

## PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM ÁREAS INDÍGENAS NA PARAÍBA<sup>1</sup>

Lucas Costa Nunes<sup>2</sup>  
Rayane Bezerra Freitas<sup>3</sup>  
Adriana Nascimento Gomes<sup>4</sup>  
Ricardo de Sousa Soares<sup>5</sup>  
Gabriella Barreto Soares<sup>6</sup>

### RESUMO

Nos dois primeiros anos do Programa Mais Médicos (PMM), foram incorporados 339 médicos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em todo Brasil, significando um crescimento de 79% em relação ao quantitativo de médicos que trabalhavam neste órgão em agosto de 2013. Este estudo teve como objetivo avaliar as contribuições do PMM em áreas indígenas localizadas no estado da Paraíba. Realizou-se um estudo de abordagem qualitativa em unidades indígenas de dois municípios paraibanos, com nove entrevistas, envolvendo supervisores, gestores e profissionais de saúde envolvidos com o PMM. Destacou-se o atendimento integral do médico cubano e sua boa relação com a comunidade, apesar dos entraves linguísticos. Elogiou-se a assistência de alta qualidade, o atendimento humanizado, a formação continuada e supervisão, a resolutividade, a ampliação do acesso à saúde e a relação próxima à comunidade. Os empecilhos citados incluíram: dificuldade com transporte, infraestrutura precária e falta de medicamentos e peculiaridades do trabalho em área indígena. Diante da possibilidade do fim do PMM, abordou-se o vínculo do médico com a população e o território, a dificuldade na fixação do médico, o prejuízo no acesso à saúde e o desejo do médico em permanecer no programa e no território. Avalia-se que o PMM transformou a realidade da assistência em saúde para as comunidades indígenas paraibanas, como também para os profissionais envolvidos. O fim deste processo traz incerteza e insatisfação a respeito dos rumos da Atenção Básica nestes territórios.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Consórcios de Saúde, Saúde de Populações Indígenas.

### INTRODUÇÃO

No Brasil, a luta pela garantia do direito à saúde perpassa um cenário composto por diversos entraves. Um dos principais problemas associados no âmbito nacional é o número muito inferior de médicos por habitantes, bem como sua má distribuição em um país de

---

<sup>1</sup> Artigo proveniente da Iniciação Científica do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Financiamento: Fundação de Apoio à Pesquisa da Paraíba (FAPESQ/PB) número de concessão 001/2018.

<sup>2</sup> Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [lucascnbr@gmail.com](mailto:lucascnbr@gmail.com);

<sup>3</sup> Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [rayanefrts@email.com](mailto:rayanefrts@email.com);

<sup>4</sup> Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [hdrigomes@gmail.com](mailto:hdrigomes@gmail.com);

<sup>5</sup> Docente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [ricardosousasoares@gmail.com](mailto:ricardosousasoares@gmail.com);

<sup>6</sup> Professora orientadora: Docente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [gabriella190187@gmail.com](mailto:gabriella190187@gmail.com).

grandes dimensões continentais (TELLES; SILVA; BASTOS, 2019). Além dos fatores demográficos e territoriais, existem áreas, especialmente as de maior vulnerabilidade social e de difícil acesso, nas quais não conseguem implementar a Estratégia Saúde da Família (ESF), devido à dificuldade de retenção do médico na equipe, enquanto há grande concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos (FERREIRA, 2016).

Desde sua implementação em 2013, o PMM tem recebido críticas e elogios por parte da população, enquanto que pesquisadores têm buscado compreender os desdobramentos positivos e negativos dessa política no Sistema Único de Saúde (SUS). De toda forma, a relevância do programa para as comunidades distantes dos grandes centros urbanos é notória: segundo Girardi et al. (2016), o aumento na oferta da Atenção Básica (AB) reduziu o número de municípios com escassez desses profissionais em 35%. Contudo, desafios no acesso à saúde ainda existem e, neste cenário, os DSEI ainda representam a população de perfil mais vulnerável (FONTÃO; PEREIRA, 2017), como também a que pode ser beneficiada de forma mais significativa pelo PMM.

Antes do PMM, era de conhecimento do Ministério da Saúde (MS) que, a saúde indígena sempre foi marcada pela ausência de médicos nas Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) que atuam nos territórios sob a coordenação dos DSEI (BRASIL, 2013). Segundo os dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), nos dois primeiros anos do programa, foram incorporados 339 médicos nos DSEI, significando um crescimento de 79% em relação ao quantitativo de médicos que trabalhavam neste órgão em agosto de 2013 (FONTÃO; PEREIRA, 2017).

Apesar dos benefícios levantados pelo PMM, a atenção à comunidade indígena ainda apresenta dificuldades como a resistência de alguns médicos ao cumprimento das obrigatoriedades relacionadas à carga horária e a dificuldade de acesso das equipes ao território (BRASIL, 2014). Além disso, de acordo com Pinto et al. (2017), apesar da melhora no provimento, os médicos estrangeiros constituíram a maioria dos profissionais que atuavam nas comunidades indígenas. Para Ribeiro et al. (2017), esses profissionais são despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica junto a essa população. Devido à prevalência do modelo biomédico na formação em saúde, muitos trabalhadores não apresentam uma postura aberta para entender e aceitar as estratégias terapêuticas utilizadas pelos indígenas, bem como suas interpretações a respeito do processo de adoecimento e de cura.

Diante destas peculiaridades, este artigo propõe avaliar as contribuições do Programa Mais Médicos em duas áreas indígenas localizadas na Paraíba.

## METODOLOGIA

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo para avaliar o PMM em áreas indígenas da Paraíba.

Dois municípios foram incluídos neste estudo, Conde, que além de deter forte presença indígena, é um dos municípios paraibanos que possui mais de 20% da população em extrema pobreza; e o Polo Baía da Traição, do DSEI Potiguara.

A coleta de dados foi realizada de janeiro a julho de 2019 por meio de entrevistas semiestruturadas. Esse período corresponde a alguns meses após a saída dos médicos cubanos do PMM. Foi utilizado um roteiro semiestruturado com questões relacionadas ao PMM, mudanças com a presença do médico na gestão do cuidado, processo de trabalho e organização da equipe, estrutura da unidade de saúde, repercussão das recentes mudanças do PMM, avaliação do possível fim do programa e sugestões de melhoria do PMM para o municípios. A intenção foi captar os diferentes pontos de vista sobre as experiências dos entrevistados com o trabalho nas USF que se relacionam com o PMM, com uma conversação flexível permitindo que temas emergentes sejam explorados nas narrativas.

As entrevistas ocorreram em sala reservada no local de trabalho dos profissionais, após o término do atendimento. A duração das entrevistas variou de 40 minutos a 1 hora e 20 minutos, foram gravadas, transcritas e codificadas. A análise de dados se deu por meio da análise de conteúdo, através da leitura densa e da categorização das falas (MINAYO, 2014).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, CAAE 99178318.5.1001.8069. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram seus dados anônimos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas nove entrevistas, incluindo 4 médicos, 2 supervisores, 2 enfermeiros e 1 gestor de saúde. Na análise das entrevistas, foram identificadas quatro categorias temáticas, a saber: Identidade e trajetória inicial; potencialidades; Desafios; Perspectivas diante do fim do PMM

Na categoria **identidade e trajetória inicial**, elencamos três sub-temas: PMM após a aposentadoria, presença do médico Cubano e Impressões na chegada ao território. Dos quatro médicos entrevistados, um era cubano que permaneceu no Brasil, os outros três eram

brasileiros, sendo um destes já aposentado por outro vínculo. Todos disseram possuir experiência na ESF.

Inscrever-se no PMM após a aposentadoria foi apontado como uma possibilidade importante de vínculo. Um dos médicos explica a motivação para sua entrada no programa:

*“Eu só escolhi porque não pagava imposto de renda e eu pagava um imposto de renda altíssimo. Se eu fosse fazer conta era melhor não trabalhar, aí eu vi que é um programa bom pra mim, tô querendo me aposentar e é uma coisa que eu vou ficar mais tempo. Não vou ficar parada, né? Também porque eu gostava de trabalhar com comunidade, trabalhar na atenção básica”.* (Profissional 8)

Em outro plano, é necessário comentar a atuação dos médicos cubanos que, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2018), assistiam cerca de 75% da população indígena brasileira. O processo de trabalho do médico cubano, de forma geral, foi frequentemente mencionado pelos profissionais, que destacaram a boa relação com a comunidade.

*“O doutor era muito bom. Até chorar com os pacientes ele chorava. Ele era bem preocupado com a causa indígena, ele gostava muito do que fazia”.*

(Profissional 1)

*“Eles tinham uma relação muito próxima, isso é muito diferente dos médicos brasileiros. Eles vão e eles ficam no município. [...] Então eles têm uma interação com a comunidade muito mais linear, muito mais horizontal”.*

(Profissional 9)

Para Fassa et al. (2019), o aumento da cobertura e qualidade do cuidado na AB, com maior efetividade nas intervenções, foi impulsionada principalmente pelos médicos cubanos no PMM. Pontos positivos observados no trabalho dos mesmos incluíam a humanização no atendimento, a assiduidade, a inserção na comunidade e a formação voltada para a AB.

*“[...] Esse é o trabalho que eu faço em Cuba, com a comunidade. Vou na casa, não tem cadeira, vamos pro chão. É a diferença que tem a medicina numa cidade.”.*

(Profissional 3)

*“Eles lá têm uma formação mais voltada para a atenção primária, até porque todos lá antes de fazer uma residência, tem de fazer residência em ‘medicina integral’, algo equivalente à nossa residência de Medicina de Família e Comunidade”.*

(Profissional 4)

No entanto, houve receio e ressalvas quanto à possível barreira linguística na relação dos médicos estrangeiros com os usuários.

*“Os dois [médicos cubanos] tinham uma dificuldade da língua, e uma dificuldade também de escrita”.* (Profissional 9)

*“A população tinha um médico (que cobria todas as aldeias) e tinha expectativa que o médico cubano não fosse bom médico. Mas passou um mês e já ficou tudo em calma, e hoje é tudo diferente. A relação é boa”.* (Profissional 3)

A respeito da chegada dos médicos do PMM na comunidade e as impressões iniciais, todos referiram um acolhimento caloroso: *“a acolhida foi muito boa, e após um mês (mais ou*

menos) eu já sentia um ambiente favorável”. Neste contexto de imersão, alguns profissionais comentam a vulnerabilidade social presenciada, tendo sido relatado por um profissional a existência de “muitos casos de violência doméstica”, e por outro que um dos municípios trata-se de “uma área difícil, mas também perigosa, que tem parte com o tráfico. Vez ou outra a gente se depara com situações que precisa acionar o conselho para acompanhar”.

Com relação às **potencialidades**, identificamos nas falas a qualidade da assistência, a formação continuada e a supervisão do programa, a resolutividade e a acessibilidade na saúde e a relação com a comunidade. Em um panorama geral, os participantes fizeram uma avaliação positiva do PMM. Esse, de acordo com os profissionais, constituiu uma ferramenta essencial para o fortalecimento da AB nos municípios, fato associado, principalmente, ao cumprimento da carga horária e compromisso com as atividades das unidades e da comunidade. A assistência de alta qualidade, com “menos encaminhamentos, que é um ponto de estrangulamento do SUS muito grave”, é elogiada de forma branda em alguns relatos.

*“Pelos menos os 3 médicos que passaram aqui na nossa área, do Mais Médicos, todos estavam muito comprometidos, preocupados com a prevenção, né? Que às vezes era um médico que tem outros afazeres, outros plantões, ele não tem tanto tempo de ser tão atuante. Mas os médicos que vieram pelo Mais Médicos aqui na área foram excelentes em relação a isso. Trabalham na atenção básica mesmo, como deve ser feito”. (Profissional 1)*

*“A doutora é uma pessoa mais humilde, que gosta muito de lidar com o povão. (...) O médico do programa é mais responsável, atende melhor do que o que não é”. (Profissional 5)*

Referências ao atendimento humanizado, de maior duração, que atribui maior importância às subjetividades envolvidas no processo saúde-doença, estão presentes na maioria das entrevistas.

*“É uma consulta bem mais de qualidade porque leva tempo, geralmente, eles procuram saber mais sobre a vida do paciente”. (Profissional 1)*

*“Ela se interage muito bem, nas visitas ela não faz só o papel de médico, mas assim como uma psicóloga, dá conselhos, não só nas visitas como todo o atendimento dela, ela interage muito bem com toda a equipe, com toda a comunidade”. (Profissional 5)*

Esta aproximação com o usuário nas consultas e visitas acaba traduzindo-se em uma relação mais estreita com a comunidade, o que corrobora os resultados de outros estudos com a percepção de gestores (ARRUDA et al., 2017), trabalhadores da equipe e usuários (GASPARINI; FURTADO, 2019).

O apoio acadêmico e administrativo prestado pelos supervisores do programa mostrou-se como um diferencial ausente em outras opções de trabalho para médicos em início de carreira. O comprometimento com horários e menor absenteísmo por parte dos médicos do

PMM são características notoriamente melhores em relação ao período prévio ao programa (ARRUDA, 2017; MEDINA et. al, 2018), algo atribuído nos relatos à influência dos supervisores. Luna et al. (2019), inclusive, destaca que a relação entre supervisor e supervisionado é horizontal e mútua, promovendo vínculo, confiança, valorização e estímulo aos profissionais para um trabalho em equipe e para a comunidade.

*“[‘A especialização em saúde indígena trouxe conhecimentos relevantes para o Sr.?’] Acho que foi o apoio principal. Também precisei pedir informações para o supervisor para estudar e para aprofundar. O contato deles (supervisor) com a realidade aqui é muito bom. E eu quero terminar a especialização”.* (Profissional 3)

Outra potencialidade do PMM amplamente discutida pelos profissionais foi a melhoria no acesso à saúde por povos com maior vulnerabilidade, como os indígenas, através do aumento na disponibilidade de médicos e na frequência de atendimentos e atividades de educação em saúde nas aldeias.

*“Antes deles era inconstante como ela falou. Tinha essa questão de não ter continuidade, entrava um, só queria 20 horas. Quando era o contrato normal, tinha muito problema. Depois deles, ficou mais contínuo os atendentes”.* (Profissional 1)

No que tange aos **desafios**, veio à tona a dificuldade com transporte, infraestrutura precária e falta de medicamentos, peculiaridades do trabalho em área indígena e inserção do programa nas equipes. Os entrevistados tiveram opiniões divergentes quanto a melhorias na unidade após a chegada do Mais Médicos: alguns atribuíram melhora e outros não fizeram associação ao PMM. O programa foi retratado apenas como um motivador da organização dos espaços e da aquisição dos materiais das unidades através da cobrança por essas melhorias, exercida, principalmente, pelos supervisores.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), os investimentos em infraestrutura foram ampliados: de R\$ 1,7 bilhão no lançamento do programa em 2013, para R\$ 4,9 bilhões em 2015. Os médicos do Mais Médicos repassavam dificuldades de infraestrutura aos supervisores, os quais cobravam aos gestores, e o município buscava a melhoria requisitada sem apoio financeiro do PMM, como explicitado no seguinte trecho: *“não tinha ar condicionado na minha sala, então foi colocado ar condicionado em todas as salas, mas foi puxado bastante pelo PMM, pela nossa coordenadora”*. Por outro lado, um profissional pontuou uma escassez grave de insumos na farmácia, conforme alertou Malta et al. (2016), ao referir precariedade de infraestrutura e escassez de insumos e medicamentos.

*“No caso dos medicamentos, a quantidade de medicamentos que tem na farmácia básica é cada vez menor. E as opções de medicamentos cada vez menores. E é muito difícil que um índio possa pagar o medicamento. A maioria dos índios não compram*

*medicamentos não. Essa estrutura de medicamentos que fica na farmácia básica tem que melhorar”. (Profissional 3)*

Alguns médicos apontaram dificuldade com relação ao transporte para visitas domiciliares, destacando como empecilhos os veículos insuficientes, a falta de motoristas e a dificuldade de acesso a regiões rurais devido às estradas de terra em condições ruins.

*“Eles têm se preocupado bastante com o transporte, que é precário, já teve vezes da gente não conseguir chegar na aldeia mas agora a gente tem um carro pra cada equipe, está bem mais tranquilo a questão de transporte. Melhorou em relação ao acesso às aldeias melhorou bastante. Com certeza [tem a ver com o fato de ter médico agora]”. (Profissional 1)*

Alguns profissionais mencionaram diretamente aspectos pontuais acerca da assistência a povos indígenas, um comentando a participação de figuras de autoridade na tribo (“*era importante que os líderes, que os caciques participassem mais das atividades do programa*”) enquanto outro reclamava que “*se PSF tem burocracia, aqui tem o dobro porque a gente tem a burocracia do Mais Médicos e tem a burocracia do DSEI e do município*”.

Além disso, um dos entrevistados traz uma sugestão a respeito da expansão do programa para outras especialidades da saúde, o que amplificaria o impacto da presença do Mais Médicos nas tribos.

*“O que eu acho que não funcionou bem foi a inserção do programa nas equipes, parece que o programa conseguiu acessar muito bem os médicos, só que faltou um passo para conseguir qualificar melhor a equipe”. (Profissional 4)*

Acerca das **perspectivas diante do fim do Mais Médicos**, os entrevistados expuseram a dificuldade que poderiam ter com relação ao vínculo do médico com a população e o território, na fixação do médico, na acessibilidade aos serviços de saúde e, colocaram o desejo do médico em permanecer no programa e no território.

Existiria um grande entrave para os municípios, sobretudo os mais interiorizados, na atração e fixação de médicos nas unidades de saúde, reiterando a boa organização administrativa do programa.

*“PMM é uma forma de fortalecer a política de saúde local para os municípios pequenos que não têm muitos atrativos, que não são a capital. Se não tivesse o PMM lá, provavelmente eu não estaria hoje com somente uma unidade sem médicos, estaria com mais”. (Profissional 6)*

O principal motivo deste problema estaria na dificuldade de manter um salário atrativo como o proporcionado pelo programa diante dos desafios inerentes ao trabalho nessas comunidades, uma vez que sem o repasse do Ministério da Saúde seria insuficiente para manter uma equipe de saúde da família completa.

*“Se esse programa acabar, acredito que seria um prejuízo grande na saúde indígena. Porque não é todo mundo que quer ir pra área indígena não, é muito difícil. Acho que um médico que se propõe a entrar num programa e vem para uma área dessas ou uma área mais difícil, ele tá decidido a ir, ele sabe que vai enfrentar e fica. Diferente de um médico que vem, talvez pelo salário, encontra uma realidade que ele não gostaria de passar e vai embora. Acho que o prejuízo sem o Mais Médicos vai ser muito grande pras comunidades”.* (Profissional 1)

A preocupação dos gestores em perder esses médicos reside na escassez destes profissionais, ainda presente com o PMM nos territórios indígenas. Embora em 2015, o programa estava em todos os DSEIs do país — fazendo com que, ineditamente, todos contassem com médicos (MOURÃO NETTO et al., 2018) —, de acordo com o Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena, a proporção de médicos a cada mil indígenas era, em média, de 0,45 (sendo 0,04 na área mais populosa e 2,02 na menos povoada), havendo disparidades entre os DSEIs (PEREIRA et al., 2016).

A retirada desses profissionais representa uma perda não somente quantitativa, como também qualitativa, dado o atuação na comunidade pelos médicos nas unidades. Teme-se que elementos como a boa relação com o usuário e a garantia do acesso à saúde tendam a retroceder com a saída dos médicos do PMM.

*“Vão voltar aquelas negociatas que havia antes, que era “bom” para o prefeito e “bom” para o médico. O prefeito dizia que não conseguia pagar o salário todo e o médico ficaria com um contrato que em teoria deveria ser de 40 horas, mas viria só dois dias, atende o que for e ficaria os outros três dias livre. Isso era uma realidade antes do Mais Médicos, que com o Mais Médicos mudou, pelo menos aqui na Paraíba. O meu receio é que isso volte a acontecer[...] Então é o enfraquecimento da atenção primária que deve ser ordenadora do SUS”.* (Profissional 4)

O desejo pela permanência dos mesmos nas comunidades não parte somente da população, dos gestores, supervisores e enfermeiros, afinal, os médicos igualmente referem a intenção de seguir com o programa: *“para mim, é uma experiência muito rica. Eu pretendo ficar mais 3 anos”.*

*“O acolhimento total foi bom. Eu me senti em família, com certeza. Tanto que eu acho que se eu pudesse ficaria seis anos. Estaria à disposição. Eu nem sequer queria sair daqui. Mas se eu pudesse trabalhar de novo aqui no Brasil, eu trabalharia, e se pudesse, na Paraíba. Se algum dia, puder voltar, eu vou voltar. A crítica que posso fazer é que estou saindo antes dos três anos, o que não é minha vontade”.* (Profissional 3)

Sobre o assunto, Francesconi et al. (2020) alerta que reduções na cobertura de AB devido a medidas de austeridade e o fim do PMM podem ser responsáveis por muitas mortes evitáveis de adultos e crianças nos próximos anos no Brasil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura particular das comunidades assistidas e o choque com a vulnerabilidade socioeconômica não constituíram impedimento para a efetivação do programa nas áreas mais carentes do país. Os entrevistados fizeram, com frequência, comparações com os contratos antigos feitos diretamente com o município, avaliando-os como precários, frágeis e abertos para negociações prejudiciais à qualidade do serviço prestado. A regulamentação dos contratos e a adição de elementos fortalecedores da AB, como a remuneração, a formação continuada e a figura do supervisor, tornaram os vínculos empregatícios mais estáveis e favoráveis aos médicos e às prefeituras, que já possuem déficits financeiros e foram, de certo, beneficiadas pelo financiamento federal do PMM.

Com a disponibilidade regular de médicos nas USF, a AB é consolidada no município e à população indígena é garantido o direito à saúde sob demanda. À luz da satisfação dos personagens supracitados, torna-se fácil compreender como o término dos contratos foi mal recebido pelos profissionais de saúde e gestores.

Avalia-se que o PMM transformou a realidade da assistência em saúde para diversas populações como também para seus devidos representantes. Nesse contexto, o médico também se vê satisfeito com seu emprego e nele enxerga um vínculo empregatício digno, mesmo que temporário. Assim, o fim deste processo traz ao médico insatisfação e ao binômio gestão-população incertezas.

Com a pandemia do COVID-19 em 2020 e 2021, o PMM continua até o presente momento preenchendo vazios assistenciais nas comunidades indígenas paraibanas, mesmo com a constante ameaça do seu fim, desde 2018, e com o lançamento do programa Médicos pelo Brasil em 2019 que, até hoje, não saiu do papel. O agravamento de novos casos e a mortalidade elevada no país, em especial em áreas vulneráveis, necessita de provimento de profissionais nas equipes de Saúde da Família distribuídas em todo território nacional, permitindo a continuidade de abertura de editais de chamamento de mais médicos.

## **REFERÊNCIAS**

1. BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Sobre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), 2014. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena>>. Acesso em: 05 set. 2021.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Brasília, DF, 2015. Disponível em:

- <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/livro-maismedicos-2015.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2021.
4. FASSA, M.E.G. et al. Atenção a pessoas idosas: desempenho de intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170795, 2019.
  5. FERREIRA, Guadalupe Sales. **O projeto Mais Médicos e os gestores da atenção básica do Estado de Sergipe**: uma análise de capacidade de governo e de governabilidade. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde) - Faculdade de Ciências, Médica Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016
  6. FONTÃO, M.A.B; PEREIRA, É.L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 21, p. 1169-1180, 2017.
  7. FRANCESCONI, G.V. et al. Mortality associated with alternative policy options for primary care and the Mais Médicos (More Doctors) Program in Brazil: forecasting future scenarios. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e31, 2020.
  8. GASPARINI, M.F.V; FURTADO, J.P. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 30-42, 2019.
  9. GIRARDI, S.N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2675-2684, 2016.
  10. LUNA, W.F. et al. Project More Doctors for Brazil in remote areas of the state of Roraima: relationship between doctors and the Special Supervision Group. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.
  11. MALTA, D. C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 327-338, 2016.
  12. MEDINA, M.G. et al. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 346-360, 2018.
  13. MOURÃO NETTO, J.J et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e2, 2018.
  14. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil. Brasília: OPAS; 2018.
  15. PEREIRA, 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**. v. 16; p. 3616, 2016. Disponível em: <http://www.rrh.org.au>. Acesso em 15 mar 2020.
  16. PINTO, H.A. et al. The Brazilian ore Doctors Program: evaluating the implementation of the “Provision” axis from 2013 to 2015. **Interface**, 21(1):1087-101, 2017.
  17. RIBEIRO, A.A. et al. Processo de trabalho e produção do cuidado em um serviço de saúde indígena no Brasil. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. :e20170029, 2017.
  18. TELLES, H; SILVA, A.L.A; BASTOS, C. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. **Cad. CRH**, v. 32, n. 85, p. 101-123, 2019.