brazil / Rev Assoc Med Bras/2017	Brasil	Formação médica/ Investimento em infraestrutura/ Recrutamento de médicos intercambistas
STEINBROOK/Easing the shortage in adult primary care is it all about money? / NEJM/2009	EUA	Formação médica/ Incentivos aos médicos/ Características intrínsecas ao médico e à localidade
FAGAN et al./Family medicine graduate proximity to their site of training: policy options for improving the distribution of primary care access/Fam Med/2015	EUA	Formação médica
NEY; RODRIGUES/Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família/ Physis/2012	Brasil	Formação médica/ Características intrínsecas ao médico e à localidade
PRETZER/Finally: Congress gets serious about promoting primary care / J. Med. Econ./1993	EUA	Formação médica
ROSENTHAL; CHANA/Future-proofing primary health care: GP recruitment and retention in the new NHS / Br J Gen Pract/2011	Grã-Bretanha	Formação médica
ABIMBOLA et al./How decentralisation influences the retention of primary health care workers in rural Nigeria /Glob Health Action/2015	Nigéria	Incentivos aos médicos/ Investimento em infraestrutura
STEARNS et al. /Illinois RMED: a comprehensive program to improve the supply of rural family physicians /Fam Med/2000	EUA	Formação médica

(Continuação)

Autores/Título/Revista/Ano	Abrangência do estudo	Estratégias de recrutamento e retenção encontradas
DA SILVA et al./Impact of physician distribution policies on primary care practices in rural Quebec /Can J Rural Med/2012	Canadá	Características intrínsecas ao médico e à localidade
SONG et al./Improving Chinese primary care providers' recruitment and retention: a discrete choice experiment /Health Policy Plan/2015	China	Incentivos aos médicos/ Investimento em infraestrutura
LEBENSOHN et al./Increasing resident recruitment into family medicine: effect of a unique curriculum in integrative medicine /Explore/2014	EUA	Formação médica
DUNT et al./Individual and area factors associated with general practitioner integration in Australia: a multilevel analysis /Soc. Sci. Med./2006	Austrália	Características intrínsecas ao médico e à localidade
PEREIRA et al./Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014/Rural Remote Health/2016	Brasil	Recrutamento de médicos intercambistas
SHAH et al./ Motivation and Retention of Physicians in Primary Healthcare Facilities: A Qualitative Study From Abbottabad, Pakistan /Int J Health Policy Manag/2016	Paquistão	Incentivos aos médicos/ Características intrínsecas ao médico e à localidade/ Investimento em infraestrutura
PEREIRA; PACHECO/O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil /Interface /2017	Brasil	Recrutamento de médicos intercambistas
STALEN/Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez/ Physis/2017	Brasil	Incentivos aos médicos/ Características intrínsecas ao médico e à localidade/ Investimento em infraestrutura
PINTO et al. /Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo provimento de 2013 a 2015/Interface/2017	Brasil	Incentivos aos médicos
EGGERTSON/Provinces lure physicians from one another/CMAJ/2006	Canadá	Formação médica/ Incentivos aos médicos/ Recrutamento de médicos intercambistas
ARVANTES /Radical primary care changes needed to meet coming demand for health care/ Ann Fam Med/2013	EUA	Formação médica/ Incentivos aos médicos
DONALD et al./Retention of primary care physicians in rural health professional shortage areas. /Am. J. Public Health/2004	EUA	Características intrínsecas ao médico e à localidade

(Conclusão)

Autores/Título/Revista/Ano	Abrangência do estudo	Estratégias de recrutamento e retenção encontradas
RIVO et al./State legislative strategies to improve the supply and distribution of generalist physicians, 1985 to 1992/M. J. Public Health/1995	EUA	Formação médica/ Incentivos aos médicos
COLBORNE/Taskforce aims to bolster rural physicians /CMAJ/2016	Canadá	Formação médica/ Incentivos aos médicos
MOKRZYCKA et al./The 2014 primary health care reform in Poland: Short-term fixes instead of a long-term strategy/Health Policy/2016	Polônia	Recrutamento de médicos intercambistas
HEPWORTH et al /The four pillars for primary care physician workforce reform: a blueprint for future activity/Ann Fam Med/2014	EUA	Formação médica/ Incentivos aos médicos
PACHECO et al. /The impact on rural New Mexico of a family medicine residency / Acad Med/2005	EUA	Formação médica
WHITFORD et al. /The South Australian Allied Health Workforce survey: helping to fill the evidence gap in primary health workforce planning /Aust J Prim Health/2012	Austrália	Formação médica/ Incentivos aos médicos/ Características intrínsecas ao médico e à localidade
SIMPSON; ESMAIL /The UK's dysfunctional relationship with medical migrants: the Daniel Ubani case and reform of out-of-hours services/Br J Gen Pract/2011	Reino Unido	Recrutamento de médicos intercambistas
RUSSELL et al./The value of survival analyses for evidence-based rural medical workforce planning /Hum Resour Health/2013	Austrália	Características intrínsecas ao médico e à localidade
INOUE et al/Transition of physician distribution (1980-2002) in Japan and factors predicting future rural practice/Rural Remote Health/2009	Japão	Características intrínsecas ao médico e à localidade
AUDAS et al./Where did the doctors go? A study of retention and migration of provisionally licensed international medical graduates practising in Newfoundland and Labrador between 1995 and 2006/Can J Rural Med/2009	Canadá	Recrutamento de médicos intercambistas
HANCOCKA et al./Why doctors choose small towns: a developmental model of rural physician recruitment and retention/Soc. Sci. Med./2009	EUA	Formação médica/ Características intrínsecas ao médico e à localidade

Fonte: elaborada pelas autoras

Os documentos oficiais sobre o PMM analisados (46) foram publicados entre julho de 2013 e março de 2018. As estratégias adotadas pelo programa para a retenção e recrutamento de médicos estiveram em consonância com as elencadas pela literatura nacional e internacional que tratavam sobre o tema. Assim, analisar tais estratégias à luz da literatura específica é extremamente importante para orientar novas tomadas de decisão dos gestores da saúde, tendo como suporte as evidências científicas (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos documentos oficiais do Programa Mais Médicos a partir do tema, título, data de publicação e estratégias de recrutamento e retenção encontradas

Tema	Títulos/Datas de publicação	Estratégias encontradas
Dispõe sobre a concessão de passagens, no âmbito do PMMB, para fins de gozo do recesso.	Portaria Interministerial nº 554/MPOG/MS, de 30/11/2014	Incentivos a médicos
Dispõe sobre a emissão do registro único e da carteira de identificação para os médicos intercambistas do PMMB.	Decreto nº 8.126, de 22/10/2013; Portaria nº 2.477/GMMS, de 22/10/2013	Recrutamento de médicos intercambistas;
Dispõe sobre a implementação do PMMB	Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.708, de 23/09/2016; Portaria Interministerial nº 1.639/MS/MEC, de 8/07/2013	Formação médica; Incentivos aos médicos; Recrutamento de médicos intercambistas; Investimento em infraestrutura
Dispõe sobre Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)	Portaria Interministerial MS/MEC nº 1127, de 6/08/2015	Formação médica
Dispõe sobre habilitação para autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares, por instituições de educação superior privadas.	Portaria Normativa MEC nº 14, de 2/06/2014	Formação médica
Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no PMMB.	Portaria Conjunta nº 1/SGTES-MS/SESU-MEC, 21/01/2014	Recrutamento de médicos intercambistas; Incentivos aos médicos

(Continuação)

Tema	Títulos/Datas de publicação	Estratégias encontradas
Dispõe sobre o registro de informações de saúde e das atividades desenvolvidas pelos médicos do PMMB	Portaria Interministerial nº 2.395/MS/MEC, 5/11/2014	Investimento em infraestrutura
Dispõe sobre oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo DF e Municípios aos médicos participantes do PMMB.	Portaria nº 23/SGTES/MS, de 1/10/2013; Portaria SGTES/MS nº 30, 12/02/2014; Portaria SGTES/MS nº 300, de 5/10/2017	Incentivos aos médicos
Dispõe sobre os valores das bolsas do PMMB	Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.891, de 27/11/2013; Portaria Interministerial MS/MEC nº 339, de 07/03/2014; Portaria Interministerial MS/MEC nº 46, de 16/01/2015; Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.708, de 23/09/2016; Portaria Interministerial MS/MEC nº 384, de 20/02/2018	Incentivos a médicos
Dispõe sobre procedimentos de adesão das instituições federais de educação superior ao Projeto Mais Médicos	Portaria Normativa MEC nº 014, de 9/07/2013	Incentivos a médicos
Estabelece normas para o custeio de despesas com o deslocamento dos médicos participantes do PMMB e seus dependentes legais.	Portaria Interministerial nº266/MPOG/MS, de 24/07/2013	Incentivos aos médicos
Estabelece os procedimentos de pré-seleção e adesão de municípios para autorização de funcionamento de curso de graduação em medicina por instituição de educação superior privada.	Portaria Normativa MEC nº 5, de 1/04/2015	Formação médica
Institui e redefine valores diferenciados de custeio às EqSF que possuam profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento.	Portaria GM/MS nº 1.834, de 27/08/2013	Investimento em infraestrutura
Institui o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade.	Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.618, de 30/09/2015	Formação médica

(Conclusão)

Tema	Títulos/Datas de publicação	Estratégias encontradas
Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.	Medida Provisória nº 621, de 8/07/2013; Lei Nº 12.871, de 22/10/2013	Formação médica; Incentivos aos médicos; Recrutamento de médicos intercambistas
Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas.	Decreto nº 8.516, de 10/09/2015	Formação médica
Resoluções Coordenação PMMB / Dispõe sobre Acordo de Cooperação entre os MS, MEC, Estados, DF e Municípios para ampliação locorregional do PMMB.	Resolução nº 1, de 1/03/2016	Características intrínsecas da localidade
Resoluções Coordenação PMMB / Dispõe sobre o Eixo Aperfeiçoamento e Extensão do 2º Ciclo Formativo do PMMB	Resolução nº 3, de 2/10/2015	Incentivos a médicos
Resoluções Coordenação PMMB / Dispõe sobre pagamento de ajuda de custo a médicos intercambistas do PMMB.	Resolução nº 2, de 27/04/2016	Incentivos a médicos
Resoluções Coordenação PMMB/ Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do MS e dá outras providências.	Resolução nº 2, de 26/10/2015; Resolução nº 3, de 6/05/2016	Incentivos a médicos
Termo de Cooperação	1º termo de ajuste (19/7/2013); 2º termo de ajuste (14/8/2013); 3º termo de ajuste (5/3/2014); 4º termo de ajuste (5/3/2014); 5º termo de ajuste (18/8/2014); 6º termo de ajuste (6/12/2015) 7º termo de ajuste (18/2/2016) 8º termo de ajuste (18/2/2016); 9º termo de ajuste (4/10/2016) 10º termo de ajuste (23/3/2017) 11º termo de ajuste (13/3/2018) 12º termo de ajuste (22/3/2018); 80º TCT – Prorrogação (13/3/2018) 80º TC e publicação (16/3/2018) 80º TC do Programa Mais Médicos (2) (2013//) 80º TC do Programa Mais Médicos (1) (19/7/2013)	Recrutamento de médicos intercambistas;

Fonte: elaborada pelas autoras

Do exposto, serão apresentadas, a seguir, as principais evidências encontradas na literatura e nos documentos do PMM sobre as estratégias de recrutamento e retenção de médicos para a AB, tendo como orientação as categorias construídas a partir da análise de conteúdo temática realizada⁸.

Estratégias de formação médica

A categoria “Estratégias de formação médica” refere-se a medidas relacionadas à reorientação do ensino de Medicina em nível de graduação e de pós-graduação para atender as demandas de formação para a AB. Nessa categoria foram identificadas três subcategorias (1. Reorientação do ensino de graduação em medicina; 2. Ampliação do acesso e da permanência de estudantes para o curso de medicina; e 3. Incentivos à pós-graduação para a AB), que serão analisadas a seguir.

Estratégias de formação médica: reorientação do ensino de graduação em medicina

Glasser et al.⁹ descrevem vivências nos EUA de estudantes inseridos na comunidade desde o início do curso, com projetos de intervenção, e no último ano do curso com estágio de 16 semanas de medicina familiar com preceptoria rural. Também observam-se outras experiências internacionais de adoção de um período de tempo de trabalho obrigatório na AB.¹⁰ Dentre elas, na Colômbia, o serviço social obrigatório não só está direcionado para os estudantes de Medicina, mas também para todos da área da saúde com duração de um ano.¹⁰

Com a análise da legislação do PMM, observou-se que ao menos 30% da carga horária do internato médico deve ser desenvolvida na AB e em serviços de Urgência e Emergência do SUS.¹¹ Entende-se com isso o artifício de aproximar o estudante de Medicina da realidade do SUS, sensibilizando-o para prestar serviços no setor público.

Inicialmente, os graduandos em Medicina deveriam cumprir um estágio de no mínimo dois anos, exclusivamente na AB do SUS.¹² Esse serviço obrigatório não chegou a ser posto em prática, visto que foi retirado do texto final da lei do PMM, abandonando uma das estratégias de formação médica.¹¹

Estratégias de formação médica: ampliação do acesso e da permanência de estudantes para o curso de Medicina

Hepworth et al.¹³ avalia e sugere não só o aumento da oferta de vagas para graduação em Medicina, mas também o recrutamento de estudantes provenientes de áreas rurais, periféricas e carentes.

No Brasil, o PMM incentivou a abertura de novos cursos de Medicina e a expansão

das vagas em cursos já existentes, viabilizando a ampliação do acesso à formação médica no interior do país, com vistas, dentre outros aspectos, a favorecer a fixação futura desses médicos nessas regiões. Antes do PMM, as 27 capitais ofereciam 8.858 vagas dos cursos de Medicina, em oposição aos mais de cinco mil municípios do interior que ofertavam 8.612 vagas. Após o PMM, as capitais passaram a ofertar 10.637 e o interior 14.522.¹⁴ Dessa forma, observa-se que o interesse foi expandir os cursos de Medicina de forma descentralizada, para que as regiões mais vulneráveis e com menos médicos por mil habitantes fossem priorizadas. Destaca-se, contudo, que a abertura dessas novas vagas se deu, sobretudo, em instituições privadas, o que teve impacto direto na ampliação dessa rede de ensino superior.

Apesar disso, na análise das legislações do PMM, observa-se que esse programa não faz referência ao perfil do estudante que deve ocupar essas novas vagas, embora se saiba que desde 2012, com a lei das cotas¹⁵, as universidades passaram a destinar vagas para estudantes de escola pública, baixa renda e cotas raciais. Isso permitiu inclusão de alunos provenientes de áreas carentes no curso de Medicina, implicando num possível retorno assistencial a sua comunidade de origem.

Steinbrook¹⁶ constatou que médicos no programa de reembolso de empréstimos do NHSC (Corpo Nacional de Serviços de Saúde dos EUA) são cerca de 7 vezes mais propensos a escolher uma carreira na AB, e os estudantes que evitam dívidas, recebendo bolsas de estudo do NHSC, são cerca de 4,5 vezes mais propensos a entrar na AB. Esses resultados evidenciam que essas bolsas de estudos permitem que estudantes de baixa renda ingressem no curso de Medicina, o que complementa a estratégia anterior de recrutar alunos de acordo com um perfil específico. Garantir a estudantes de baixa renda, assim como a negros, quilombolas e indígenas, o acesso e a permanência ao estudo universitário é uma importante política de democratização do ensino, com impactos relevantes para o desenvolvimento socioeconômico do país e diminuição das desigualdades sociais existentes.¹⁷

O PMM não contempla tal estratégia. Apesar disso, nacionalmente, existem programas de financiamento de cursos de nível superior como o Fundo de Financiamento Estudantil e o Programa Universidade Para Todos.^{18,19}

Estratégias de formação médica: incentivos à pós-graduação para a AB

O estudo do WONCA²⁰ identificou a formação de Médicos de Família como estratégia crucial para a retenção desses profissionais na AB e a orientação de que os programas de RMFC sejam ofertados nas áreas mais vulneráveis de assistência médica, para que assim haja uma melhor distribuição desses profissionais. Também foi identificado que Inglaterra e Cuba adotam o especialista em medicina de família como o profissional do primeiro contato e que na Inglaterra esses profissionais representam

51% de todos os médicos do país e em Cuba são cerca de 65%.²¹ No Brasil, os médicos de família e comunidade são 5.438, correspondendo a menos de 2% do total de médicos.²²

Com o PMM, conforme análise das legislações, os programas de RMFC foram distribuídos, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste e nas cidades do interior.¹⁴ Um modo de o PMM fomentar as RMFC foi a criação do Plano Nacional de Formação de Preceptores para Programas de RMFC.¹¹

Verificou-se ainda um artigo realizado nos EUA, de Voorhees et al.²³ com propostas de reforma do financiamento da pós-graduação médica em cuidados básicos por seguradoras públicas e privadas. Além disso, o estudo apontava recomendações de implementação de um financiamento fixo por residente, por ano, para residências com foco na prática de cuidados básicos.²³ Isso serviria como um incentivo adicional para programas de pós-graduação, e as seguradoras se beneficiariam com uma força de trabalho qualificada para resolver a maioria dos problemas de saúde dos segurados. Esse tipo de estratégia não foi constatada no PMM.

Estratégias de incentivos aos médicos

A categoria “Estratégias de incentivos aos médicos” diz respeito às medidas adotadas para tornar atrativos o recrutamento e a retenção, a partir de vantagens dadas aos profissionais. Essa categoria está presente tanto na literatura, quanto nas legislações do PMM. Nessa categoria, foram encontradas duas subcategorias (1. Remuneração, carga horária de trabalho e reconhecimento profissional; e 2. Educação Continuada e Equipe de apoio), que serão analisadas a seguir.

Estratégias de incentivo aos médicos: remuneração, carga horária de trabalho e reconhecimento profissional

Vários estudos^{4,24,25} mostram que a tática de “incentivos financeiros”, isoladamente, revela-se como eficaz no recrutamento, sendo porém prejudicial à retenção, visto que os médicos são atraídos pelos altos salários, mas tornam-se mais propensos a deixarem seu posto de trabalho por outro que ofereça maior renda e outros tipos de incentivos. Diferentes formas de pagamento estão sendo estudadas.^{13,26,27}

Trowbridge et al.²⁶ desenvolveram e avaliaram um novo modelo de remuneração, o qual se baseia não só em pagamentos para consultas clínicas presenciais, mas também para cuidados não presenciais. Eles concluíram que esse novo modelo foi associado à maior satisfação e que nos primeiros quatro anos nenhum dos médicos deixou seu cargo.

Hepworth et al.¹³ indicam a transição do pagamento baseado em volume para o pagamento baseado em valor. Dessa forma, o salário não dependeria do número de consultas realizadas, mas da qualidade do atendimento. Ressalta-se, entretanto, o desafio

metodológico de se avaliar a qualidade das consultas médicas, a fim de transformá-las em remuneração.

Na Nigéria, Abimbola et al.²⁷ identificaram que o pagamento de salário aos médicos da AB era de responsabilidade dos governos municipais, o que interferiu negativamente na retenção, pois os atrasos eram frequentes. Outro fator importante foi que estes recebiam menor valor salarial, quando comparados aos médicos dos níveis secundário e terciário, os quais eram pagos pelos governos estaduais e federal.

A partir da revisão das legislações do PMM, observa-se que o governo brasileiro também estabeleceu atrativos financeiros com bolsa-formação, bolsa-tutoria e bolsa-supervisão.^{28,29} Adicionalmente, instituiu o custeio de despesas de deslocamento e de moradia.^{30,31}

Os estudos de Arvantes³² e de Van Stralen³³ destacam a redução da carga horária e o reconhecimento profissional como as principais estratégias para reter os médicos em áreas remotas e desassistidas. Contudo, nas legislações do PMM, essas estratégias de redução de carga horária e de reconhecimento profissional não foram identificadas.

Estudo de Ney e Rodrigues³⁴ sobre a fixação do profissional médico na ESF no Brasil, demonstram que a permanência desse profissional no posto de trabalho é dificultada por vários fatores como: infraestrutura das unidades; sobrecarga de trabalho; alta demanda espontânea dos usuários não adscritos por solicitação de ocupantes de cargos políticos municipais; inexistência de ações de educação permanente; baixa remuneração; vínculos empregatícios precários e ausência de um plano de carreira; e dificuldade de comunicação da rede de atenção à saúde do município. Assim, a estratégia de oferecer aos médicos uma boa remuneração não pode ser vista de maneira isolada. É importante levar em conta uma série de fatores, dentre eles as condições de trabalho, bem como a valorização profissional.

Estratégias de incentivo aos médicos: educação continuada e equipe de apoio

Pesquisas internacionais^{25,35,36} revelaram que ofertar educação continuada aos médicos da ESF aumenta a retenção destes na AB. Constatou-se que 80% dos participantes das oficinas de educação continuada relataram que eles eram menos propensos a permanecer na prática rural sem tal estímulo.²⁵

No Brasil, a revisão das legislações do PMM evidenciou que o referido programa determinava que os médicos participantes realizassem curso de aperfeiçoamento, ofertado por instituição pública de educação superior, com atividades de ensino, pesquisa e extensão. Para tanto, estabeleceu as funções de supervisor, médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente, e de tutor acadêmico, docente médico responsável pela orientação acadêmica.¹¹ Um estudo mostrou que a educação continuada e, sobretudo, a presença do supervisor aumentou consideravelmente a satisfação no

trabalho e, conseqüentemente, a intenção de permanecer no mesmo³⁷.

A supervisão dos médicos da AB constitui-se como um elemento inovador, que apoia tanto o profissional de saúde, quanto a gestão municipal, contribuindo para a permanência no médico, especialmente em lugares remotos. Essa é uma das estratégias de apoio técnico-pedagógico aos médicos, sendo fundamental para diminuir o sentimento de isolamento profissional e insatisfação com o trabalho.⁴

Verma et al.²⁵, em uma revisão que envolveu estudos em países desenvolvidos, mostrou que a presença de enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista e educador físico na AB consistiu como incentivo à retenção médica. Entretanto, na revisão da legislação do PMM, não se observou nenhum tipo de documento que abordasse o recrutamento de outros profissionais como estratégia do programa. Acredita-se que a existência de uma equipe multiprofissional para a produção da saúde na AB, além de contribuir para a ampliação do cuidado ofertado, permite, assim como a supervisão, diminuir o sentimento de isolamento profissional e insatisfação do profissional médico.

Características intrínsecas ao médico e à localidade

Hepworth¹³ observou que os médicos de origem rural e de regiões em vulnerabilidade social tendem a voltar para sua cidade natal ou se fixar em regiões com características semelhantes. Ademais, Russell et al.³⁸ concluíram que o tamanho da cidade não constituiu fator tão importante para atrair e fixar, mas sim estar localizada próxima a um grande centro, em comparação a cidades também pequenas, porém em lugares remotos e de difícil acesso.

A análise das legislações do PMM evidencia que este programa não considerou as características de procedência rural ou de regiões remotas do médico, ao fazer seu recrutamento. Porém, o programa privilegiou a nacionalidade brasileira dos profissionais, em detrimento das demais, incluindo médico brasileiro formado no exterior.¹¹

As características intrínsecas à localidade foram consideradas pelo PMM, na medida em que o programa buscava recrutar médicos para regiões de maior vulnerabilidade social e econômica, com dificuldade de provimento médico, priorizando aquelas com maior proporção populacional exclusivamente dependente do SUS.

Estratégias de investimento em infraestrutura da atenção básica

Os estudos de Van Stralen et al.³³ e de Targa et al.³⁹ revelaram que os municípios que não disponibilizam infraestrutura de trabalho adequada apresentam maior desvantagem no recrutamento, pois os médicos são desencorajados a aceitar tais empregos já que enfrentariam maiores dificuldades na prática clínica. Tais pesquisas também constataram que o acesso à tecnologia da informação, internet de boa qualidade e redes

de telemedicina contribuem para a redução do isolamento profissional, melhorando a satisfação no trabalho e, conseqüentemente, a retenção.

As legislações do PMM evidenciaram que o referido programa se desenvolveu em paralelo ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, RequalificaUBS, o qual objetivou reforma, ampliação e construção de UBS.⁴⁰

Todavia, o investimento em tecnologia da informação ainda é deficitário no Brasil, apesar da criação do Telessaúde em 2007 e da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em 2010. A maioria das UBS não contam com internet, computador no consultório médico e prontuário eletrônico.⁴¹ Assim, demonstra-se que o Brasil necessita de um investimento contínuo em infraestrutura, principalmente no que se refere à modernização tecnológica das UBS. Tal necessidade não foi priorizada pelo PMM, conforme as legislações do programa analisadas.

Estratégia de recrutamento de médicos intercambistas

Marchand e Peckham⁴ identificaram que a estratégia de recrutar médicos formados em outros países é frequentemente utilizada como medida emergencial para aumentar o recrutamento em áreas remotas. No Brasil, essa estratégia foi usada pelo PMM, principalmente, através de cooperação entre Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o governo de Cuba e o do Brasil.⁴² Isso ocorreu devido à quantidade de vagas ociosas, mesmo após a inscrição de médicos brasileiros no programa.⁵ A contratação desses médicos foi feita sem a obrigatoriedade da revalidação do diploma, o que provocou grande rivalidade entre o governo federal e os conselhos de Medicina.⁵

O recrutamento de médicos intercambistas é uma estratégia que promove o recrutamento, mas não a retenção.³⁹ Dessa forma, não deveria ser priorizado, com risco de agravar a longitudinalidade e a integralidade da AB. Contudo, é uma solução viável a curto prazo, enquanto outras medidas com resultados a longo prazo são implantadas. Ressalta-se a importância de reavaliações frequentes da necessidade desse tipo de recrutamento, à medida que outras estratégias vão produzindo resultados.

CONCLUSÃO

A partir da revisão integrativa ora apresentada, foi possível produzir um panorama dos estudos desenvolvidos sobre as estratégias de recrutamento e retenção de médicos para a AB no Brasil e no mundo. Evidencia-se, ainda, que as principais estratégias relacionadas ao recrutamento e à retenção de médicos para Atenção Básica encontradas na literatura mundial foram implementadas pelo Programa Mais Médicos.

Contudo, há ainda muito o que ser feito para enfrentar a escassez de médicos na AB, em especial nas áreas mais remotas e com maior vulnerabilidade social. Esse

cenário caracteriza-se como um grande desafio para a consolidação da AB e consequente qualificação da assistência à saúde. Assim, este estudo sistematiza as mais atuais evidências científicas que devem orientar, por um lado, a tomada de decisão dos gestores da saúde na construção de políticas públicas do setor e, por outro, o desenvolvimento de pesquisas que ampliem o conhecimento sobre o tema. Essas evidências impactam ainda as produções no campo do ensino, da assistência e da gestão de pessoas, apontando a necessidade de estratégias de formação, incentivo, infraestrutura e recrutamento, que considerem as especificidades de cada localidade e demandas dos diferentes profissionais.

No campo da formação médica para a AB, estudos apontam a residência de MFC como intervenção padrão-ouro.⁴³ Dessa maneira, os gestores de saúde municipais e as instituições de ensino superior devem pactuar estratégias em que as instituições de ensino forneçam médicos residentes e preceptores para atuar na assistência à população, enquanto a gestão garanta as condições de trabalho como infraestrutura física e tecnológica, viabilizando a presença de profissionais de outras áreas do conhecimento na AB e suporte educacional de maneira continuada, com destaque para a presença da supervisão profissional contínua e permanente.

Todas essas medidas necessitam de tempo para serem implantadas e produzirem resultados. Dessa forma, o recrutamento de médicos intercambistas de maneira emergencial é essencial para permitir o provimento médico a curto prazo. Assim, pesquisas em todo território nacional devem ser realizadas a fim de detectar onde são necessárias as diferentes estratégias aqui apontadas, ou mesmo onde outras e diferentes devem ser construídas. Assim, apesar da vasta literatura analisada, recomendam-se mais pesquisas que utilizem grupos controles para comparar as intervenções, tendo em vista a elaboração de evidências científicas mais robustas.

Admite-se que a limitação deste estudo pode ser atribuída às bases de dados, uma vez que não foram consideradas as estratégias publicadas pela literatura cinzenta. Entretanto, essa revisão se torna pioneira ao analisar os elementos relacionados ao recrutamento e à retenção de médicos para AB, a qual não desconsidera as experiências e recomendações de países em desenvolvimento e com economias mais frágeis. Portanto, é uma contribuição para os gestores de saúde do Brasil e de outros países em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2009; 44:13-24.
2. Sassi AP. Dinâmicas da implantação do programa mais médicos na Paraíba: contribuições sociológicas para a análise de uma política pública [dissertação].

Universidade Federal da Paraíba; 2018.

3. Scheffer M, et al. Demografia Médica no Brasil 2018. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. 2018.
4. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2017; 67(657):e227-e237.
5. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016.
6. Rios DRS, Teixeira C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde e Sociedade.* 2018.
7. Medina MG, Almeida PF, Lima JG, Moura D, Giovanella L. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde debate.* 2018; 42(spe1): 346-60.
8. Bardin, L. *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70; 2006.
9. Glasser M, Hunsaker M, Sweet K, MacDowell M, Meurer M. A comprehensive medical education program response to rural primary care needs. *Acad Med.* 2008; 83(10):952-61.
10. José MP. Servicio Social Obligatorio en Colombia: Incertidumbre de los recién graduados en medicina. *Revista médica Risaralda.* 2014; 20(2): 114-20.
11. 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: Diário Oficial da União. 2013; 5.
12. Brasil. Medida Provisória nº 621, de 8 de Julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2013 jul 9.
13. Hepworth J, Davis A, Harris A, Kruse J, Shaffer T, Pugno P et al. The four pillars for primary care physician workforce reform: A blueprint for future activity. *Annals of family medicine* 2014; 12(1):83-7.
14. Programa Mais Médicos. Resultados para o país [publicação na web]. [acesso em de 2020 maio 8]. Disponível em <http://www.maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>.
15. Brasil. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Casa Civil; 2012 ago 29.
16. Steinbrook R. Easing the Shortage in Adult Primary Care: Is It All about Money? *N Engl J Med.* 2009; 360(26):2696-9.
17. Volinski VS, et al. Reflexões sobre as cotas sociais nas universidades públicas

- brasileiras nos cursos de enfermagem e medicina à luz da literatura: acesso ou permanência? Seminário de Políticas Públicas e Sociais. 2018; 1(1):16-17.
18. Educa Mais Brasil. Fies o que é? [publicação na web]. [acesso em 2020 maio 12]. Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/programas-do-governo/fies/o-que-e>
 19. Prouni. O que é Prouni?[publicação na web]. [acesso em 2020 maio 12]. Disponível em: <https://www.prouni.com.br/o-que-e-prouni/>
 20. WONCA. Statement on rural health in developing countries. XII WONCA World Conference on Rural Health in Gramado, Brazil; 2014.
 21. Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC). A medicina de família e comunidade: o que, como, quando, onde, por que. SBMFC; 2004.
 22. Augusto DK, David L, Oliveira DOPS, Trindade TG, Lermen N Junior, Poli P Neto. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil?. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018; 13(40):1-4.
 23. Voorhees KI, Prado-Gutierrez A, Epperly T, Dirkson D. A proposal for reform of the structure and financing of primary care graduate medical education. Farm Med. 2013; 45(3):164-70.
 24. Silva EN, Ramos MC, Santos W, Rasella D, Oliveira A, Santos LMP. Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:e11.
 25. Verma P, Ford JA, Stuart A, Howe A, Everington S, Steel N. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. BMC health services research. 2016; 16:126.
 26. Trowbridge E, Bartels CM, Koslov S, Kamnetz S, Pandhi N. Development and Impact of a Novel Academic Primary Care Compensation Model. J Gen Intern Med. 2015; 30(12):1865-70.
 27. Abimbola S, Olanipekun T, Igbokwe U, Negin J, Jan S, Martiniuk A, et al. How decentralisation influences the retention of primary health care workers in rural Nigeria. Glob Health Action. 2015; 8(1).
 28. Brasil. Portaria Interministerial nº 384, de 20 de fevereiro de 2018. Diário Oficial da União; 2018.
 29. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.639 de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Ministério da Saúde; 2013.
 30. Brasil. Portaria Interministerial nº 266 de 24 de julho de 2013. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2013.
 31. Brasil. Portaria nº 23 de 1º de outubro de 2013. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde; 2013.

32. Arvantes J. Radical primary care changes needed to meet coming demand for health care. *Ann Fam Med*. 2013; 11(2):184-5.
33. Van Stralen ACS, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre fatores: De atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: Rotas da escassez. *Physis*. 2017; 27(1):147-72.
34. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2012; 22(4):1293-1311.
35. Liu Q, et al. China's primary health-care reform. *Lancet*. 2011.
36. Song K, et al. Improving Chinese primary care providers' recruitment and retention: a discrete choice experiment. *Health Policy Plan*. 2015 fev; 30(1):68-77.
37. Melo Neto AJ. Fatores Associados à Intenção de Permanecer Trabalhando na Atenção Primária à Saúde Entre os Médicos Brasileiros do Programa Mais Médicos na Paraíba [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2019.
38. Russell DJ, Humphreys JS, McGrail MR, Cameron WI, Williams PJ. The value of survival analyses for evidence-based rural medical workforce planning. *Hum Resour Health*. 2013; 11(1):1-9.
39. Targa LV, Silva AL, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD, Savassi LCM, Lima MC, Silva O, Amaral Filho RCG, Silveira R, Almeida M, Ando NM. Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. *Rev bras med fam comunidade*. 2014; 9(30):64-6.
40. Brasil. Requalifica UBS: Manual Instrutivo. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2016.
41. Santos AF, Fonseca SD, Araujo LL, Procópio CSD, Lopes EAS, Lima AMLD et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(5):e00172815.
42. Brasil. 80º Termo de cooperação técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao projeto "acesso da população brasileira à Atenção Básica em Saúde", que entre si celebram a união, por intermédio do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério Público Federal; 2013.
43. Anderson MIP. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019; 14(41):2180.

Submissão: julho de 2020

Aprovação: outubro de 2020