

## Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde

Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS)

Ana Paula Cavalcante de Oliveira<sup>1</sup>  
 Mariana Gabriel<sup>2</sup>  
 Mario Roberto Dal Poz<sup>3</sup>  
 Gilles Dussault<sup>1</sup>

**Abstract** Scarcity and imbalances in the distribution of the workforce in health are social and political problems which, together with socio-economic inequality, reduce the population's access to health services. This study aims to understand the challenges facing policy makers and managers of the SUS system of Brazil, to ensure geographical availability of and accessibility to services provided by physicians. The analysis was guided by an explanatory model of the health labour market and of health policy interventions. Two central problems were identified: (i) scarcity of physicians, and (ii) inadequate distribution of these professionals between levels of health care, and between geographical zones. In this review, the focus is on 8 initiatives in the last 30 years, the principal objective of which was to correct the inadequate distribution of physicians in the SUS. These were: the Rondon Project, the Health Employment Interiorization Program (PITS), the Pró-Residência Program (Program to Support the Training of Specialist Doctors in Strategic Areas), the Program to Value Primary Health Care Professionals (PROVAB), the Mais Médicos ('More Doctors') Program, and others. The discussion focuses on the factors that influenced the results of these initiatives.

**Key words** Human resources for health, Health labour market, Public health policies, Physicians distribution, Access to health care

**Resumo** A escassez e os desequilíbrios na distribuição da força de trabalho em saúde são problemas sociais e políticos que, juntamente com a desigualdade socioeconômica, reduzem o acesso da população aos serviços de saúde. Este estudo tem o objetivo de compreender os desafios dos formuladores de políticas e gestores do SUS para assegurar a disponibilidade e a acessibilidade geográfica aos serviços prestados pelos médicos. A análise foi orientada por um quadro de análise do mercado de trabalho e das intervenções políticas na saúde. Foram identificados dois problemas centrais: escassez de médicos e má distribuição de profissionais entre os níveis de cuidados de saúde e entre as zonas geográficas. Nesta revisão, o foco é sobre oito intervenções nos últimos 30 anos, cujo objetivo principal era corrigir a má distribuição dos médicos no SUS, nomeadamente: o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), o Programa Mais Médicos, entre outras. A discussão focaliza nos fatores que influenciam o resultado dessas intervenções.

**Palavras-chave** Recursos humanos em saúde, Mercado de trabalho de saúde, Políticas públicas em saúde, Distribuição de médicos, Acesso à atenção médica

<sup>1</sup> Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. R. da Junqueira 100. 1349-008 Lisboa Portugal. paula.cavalcante@ihmt.unl.pt

<sup>2</sup> Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

<sup>3</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introdução

O Sistema de Saúde Brasileiro é composto por uma rede complexa de serviços públicos e privados, complementando-se em alguns deles e competindo, principalmente na área de Recursos Humanos em Saúde (RHS) qualificados. Em 1998 foi implementado o Sistema Único de Saúde (SUS) o qual tem como compromisso prover uma cobertura universal dos cuidados de saúde, fornecendo assistência integral. Este compromisso torna-se um desafio ainda maior tendo em vista que o Brasil, embora seja a maior economia da América Latina, apresenta grande desigualdade econômica e social<sup>1,2</sup>. Os sistemas de saúde necessitam, entre outras ações, de uma força de trabalho adequada, uma vez que os RHS são vistos com um dos pilares para alcançar o objetivo de reduzir as barreiras no acesso da população à Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>3</sup>.

A disponibilidade de profissionais de saúde com competências relevantes, em número suficiente, alocados onde são necessários, motivados, envolvidos e apoiados é essencial para o gerenciamento e a prestação dos serviços de saúde em todos os países<sup>4-6</sup> e o desempenho é, por sua vez, determinado pelas políticas e práticas que definem o número a alocar, suas qualificações e as condições de trabalho<sup>5</sup>.

O desequilíbrio na força de trabalho, como a má distribuição geográfica e, em particular, a falta de RHS qualificados nas regiões rurais ou carentes é um problema social e político que afeta quase todos os países<sup>2,4,5,7-11</sup>. Associado com a desigualdade socioeconômica, este desequilíbrio reduz o acesso da população aos serviços de saúde.

O objetivo do estudo é compreender os desafios dos formuladores de políticas e gestores do SUS para assegurar a disponibilidade e a acessibilidade geográfica aos médicos no serviço público brasileiro. Mais especificamente: identificar os desafios da disponibilidade e acessibilidade geográfica, analisando suas causas e mapeando o cronograma das estratégias políticas implementadas, em nível nacional, com vistas a assegurar o acesso da população aos serviços de saúde no âmbito do SUS.

## Metodologia

Este artigo é parte de um estudo de caso múltiplo sobre se o processo de decisão das políticas de RHS no Brasil e em Portugal direcionadas à pro-

blemática de distribuição geográfica serem (ou não) informadas por evidência científica. Esta fase do estudo teve como foco analisar o contexto político dos RHS no caso Brasileiro. Foram utilizadas informações de documentos de pesquisas, técnicos e políticos e dados quantitativos secundários. Para a identificação destes documentos e dados utilizou-se de três estratégias, descritas no Quadro 1.

Para orientar a análise, utilizou-se uma adaptação do quadro conceitual do mercado de trabalho e intervenções políticas na saúde<sup>12</sup>, ilustrada na Figura 1. O quadro pode ser utilizado por formuladores de políticas e tomadores de decisão para contribuir na compreensão dos fluxos do mercado de trabalho e orientar as intervenções políticas<sup>13</sup> em direção a um estoque desejável em tamanho, composição, distribuição, qualidade e efetividade para atender as necessidades dos cuidados e serviços de saúde.

A partir do quadro conceitual foi realizada uma análise temática dos dados, extraindo as informações dos documentos conforme categorias e subcategorias pré-determinadas, incluindo algumas subcategorias a partir da leitura dos documentos, conforme Quadro 2.

Buscou-se averiguar a continuidade entre as políticas de governos para a problemática de RHS, mais especificamente sobre a disponibilidade e a acessibilidade geográfica aos médicos.

## Resultados

A partir da pesquisa realizada nos sites e com a consulta de informantes chave, foi possível identificar 22 documentos políticos e técnicos. Em relação à pesquisa nos bancos de dados foram identificados um total de 2191 documentos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade foram selecionados 20 para análise (Figura 2). A lista completa dos 44 documentos utilizados neste estudo disponível a pedido.

### **I - Desafios para assegurar disponibilidade e acessibilidade geográfica aos médicos e seus determinantes**

A quantidade, a distribuição e a qualidade dos profissionais de saúde acessíveis a populações são condicionantes fundamentais para os ganhos em saúde<sup>14</sup>. Apesar do aumento da evidência de que a força de trabalho em saúde é fundamental para melhorar os níveis de cobertura dos serviços de saúde da população, vários países ainda

**Quadro 1.** Estratégias de busca para identificação de dados e documentos.

Local da busca	Especificações da busca	Critérios de inclusão e exclusão dos documentos
PubMed e BVS	Busca sistematizada realizada, em janeiro de 2016, nas base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed of the National Library of Medicine onde os documentos científicos foram identificados a partir da busca realizada utilizando os seguintes termos: (physician OR phisicians OR doctor OR doctors OR health professionals OR workforce OR health workers OR manpower) AND (geographical OR imbalance OR rural OR remote OR suburban OR scarcity OR lack) AND Brazil – detalhes da busca estão disponíveis mediante solicitação. Por fim foram incluídos documentos identificados como relevantes (ligados à problemática em estudo ou a uma estratégia específica) por meio das referências inicialmente selecionadas.	(i) ser sobre profissionais médicos, contendo ou não outros profissionais;  (ii) quando relativo a vários países deveria permitir a identificação isolada das informações referentes ao Brasil;  (iii) estar disponível em formato eletrônico, possibilitando a busca e extração de informações do texto;  (iv) datados entre 1994 e 2015;  (v) sem restrição de idiomas;  (vi) ter entre seus temas principais, a disponibilidade ou a acessibilidade geográfica de RHS como foco principal do artigo em um de três momentos: problemática de disponibilidade/ distribuição geográfica dos médicos; nas causas da escassez ou distribuição assimétrica; ou nas estratégias para lidar com a problemática: quer seja (a) em um estado de descrição ou avaliação da estratégia em sua implementação no Brasil, ou descrição ou avaliação da estratégia implementada em outro país trazendo as considerações para a implementação no Brasil.
Websites	Pesquisa em websites do Ministério da Saúde (MS), organizações internacionais (Banco Mundial, Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, Organização Mundial de Saúde - OMS, Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSa e Sistemas de Indicadores das Graduações em Saúde – SIGRAS), Conselho Federal de Medicina e Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (ObservaRH), com foco nas estações de trabalho que apresentam linhas de pesquisa na temática em questão.	Foram excluídos documentos que apresentaram dados sem seu processamento e sem introdução de novas conclusões.
Consultas a informantes chave	Paralelamente, foram realizadas consultas a informantes chave para identificar possíveis documentos não incluídos nas fases anteriores (publicados e literatura cinzenta) ou, nome de estratégias que possibilitassem uma busca específica nos sites descritos.	A data de 1994 foi escolhida como corte devido a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa escolha justificase pelo fato do cuidado em saúde ser organizado com base nos preceitos da atenção primária de saúde (APS).

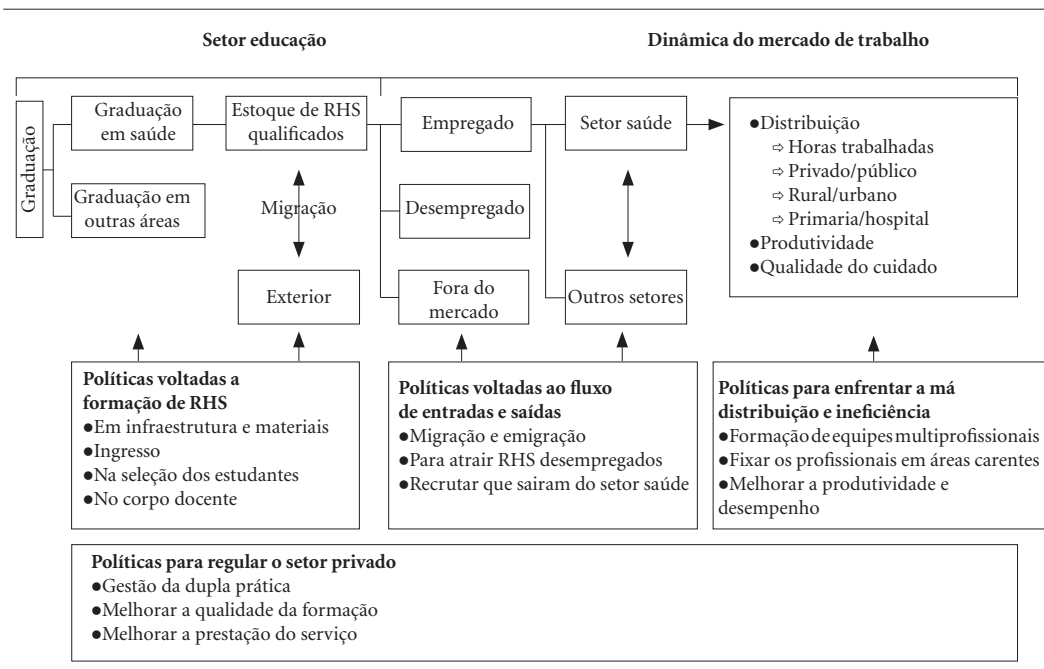
Fonte: Autores.

enfrentam graves problemas de escassez<sup>14-16</sup> e desigualdades na distribuição desses profissionais<sup>4,5,17,18</sup>. Esta problemática destaca-se em países que oferecem cobertura universal, com vasta área geográfica e com uma população desigualmente distribuída. Neste documento focaremos dois problemas principais identificados nos estudos: (a) escassez de médicos e (b) má distribuição, sendo que este último diz respeito às zonas geográficas e entres os níveis de cuidados de saúde.

#### (a) Escassez de médicos

A densidade nacional de médicos por mil habitantes teve um crescimento ao longo dos últimos vinte anos no Brasil. Em 1990, a razão de médicos por mil habitantes era de 1,12, aumentando para 1,86 em 2010<sup>19</sup>. Outras fontes com dados mais atuais apresentam que em 2013 essa relação era de 1,89 por mil habitantes<sup>20</sup> e em 2015 de 1,95<sup>21</sup>.

A definição sobre a razão ideal de médicos versus população de um país é um tema polêmi-



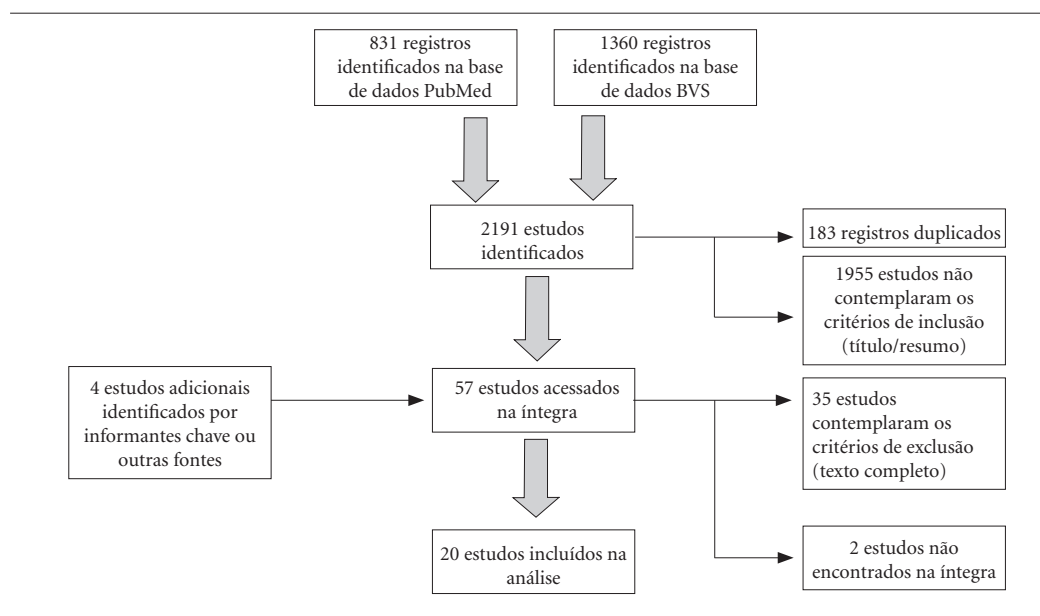
**Figura 1.** Quadro referencial do mercado de trabalho e intervenções políticas.

Fonte: adaptado de Sousa et al.<sup>12</sup>.

**Quadro 2.** Perguntas, categorias e subcategorias para a análise temática dos dados.

Pergunta	Categoria	Subcategorial
Quais são os desafios identificados pelos formuladores de políticas e gestores para assegurar a disponibilidade e acessibilidade geográfica aos médicos no âmbito do SUS?	Estoque de RSHs qualificados e características dos profissionais quanto a distribuição	Escassez de profissionais; distribuição entre o rural e urbano, distribuição dos profissionais entre público e privado, entre outras.
Quais são os determinantes destes desafios?	Setor educação e dinâmica do mercado	Número de vagas de graduação, número de vagas de especialização, planejamento na formação de RSHs, número de aposentadorias, perda para o setor privado, desemprego, emigração, duplo emprego, procedimentos de contratação não eficazes, entre outras.
Quais estratégias e áreas de intervenções políticas utilizadas para corrigir os desafios enfrentados pelos formuladores de políticas e gestores a nível nacional para assegurar a disponibilidade e acessibilidade geográfica aos médicos no âmbito do SUS?	Áreas de estratégias políticas	Políticas voltadas as formação de RSHs, políticas voltadas aos fluxos de entradas e saídas, entre outras.

Fonte: Autores.



**Figura 2.** Fluxograma de seleção dos artigos incluídos na análise.

Fonte: Autores.

co e complexo. Esta relação requer a compreensão de diversos fatores entre eles, destacam-se quatro eixos: características do profissional (sociodemográfica – idade e gênero), processos de trabalho (produtividade, carga horária, trabalho não clínico e variações no nível de atividade), características do sistema de saúde implantado no país (por exemplo, cobertura e tipo de serviços oferecidos)<sup>22</sup> e condições da população (socioeconômicas e epidemiológicas).

A operacionalização dessa relação é em diversos casos limitada<sup>22</sup>, causada possivelmente pela falta de informação. Adicionalmente, no Brasil não existe um planejamento definido das necessidades futuras de RHS. Esta situação refletiu-se nos documentos analisados que apresentavam a escassez de médicos. Estes utilizam-se de dados de comparação de médicos por mil habitantes entre o Brasil e outros países para chegar em uma relação desejável e criar metas de melhoria. Por vezes, atribui-se uma relação ideal mínima fixa, sem considerar o contexto acima mencionado.

Os dados da OCDE, que disponibiliza o número de médicos por mil habitantes de países, devem ser utilizados com ressalva. Nesta base, o Brasil ocupa o sexto lugar com menos médicos por mil habitantes entre os 39 países que apresentavam dados disponíveis para o ano de 2010, o último com referência para o Brasil<sup>23</sup>.

As publicações, relacionaram a escassez com a má distribuição geográfica e com a falta de profissionais na APS e especialistas<sup>9,10,16</sup>, atribuindo-se principalmente as causas da escassez à:

- crescente demanda de profissionais, devido especialmente ao aumento de estabelecimentos de serviços médicos de saúde públicos e privados<sup>10,21</sup>. Com a reforma da APS nas Américas e a implantação da ESE<sup>24,25</sup>, a qual criou equipes multiprofissionais de saúde e ampliou o atendimento da população brasileira, consequentemente também aumentou a necessidade de médicos. O número de estabelecimentos de saúde no final da década de 1970 era de 18.489 e em 2005 passou para 77.004, representando um aumento de aproximadamente 76%<sup>10</sup>.

- baixo número de egressos de medicina se comparado com a demanda e as necessidades crescentes apresentadas acima. Fato constatado com o crescimento expressivo do número de cursos de medicina no país. Entre 2000 e 2014 ocorreu um aumento do número de cursos em cerca de 63%, no ano de 2000 o número de escolas totalizava 94 e em 2014 atingiu 251 cursos<sup>26</sup>. Dados mais recentes mostram um total de 257 cursos em 2015, destacando um expressivo aumento de 69 em aproximadamente 6 anos<sup>21</sup>. Este aumento foi acompanhado de uma inversão do predomínio de cursos nas instituições de ensino

superior (IES) públicas para privadas. Em 2000, o número de cursos em IES públicas era de 48 e de privadas de 82, já em 2010 totalizava 78 cursos públicos e 103 privados<sup>26</sup> com concentração de IES públicas nas capitais<sup>9</sup>. Este predomínio vem se acentuando e dados mostram que o número de novas vagas nos últimos dois anos foram de 3,6 em IES privadas e 1,7 mil em IES públicas<sup>27</sup>, com a concentração de vagas em IES privadas no Sudeste e de vagas públicas no Norte<sup>9</sup>.

### **b. Má distribuição dos médicos entre os níveis de cuidados de saúde e zonas geográficas**

Considerando o modelo de rede no qual o SUS é organizado<sup>28</sup>, a problemática da má distribuição não pode ser analisada apenas com foco na APS, mas também nos outros níveis de atenção. Os especialistas que atuam exclusivamente no setor privado e no público totalizam 68,2% e 52% respectivamente, sendo que 74,3% do total atuam em ambos. Quanto à concentração desses especialistas, observou-se que no setor privado 40,1% estão em consultórios, 38,1% em hospitais e 31,1% em ambulatorios. No setor público 51,5% atuam em hospitais, 23,5% na APS e 4,8% na atenção secundária<sup>21</sup>. O número de cirurgias pediátricas apontou desequilíbrios entre as regiões do país, sendo o Sudeste a maior responsável pela formação dessa especialidade<sup>29</sup>. Quanto à distribuição geográfica dos dermatologistas, verificou-se que apenas 9,1% municípios apresentavam especialista nessa área<sup>30</sup>. Da mesma forma, na oftalmologia, o desequilíbrio da distribuição geográfica acarreta escassez do profissional em determinadas zonas, no entanto essa análise não foi atribuída à falta de especialistas no país. Não identificou-se estudos que abordassem a má distribuição em outras especialidades.

O problema da má distribuição geográfica de RHS no Brasil vem sendo apontado como um desafio com várias estratégias políticas implementadas a fim de corrigi-lo<sup>7,10,14,21,31-37</sup>. Esta má distribuição é acentuada nos profissionais de saúde qualificados, dentre os quais encontram-se os da enfermagem, da medicina<sup>14</sup> e da odontologia<sup>38</sup>, situação que se reflete diretamente nas condições de saúde da população<sup>14,16</sup>.

Esta má distribuição é visualizada em diversos níveis geográficos (entre regiões, rural e urbano, interior e capital e entre os próprios municípios). Quanto às cinco regiões do Brasil, existe uma assimetria na distribuição de médicos. Na região

Sudeste há 2,51 médicos por mil habitantes, representando uma concentração 2,5 vezes maior que a da região Norte (0,9), no ano de 2010. Já as regiões Sul (2,06) e Centro Oeste (1,76) têm quase o dobro da concentração de médicos por mil habitantes em relação à região Nordeste (1,09)<sup>19</sup>. Com isso verificamos uma maior intensidade do problema nas regiões Norte e Nordeste, que estão abaixo da média nacional<sup>10,21,33-37</sup>. Quando verificadas as unidades federativas esta desigualdade é ainda maior. Enquanto Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo apresentam 3,61 médicos por mil habitantes, 3,52 e 2,5, respectivamente, nos estados do Pará, Amapá e Maranhão esta relação se reduz para 0,77 médicos por mil habitantes, 0,75 e 0,53, respectivamente<sup>19</sup>.

Em uma análise mais específica e direcionada da má distribuição de médicos no país, esta apresenta-se mais desigual entre municípios. Os municípios com menos habitantes é onde localiza-se o menor número de médicos por habitantes<sup>21</sup>. Em 2009 aproximadamente 42% da população residiam em municípios com uma relação inferior a 1 médico para cada 4.000 habitantes, sendo que 7% dos municípios não apresentavam registro de médicos<sup>10</sup>. Os municípios com até 50 mil habitantes, 88,5% (4932 municípios em 2014), têm entre 0,23 e 0,64 médico por mil habitantes. Por outro lado, municípios com mais de 500 mil (39 municípios em 2014) retém 29% dos habitantes do país e aproximadamente 61% dos médicos<sup>21</sup>.

Este desequilíbrio é influenciado por diversos fatores, os quais podem ser divididos em individuais, organizacionais e relacionados aos sistemas (de saúde, educacional, institucionais) e das características dos municípios, entre elas o ambiente econômico, sociocultural, histórico e político<sup>11</sup>. Nos documentos selecionados, as principais causas da má distribuição geográfica no Brasil foram: as características dos municípios, considerando o Produto Interno Bruto, Índice de Desenvolvimento Humano, níveis de vulnerabilidade social, condições de violência e possibilidades de trabalho<sup>14,21,33,36</sup>; características individuais, por exemplo, idade, oportunidade de trabalho para cônjuges, origem em ambientes urbanos e renda familiar<sup>33,39</sup>; características do sistema de educação, existência de curso de medicina, residência médica e possibilidade de educação continuada<sup>21,33,36</sup>; e, por fim, características organizacionais, entre elas, remuneração, condições de trabalho, plano de carreira e reconhecimento profissional<sup>21,40</sup>.



## II- Estratégias implementadas para enfrentar a problemática de escassez e distribuição

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) foi criada pelo MS em 2003, e atualmente tem um lugar estratégico em sua estrutura. A SGTES é responsável pela formulação de políticas para a gestão do trabalho em saúde, a formação e a qualificação dos RHS, regulamentação profissional e descentralização da gestão do trabalho e educação nos estados federativos<sup>41</sup>. Ao longo dos últimos anos, o tema RHS, mais especificamente relacionado à disponibilidade e acessibilidade geográfica, é recorrente e bastante relacionado às dificuldades enfrentadas no setor saúde. Analisando a continuidade deste tema, é observada, a partir dos Planos Nacionais de Saúde 2004-2007, 2008-2011 e 2012-2015<sup>42-44</sup>, da Política Nacional da Atenção Básica<sup>25</sup> e da Resolução nº 439 do Conselho Nacional de Saúde<sup>45</sup>, documentos norteadores das intervenções em saúde, uma sinergia quanto à problemática. Entretanto, verifica-se uma falta quanto à formulação de uma política clara e de longo prazo voltada para RHS no Brasil<sup>31</sup>, ainda que diversas estratégias específicas e limitadas tenham sido identificadas para enfrentar esses desafios.

As intervenções identificadas foram: (a) Projeto Rondon, (b) Programa de Interiorização do SUS (PISUS), (c) Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), (d) Telessaúde, (e) Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), (f) Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), (g) Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e (h) Mais Médicos (Quadro 3).

Quanto às intervenções políticas implementadas, observou-se sobreposições dos seus possíveis resultados em diferentes frentes da problemática, com isso apresentaremos os achados relacionando a intervenção, o desafio (disponibilidade e distribuição geográfica) e a área política, seguindo a lógica do quadro conceitual do mercado de trabalho e intervenções políticas na saúde<sup>12</sup>. Abordagens ilustradas no Quadro 4.

## Discussão

Considerando o sistema de saúde implementado no Brasil, os formuladores de políticas e gestores são desafiados a assegurar a disponibilidade e a acessibilidade à saúde para toda a população.

Outro desafio seria o crescente aumento da demanda de profissionais de saúde, tanto no setor público como no privado, atribuído principalmente à ampliação das redes de serviços. Os estudos demonstram que entre os desafios principais estão a escassez de médicos e sua má distribuição, sendo que o último refere-se a zonas geográficas e entre os níveis de atenção.

Quanto à escassez, percebe-se que muitas vezes existe dificuldade em estabelecer-la, perante talvez à falta de conhecimento das necessidades atuais e futuras de médicos. Assim, substitui-se uma análise integrada por uma comparação utilizando *benchmarks* externos de forma isolada, comparando com outros países, sem saber se estes são apropriados para o sistema de saúde brasileiro. Os documentos selecionados atribuem as causas da escassez principalmente à demanda de profissionais e à formação em detrimento a outros elementos do fluxo de entrada (ex. emigração e retornantes de outro setor) e do fluxo de saída (ex. interrupção na carreira e aposentadorias).

A escassez agrava a dificuldade da gestão da distribuição de médicos entre as regiões do país e os níveis de atenção<sup>15</sup>. A distribuição geográfica é um problema já diagnosticado no Brasil e foi bastante relatada nos estudos selecionados, mostrando que de fato existe concentrações de médicos nas regiões Sul e Sudeste, em grandes cidades e nos municípios mais desenvolvidos. No entanto, são necessárias análises maiores sobre os fatores que levariam os médicos a migrar e atuar em regiões desassistidas. A literatura aponta que para conhecer esses fatores devem ser priorizados estudos qualitativos e “Estudos de Preferência Declarada” (do inglês *Discrete Choice Experiment* – DCE) que além de pontuar os fatores isolados permite identificar as preferências dos indivíduos a partir de comparações entre certas características do trabalho, uma vez que alguns benefícios no contrato de trabalho pode ser um contraponto do local de atuação<sup>32,46</sup>.

A má distribuição entre os níveis de atenção não apresenta um diagnóstico preciso no Brasil, apontando-se escassez de médicos na atenção primária, concentrações de especialistas no setor privado e uma distribuição desigual nas regiões do país em algumas especialidades. Os estudos apontam que para a APS, e conseqüentemente a ESF, ser mais resolutive, no que diz respeito à disponibilidade de médicos, diversos desafios precisam ser superados, entre eles o problema da rotatividade e da falta de fixação desses profissionais<sup>47</sup>. Essa realidade pode ser atribuída aos baixos estímulos dos contratos temporários de

**Quadro 3.** Descrição das intervenções políticas identificadas.

Intervenção política	Objetivo/Descrição	Pontos importantes
Projeto Rondon -1968 a 1989 e 2005 a atual	Objetivou promover estágios de serviços para estudantes universitários <sup>48</sup> e consequentemente trazer os alunos para o trabalho em áreas de difícil acesso e a serviços de saúde em expansão <sup>36</sup> . Em 2005 houve seu relançamento e conta com representantes dos Ministérios da Defesa, Educação, Saúde, entre outros <sup>49</sup> .	Em seus 22 anos contemplou milhares de municípios, a maioria nas regiões Centro Oeste, Nordeste e Norte <sup>36</sup> . Cerca de 350 mil universitários e 13 mil professores participaram do projeto <sup>35,36</sup> . A literatura analisada não aponta os motivos de sua extinção. Desde o relançamento o projeto envolveu 1900 instituições de ensino superior e realizou 69 operações em 854 municípios em 23 Estados <sup>50</sup> . Essa intervenção focou apenas na área de políticas voltadas à formação e não articulou com outras áreas de intervenções políticas. Embora a literatura aponte que a vivência do estudante em ambientes de difícil acesso possibilite a ampliação de suas escolhas de atuações futuras <sup>17</sup> não foram encontrados dados relativos ao acompanhamento destes estudantes após a graduação.
PISUS - 1993 a 1994	Objetivou a interiorização de uma equipe mínima de saúde, composta por ACS, enfermeiro e médico no suporte de um serviço de saúde <sup>35</sup> . Organizado em quatro subprogramas, unidades de pronto atendimento, interiorização do médico (fixação de pelo menos um médico, com residência no município participante), interiorização do enfermeiro e ACS <sup>36</sup> . Garantia instalações físicas adequadas, moradia para enfermeiros e médicos, pagamento por produção e contrato formal executado pelo gestor municipal através de repasse do MS <sup>35</sup> .	O programa atingiu 398 municípios <sup>35</sup> . Sendo um programa de curta existência, a falta de informações sobre os motivos de sua extinção impede que futuras ações nesta área corrijam possíveis fragilidades. Esse é um fator que dificulta a continuidade das intervenções políticas.
PITS- 2001 a 2004	Objetivou incentivar a alocação de profissionais de saúde qualificados em municípios de comprovada carência de recursos médicos-sanitários <sup>51</sup> e distantes de capitais, além disso colaborar com a expansão da atenção básica e da PSF <sup>36</sup> . Coordenado em nível nacional pelo MS, adotou a mesma estratégia do PSF e utilizou-se de incentivos financeiros, educação continuada para profissionais participantes e apoio profissional e pessoal por meio de condições adequadas de trabalho (equipamentos e insumos), moradia, alimentação e transporte para o desenvolvimento de suas atividades <sup>36</sup> . Os médicos participantes faziam o curso de especialização em Saúde da Família <sup>52</sup> .	Durante o período, 300 municípios foram contemplados com 421 profissionais de saúde, sendo destes 181 médicos <sup>35</sup> . Nesse programa foi possível verificar maior articulação das estratégias para motivar o profissional, no entanto, assim como o programa anterior PISUS, também não foi possível conhecer os motivos de seu término.

continua

trabalho<sup>53</sup>, que muitas vezes são conseqüências das restrições orçamentárias dos municípios, que não conseguem reajustar os salários dos médicos, de modo a ser atrativo para rete-los, pois tal ajuste infringiria a Lei de Responsabilidade Fiscal<sup>54</sup>.

Adicionalmente, estudos apontam problemas estruturais, relacionados ao processo de trabalho. A ESF, assim como a APS, deve ser organizada de forma equitativa e eficiente para atingir seu potencial no enfrentamento dos desafios impostos



Quadro 3. continuação

Intervenção política	Objetivo/Descrição	Pontos importantes
Telessaúde-2007 até o momento	Estratégia integrante a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde implementada como uma das ações do Programa Mais Saúde <sup>55,56</sup> . Tem como objetivo a orientação da formação e desenvolvimento dos RHS e a qualificação da atenção e gestão em saúde na atenção básica no SUS <sup>55,57</sup> . Integra ensino e serviço promovendo teleassistência e tele-educação, por meio de TICs <sup>55</sup> .	Essa estratégia vem sendo relacionada com a tentativa de melhorar a fixação dos profissionais em áreas remotas, uma vez que colabora na redução da possível sensação de isolamento e insegurança clínica <sup>55,57</sup> . Estudos apontam as contribuições da telessaúde no setor <sup>58,59</sup> , demonstrando que a tecnologia pode ser uma grande aliada nas trocas de conhecimento e capacitações de profissionais da rede. Essa é uma área que está em expansão e deve ser mais explorada futuramente nas políticas voltadas aos RHS.
Pró-Residência, 2009 até o momento	Uma medida intersetorial entre o Ministério da Saúde e da Educação. Visa apoiar, por meio da concessão de bolsas, a formação de especialistas em áreas básicas e prioritárias para algumas regiões do país (Norte, Nordeste e Centro Oeste) e abertura de novos programas de residência considerando a necessidade da região <sup>60</sup> .	Uma vez que diagnosticadas e informadas as carências locais e regionais de especialistas em algumas áreas da medicina, essa iniciativa tem a potencialidade de contribuir na escolha de atuação do profissional, colaborando tanto para o mercado, quanto para a carreira do médico.
Fies - 2011 até o momento	Em 2011 o governo possibilitou que médicos que tiveram sua graduação financiada pelo FIES, abatessem sua dívida atuando nas equipes da ESF em áreas com carência de médico. Para cada mês trabalhado o abatimento é de 1% do saldo devedor <sup>61</sup> .	Contribuiu para a ampliação do número de médicos no país, diversos estudantes foram possibilitados a concluir o curso por meio desse financiamento. Vincular a dívida da graduação a atuação do profissional no SUS é mais uma maneira de ampliar o estoque de médicos no serviço e contribuir para a redução das disparidades em saúde.
PROVAB - 2011 até o momento	Objetiva prover as equipes da Atenção Básica e da ESF com enfermeiros, dentistas e médicos em áreas remotas e de maior vulnerabilidade (populações ribeirinhas, quilombolas, assentadas, indígenas, etc.) alcançando assim maior integração ensino-serviço-comunidade. Os profissionais recebem bolsa de estudos pagas pelo governo federal, supervisão a distância e presencial e a oportunidade de realizar um curso de especialização com foco na atenção básica oferecido por universidades participantes do UNA-SUS <sup>60</sup> . Ao final de um ano, os médicos podem receber pontuação (10% sobre a nota) no processo seletivo da residência médica <sup>35</sup> .	Um balanço do programa aponta que o número de participantes passou de 381 em 2012 para mais de 3,3 mil em 2013 distribuídos em 1.157 municípios, sendo que 573 deles localizados na região Nordeste <sup>62</sup> . Em 2015 o PROVAB foi integrado ao PMM.

continua

à saúde<sup>24</sup>. No entanto, ainda observa-se equipes enraizadas no modelo tradicional médico-hegemônico que contribui para a sobrecarga desse profissional<sup>63</sup> sem priorizar o trabalho em equipe multiprofissional. Por outro, embora não seja seu objetivo central, a ESF pode ser considerada a intervenção que mais expandiu a cobertura de médicos<sup>32</sup>, contribuindo para melhorar a acessi-

bilidade aos serviços de saúde. Já na atenção secundária a dificuldade é atribuída à contratação de especialistas para o trabalho no SUS<sup>9,64</sup>.

A má distribuição geográfica de médicos é um problema que esteve presente na agenda de decisão política de diversos governos no Brasil<sup>10,32</sup>. A partir de 2011, o déficit de provimento de profissionais foi definido como área prioritá-

Quadro 3. continuação

Intervenção política	Objetivo/Descrição	Pontos importantes
Programa Mais Médicos - PMM, 2013 a atual	Visa formar médicos e leva-los para regiões onde há escassez ou ausência de profissionais <sup>65</sup> . Estruturado em três grandes eixos de ação: eixo de qualificação da estrutura da atenção básica - melhoria na infraestrutura da RAS, com foco nas UBSs; eixo da formação médica, mudanças na graduação - na residência médica e na formação de especialistas, como, por exemplo, a implementação das novas DCN e a ampliação dos cursos de graduação no setor público e privado; e eixo de provimento emergencial - o PMMB atua na provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (por meio de recrutamento de médicos nacionais e estrangeiros de forma individual ou por acordo bilateral estabelecido com o governo cubano) <sup>37</sup> . O participante recebe uma bolsa mensal e ajuda de custo para a instalação <sup>37</sup> , as quais são mais elevadas para os que se deslocarem para zonas mais remotas <sup>7</sup> .	O programa foi passando de Política de Governo para uma Política de Estado <sup>37</sup> . O programa englobou também os profissionais médicos do PROVAB, no qual teve suas características reajustadas nos parâmetros do PMM. Alguns resultados identificados - eixo de qualificação da estrutura da atenção básica: construções de 1.577 UBSs, duas UBSs Fluviais na região da Amazônia Legal e reforma de 9.011 UBSs; eixo da formação médica: 47 novos cursos de medicina foram abertos (24 em instituições Federais) ampliando em 65% as vagas <sup>37</sup> . Quanto a mudanças no perfil do médico ainda não há egressos do novo currículo; o PMMB atingiu 3.785 municípios em menos dois anos recrutando 14.462 médicos (1.846 brasileiros / 12.616 estrangeiros pertencentes a 49 países) <sup>37</sup> .

Legenda: ACS - Agente comunitário da saúde; DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais; PMMB - Projeto Mais Médicos para o Brasil; TICs - Tecnologias de Informação e Comunicação; UBS - Unidades Básicas de Saúde; UNA-SUS - Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Autores.

ria<sup>37</sup>. Intervenções para enfrentar o desafio da má distribuição vêm sendo executadas desde 1968. Já a implementação de intervenções para a problemática de escassez são mais recentes, foram identificadas somente duas medidas, o Pró-Residência e o PMM. Conforme informação apresentada (Quadros 3 e 4) os projetos iniciais falharam em sua sustentabilidade em um horizonte temporal, embora o pioneiro tenha sido restabelecido por volta de 35 anos depois.

Observou-se a partir da análise (Quadro 4) que desde 2011, com o PROVAB, as intervenções incorporaram maior número de estratégias e embora ainda não existam avaliações de seus impactos, considerando o quadro conceitual utilizado (Figura 1), pode-se inferir que existe maior possibilidade de sucesso, visto que evidências sobre o tema apontam que as intervenções em conjunto são mais eficazes que as isoladas<sup>8</sup>. Foi observado que as intervenções políticas concentram-se na distribuição, com foco na atenção primária negligenciando a distribuição dos outros níveis de atenção, talvez pela falta de um diagnóstico mais claro. Apenas o Pró-Residência foi identificado como indutor nesse quesito.

A ausência de evidências trazidas por resultados de pesquisa para contribuir com o diag-

nóstico da má distribuição dos médicos entre os níveis de atenção e suas causas, compromete a formulação de intervenções informadas por evidência, aumentando assim o risco de serem formuladas de maneira improvisada ou de terem seu processo dominado por outros fatores e não pela evidência.

Na graduação, a articulação ensino-serviço é relatada em diferentes estudos. A dinâmica entre estes temas é justificada pela busca por profissionais com competências necessárias para atuar no SUS, ou seja, a formação deve preparar o profissional para atuar com base nos princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde vigente<sup>66</sup>. Existem programas implantados para a reorientação da formação profissional e destacam-se o Projeto IDA, Projeto Uni e Rede Unida, anteriores à criação da SGTES e, PROMED, Ver SUS, Aprender SUS, Ensina SUS, Pró-Saúde (I e II), PET-Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente, posteriores à implantação da SGTES<sup>67</sup>. Por outro lado, existem situações onde essas articulações são frágeis e ocorre uma falta de planejamento e coordenação entre a necessidade de formação e a demanda populacional<sup>29</sup>.

Entre as intervenções identificadas para enfrentar os desafios, em enfoque nesse estudo, o

**Quadro 4.** Intervenções políticas identificadas de acordo com os desafios a serem enfrentados e área política da intervenção.

Intervenção política	Desafios			Áreas das intervenções políticas			
	Distribuição geográfica	Distribuição por nível	Disponibilidade de médicos	Formação de médicos	Fluxo de entrada e saída	Corrigir a má distribuição e ineficiência	Regulação do setor privado
Projeto Rondon (estágio curricular em áreas de difícil acesso e serviços em expansão) - 1968 a 1989 e 2005 a atual	x	primária				educacional*	
PISUS (pagamento por produção, contrato formal, instalação física adequada e moradia)- 1993 a 1994	x	primária				financeiro e apoio pessoal e profissional*	
PITS (incentivos financeiros, educação continuada, condições adequadas de trabalho, moradia, alimentação e transporte) - 2001 a 2004	x	primária				financeiro, educacional e apoio profissional e pessoal *	
Telessaude (teleassistência e teleeducação) - 2007 até o momento	x	primária				apoio profissional e pessoal e educacional*	
Pró-Residência (bolsas para residências e abertura de residências) -2009 até o momento	x	especialistas	x	x		financeiro e educacional*	
Fies (abatimento no financiamento estudantil da graduação) -2011 até o momento	x	primária				financeiro*	

continua

Quadro 4. continuação

Intervenção política	Desafios			Áreas das intervenções políticas			
	Distribuição geográfica	Distribuição por nível	Disponibilidade de médicos	Formação de médicos	Fluxo de entrada e saída	Corrigir a má distribuição e ineficiência	Regulação do setor privado
PROVAB (bolas, supervisão a distância e presencial, oportunidade de especialização e pontuação adicional para processo de seleção de residência) - 2011 até o momento	x	primária				pessoal e profissional, educacional e financeiro+	
Mais Médicos - (melhoria na infraestrutura da rede, bolsas, oportunidade de formação e mudança curricular, aumento de vagas e recrutamento) - 2013 até o momento	x	primária	x	x	x	regulatória/administrativa (incluindo acordos bilaterais), educacional, financeiro, apoio pessoal e profissional*	

Legenda: \*Especificamente quanto as intervenções políticas para corrigir a má distribuição geográfica podemos classificá-las quatro categorias: regulatórias/administrativas, educacionais, financeiras, apoio pessoal e profissional<sup>11,17</sup>. Fonte: Autores.

PMM é o que apresenta maior transversalidade de suas ações, perfazendo todos os desafios identificados nesta revisão e tendo estratégias em quase todas as quatro áreas de intervenções políticas, não atuando apenas na área de regulação do setor privado.

O processo de formulação de uma política pode ser influenciado por diferentes fatores<sup>68</sup>, entre estes, a evidência científica pode desempenhar um papel significativo, pois auxilia os formuladores e os demais atores a tomarem decisões bem informadas sobre políticas, programas e projetos com o intuito de garantir que a tomada de decisão seja bem informada pela melhor evidência de pesquisa disponível<sup>69</sup>, evitando-se assim o domínio do processo por outros fatores.

Quando avaliamos os resultados dos esforços para potencializar do uso da evidência na formulação de políticas devemos ir além de questionarmos se ela foi utilizada no processo, para

verificarmos em que momento foi utilizada<sup>70,71</sup>; com que finalidade<sup>72-74</sup> e que abordagem foi utilizada para promover o uso<sup>73,75,76</sup>. Neste estudo, conforme o método escolhido, é possível somente observar a possibilidade do uso da evidência nas fases do ciclo da política conforme o tipo de pesquisa disponível.

A abordagem mais comum para estudar as políticas públicas, o “ciclo da política”, desagrega o processo político em uma série de etapas funcionais (configuração da agenda, desenvolvimento da formulação da política, implementação e avaliação)<sup>77,78</sup>. A evidência científica pode desempenhar um papel significativo em todas as fases do ciclo. Todavia, para cada fase também há um tipo e uma pergunta de pesquisa mais apropriada e relevante para aquele momento<sup>70,71</sup>.

A demanda de pesquisas na área de RHS por parte dos formuladores não pode ser considerada insuficiente no Brasil, como é possível observar

pelo volume de recursos de pesquisa disponíveis no país, pelo fato do RHS encontrar-se entre as linhas de pesquisa prioritárias na Agenda Nacional de Pesquisa e Saúde<sup>79</sup> e ainda pela colaboração da Rede Observatório de Recursos Humanos no Brasil (ObservaRH) com a SGTES, uma iniciativa patrocinada pelo MS conjuntamente com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde OPAS/OMS<sup>80</sup>. Contudo, o foco das pesquisas identificadas por meio dos artigos selecionados no contexto brasileiro concentra-se na descrição da problemática, no diagnóstico e suas causas, faltando investigações que analisem alternativas e soluções para a redução do problema em estudo de uma forma crítica ou a avaliação de alternativas implementadas em outros países à luz do contexto brasileiro. Pode-se assim questionar se existe uma dificuldade na comunicação entre formuladores e pesquisadores (o que reflete na pergunta de pesquisa se apresentar diferente da necessidade de resposta dos formuladores para a intervenção na problemática em questão) ou, se o meio de divulgação é diferente da “convencional” publicação de artigos.

Como este estudo é baseado na análise de documentos existem limitações, especialmente quanto à abrangência do contexto das políticas de RHS no Brasil. Por isso, está em desenvolvi-

mento uma fase adicional da pesquisa a qual consiste em entrevistas com os formuladores de políticas e pesquisadores, entre outros atores chave.

### **Considerações finais**

Relacionando os desafios e as intervenções implementadas, verifica-se que os governos buscaram soluções para assegurar a disponibilidade e a acessibilidade geográfica aos médicos no SUS. Sobretudo, com algumas medidas identificadas em outros países e recomendadas para aplicação, com variações quanto às forças de recomendação de evidência variadas<sup>17</sup>. No entanto, nossas análises demonstram que não foram encontradas intervenções políticas nas áreas da regulação do setor privado, demonstrando que faz-se necessário intervenções e políticas que considerem todas as facetas do mercado de trabalho em saúde no Brasil, como, por exemplo, a coexistência entre o setor público e o privado. Igualmente, é desejável a execução de monitoramento e avaliações dos resultados alcançados e subsequente impacto gerado. A partir das evidências e do contexto atual de saúde no Brasil nota-se que as políticas voltadas aos RH são essenciais para garantir a acessibilidade geográfica à assistência médica no SUS e à sustentabilidade das intervenções implementadas.

### **Colaboradores**

APC Oliveira trabalhou na concepção do estudo e metodologia, recolha e análise dos dados, estruturação e escrita do artigo e revisão da redação em todas as versões incluindo a final; M Gabriel na recolha e análise dos dados, estruturação e escrita do artigo em todas as versões e revisão da redação final; MR Dal Poz e G Dussault no desenho do estudo e revisão da redação do artigo em todas as versões incluindo a final.

### **Agradecimentos**

Este artigo é parte de um projeto de pesquisa de doutorado apoiado pelo CNPq (Ciência sem Fronteira). Parte da pesquisa contou ainda com recursos da FAPERJ (Cientista do Nosso Estado). Os autores agradecem ao Prof. John N Lavis pelos valiosos comentários sobre o método e aos informantes por sua ajuda no processo de identificar as estratégias, fornecendo documentos e comentários valiosos.

## Referências

- Pan American Health Organization. Health in the Americas: Brazil. *Heal Am* 2012;129-145.
- Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-186.
- Craveiro IMR, Hortale VA, Oliveira APC, Dussault G. Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal. *Cien Saude Colet* 2015; 20(10):2985-2998.
- World Health Organization (WHO). *World Health Report: 2006: Working Together for Health*. Geneva: WHO; 2006. Vol 19.
- Dussault G, Dubois C-A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health* 2003; 1(1):1.
- World Health Organization (WHO). *The World Health Report: 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO; 2000. Vol 78.
- Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(c):623-634.
- Kroezen M, Dussault G, Craveiro I, Dieleman M, Jansen C, Buchan J, Barriball L, Rafferty AM, Bremner J, Sermeus W. Recruitment and retention of health professionals across Europe: a literature review and multiple case study research. *Health Policy* 2015; 119(12):1517-1528.
- Scheffer MC, Dal Poz MR. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Hum Resour Health* 2015; 13(1):96.
- Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg em Saúde para Debate* 2009; 44(maio):13-24.
- Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health* 2006; 4(1):12.
- Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bull World Health Organ* 2013; 91(11):892-894.
- Vujicic M, Zurn P. The dynamics of the health labour market. *Int J Health Plann Manage* 2006; 21(2):101-115.
- Sousa A, Dal Poz MR, Boschi-Pinto C. Reducing inequities in neonatal mortality through adequate supply of health workers: evidence from newborn health in Brazil. *PLoS One* 2013; 8(9):e74772.
- Campos FE. Funding, flexible management needed for Brazil's health worker gaps. Interview by Claudia Jurberg. *Bull World Health Organ* 2013; 91(11):806-807.
- Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, Fronteira I, Lozano R, Nyongator F, Pablos-Méndez A, Quain EE, Starrs A, Tangcharoen-sathien V. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Heal Organ* 2013; 91(11):853-863.
- World Health Organization (WHO). *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas through Improved Retention*. Geneva: WHO; 2010.
- Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, Cueto M, Dare L, Dussault G, Elzinga G, Fee E, Habte D, Hanvoravongchai P, Jacobs M, Kurowski C, Michael S, Pablos-Mendez A, Sewankambo N, Solimano G, Stilwell B, de Waal A, Wibulpolprasert S. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004; 364(9449):1984-1990.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). *Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2012 IDB-2012*. Brasília: MS; 2013.
- World Health Organization (WHO). *Global Health Observatory Data Repository: Browse data tables by indicator*. Geneva: WHO; 2015.
- Scheffer M, Cassenote A, Biancarelli A. *Demografia Médica No Brasil*. São Paulo: FMUSP; 2015.
- Pong RW, Pitblado JR. *Geographic distribution of Physicians in Canada: beyond how many and where*. Ottawa: Can Inst Heal Inf; 2005.
- OECD. OECD data: health resources: doctors. 2016. [acessado 2016 fev 15]. Disponível em: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Brasília: OPAS; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Vol I; 2012. [acessado 2016 fev 10]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- ObservaRH IMS/UERJ. Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde - SIGRAS. [acessado 2016 fev 10]. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/sigras/home.php>
- Brasil. Programa Mais Médicos Governo Federal: estudantes de graduação em medicina. 2016. [acessado 2016 fev 1]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/cursos-de-graduacao>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portal da saúde: as redes de atenção a saúde. [acessado 2016 fev 15]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php)
- Jesus LE, Aguiar AS, Campos MSM, Baratella JRS, Ketzner JC, Mastroti RA, Amarante ACM. Formação e demanda do cirurgião pediátrico no Brasil. *Rev Col Bras Cir* 2009; 36(4):356-361.
- Schmitt JV, Miot HA. Distribution of Brazilian dermatologists according to geographic location, population and HDI of municipalities: An ecological study. *An Bras Dermatol* 2014; 89(6):1013-1015.
- Buchan J, Fronteira I, Dussault G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. *Hum Resour Health* 2011; 9(1):17.
- Dal Poz MR. The health workforce crisis. *Cad Saude Publica* 2013; 3(10):1924-1926.
- Póvoa L, Andrade MV. Geographic distribution of physicians in Brazil: an analysis based on a locational choice model. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1555-1564.



34. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface Commun Heal Educ* 2013; 17(47):913-926.
35. Carvalho MS. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação. 2013:167. [acessado 2016 fev 15]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13660>
36. Maciel Filho R. *Estratégias para a distribuição e fixação e médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro: UERJ; 2007.
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Mais Médicos – Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros*. Brasília: MS; 2015.
38. Pucca GA, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FCS. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res* 2015; 94(10):1333-1337.
39. Kirk JM, Kirk EJ, Mary S. Mais Médicos: Cuba's Medical Internationalism Programme in Brazil. *Bull Lat Am Res* 2015; 35(4):467-480.
40. Pierantoni CR. *Fortalecimento da Capacidade de Planejamento de Recursos Humanos para Sistemas Nacionais de Saúde*. Belo Horizonte: UFMG; 2013.
41. Pierantoni CR, Garcia ACP. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. *Hum Resour Health* 2011; 9:12.
42. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. *Diário Oficial da União* 2004; 11 dez.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011*. Brasília: MS; 2009.
44. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015*. Brasília: MS; 2011.
45. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011. *Diário Oficial da União* 2011; 8 abr.
46. World Health Organization (WHO). *How to conduct a discrete choice experiment for health workforce recruitment and retention in remote and rural areas: a user guide with case studies*. Geneva: WHO; 2012.
47. Ney MS, Rodrigues PH de A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2012; 22(4):1293-1311.
48. Brasil. Decreto no 62.927, de 28 de Junho de 1968. Institui o Grupo de Trabalho “Projeto Rondon”. *Diário da União* 1968; 1 jul.
49. Brasil. Decreto de 14 de janeiro de 2005. Cria o Comitê de Orientação e Supervisão do Projeto Rondon e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 17 jan.
50. Brasil. Ministério da Defesa. Portal Brasil: Defesa e Segurança: Projeto Rondon ganha novas perspectivas para 2016. 2016. [acessado 2016 abr 20]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2016/01/projeto-rondon-ganha-novas-perspectivas-para-2016>
51. Brasil. Presidência da República. Decreto No 3.745, de 5 de Fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. *Diário Oficial da União* 2001; 19 out.
52. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Médicos Inscritos no Programa de Interiorização Não se Especializar em Saúde da Família*. Brasília: MS; 2009.
53. Canesqui AM, Spinelli MAS. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(4):862-870.
54. Camargo Júnior KR, Campos EMS, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB, Ribeiro LC, Alves MJM. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):s58-s68.
55. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Telessaúde Brasil Redes. Programa Telessaúde. [acessado 2016 abr 17] Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/>
56. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de Telessaúde Para Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
57. Taveira ZZ, Scherer MDA, Diehl EE. Implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(8):1793-1797.
58. Haddad AE, Bönecker M, Skelton-Macedo MC. Research in the field of health, dentistry, telehealth and teledentistry. *Braz Oral Res* 2014; 28(1):1-2.
59. Silva AB, Moraes IHS. O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. *Physis* 2012; 22(3):1211-1235.
60. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Uma Reconstrução Histórica e Política*. Brasília: MS; 2011.
61. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei no 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). *Diário Oficial da União* 2010; 15 jan.
62. Brasil. Ministério da Saúde (MS). UNA-SUS: universidade aberta do Sistema Único de Saúde: PROVAB abre inscrições para médicos na próxima semana. [acessado 2016 mar 8]. Disponível em: <http://unasus.gov.br/noticia/provab-abre-inscricoes-para-medicos-na-proxima-semana>.
63. Gomes FM, Silva MGC. Family health program as a strategy of primary attention: a reality at Juazeiro do Norte. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):893-902.
64. Carvalho CL, Petta HL, Araújo JF, Girardi Junior JB, Oliveira VA. *Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde*. Belo Horizonte: EPSM; 2009.
65. Brasil. Presidente da República. Lei No 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
66. Brasil. Ministério da Educação (MEC). *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Brasília: MEC; 2014.

67. Dias H, Lima L, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1613-1624.
68. Lavis JN, Ross SE, Hurley JE, Hohenadel JM, Stoddart GL, Woodward CA, Abelson J. Examining the role of health services research in public policymaking. *Milbank Q* 2002; 80(1):125-154.
69. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health policymaking (STP) 1: what is evidence-informed policymaking? *Heal Res Policy Syst* 2009; 7(1):1-7.
70. Lavis JN. Research, public policymaking, and knowledge-translation processes: Canadian efforts to build bridges. *J Contin Educ Health Prof* 2006; 26(1):37-45.
71. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Heal Res Policy Syst* 2003; 1(1):2.
72. Weiss CH. The Many Meanings of Research Utilization. *Public Adm Rev* 1979; 39(5):426.
73. Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Q*. 2003; 81:171-172-248.
74. Trostle J, Bronfman M, Langer A. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy Plan* 1999; 14(2):103-114.
75. Lomas J. Using “linkage and exchange” to move research into policy at a Canadian foundation. *Health Aff* 2000; 19(3):236-240.
76. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ* 2006; 84(8):620-628.
77. Pollard A, Court J. *How Civil Society Organizations Use Evidence to Influence Policy Processes: A Literature Review*. London: Shaping Policy for Development; 2005.
78. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. “Doing” health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan* 2008; 23(5):308-317.
79. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa Em Saúde. 2ª ed. Brasília: MS; 2011.
80. ObservaRH. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Repertório com a Produção da Rede ObsevaRH- Brasil. [acessado 2016 fev 1]. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/index.htm>. Accessed March 10, 2015.

---

Artigo apresentado em 18/05/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 21/11/2016

## ERRATA

p. 1165

### **onde se lê:**

Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS)

### **leia-se:**

Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS)

p. 1165

### **onde se lê:**

**Abstract** Shortages and imbalances in the distribution of the health workforce, are social and political problems that, along with the socio-economic inequality, reduce the access of the population to the health services. This study aims to understand the challenges of SUS policy-makers and managers to ensure the availability and geographical accessibility to health service providers. The analysis was guided by a framework of the health labour market and health policy interventions. Two main problems have been identified: shortage of doctors and maldistribution of professionals between levels of health care and between geographical areas. This review focused on eight interventions in the last 30 years, whose main aim was to correct the maldistribution of physicians in the SUS such as Rondon Project, Interiorization of Health Work Program, Medical Specialists Training Program, PHC Program and More Doctors Program. The discussion

focuses on the factors that influence the outcome of these interventions.

**Key words** Human resources in for health, Health employment labour market, Public health policies in health, Physicians distribution of doctors, Access to health care

### **leia-se:**

**Abstract** Scarcity and imbalances in the distribution of the workforce in health are social and political problems which, together with socio-economic inequality, reduce the population's access to health services. This study aims to understand the challenges facing policy makers and managers of the SUS system of Brazil, to ensure geographical availability of and accessibility to services provided by physicians. The analysis was guided by an explanatory model of the health labour market and of health policy interventions. Two central problems were identified: (i) scarcity of physicians, and (ii) inadequate distribution of these professionals between levels of health care, and between geographical zones. In this review, the focus is on 8 initiatives in the last 30 years, the principal objective of which was to correct the inadequate distribution of physicians in the SUS. These were: the Rondon Project, the Health Employment Interiorization Program (PITS), the Pró-Residência Program (Program to Support the Training of Specialist Doctors in Strategic Areas), the Program to Value Primary Health Care Professionals (PROV-AB), the Mais Médicos ('More Doctors') Program, and others. The discussion focusses on the factors that influenced the results of these initiatives.

**Key words** Human resources for health, Health labour market, Public health policies, Physicians distribution, Access to health care

