

SAÚDE BÁSICA EM PERNAMBUCO: ANTES E DEPOIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

BASIC HEALTH IN PERNAMBUCO: BEFORE AND AFTER THE MORE MEDICAL PROGRAM

Marcio Nunes da Silva¹, Mauricio Assuero Lima de Freitas²

RECEBIDO EM: 04.01.2017 / APROVADO EM: 28.03.2017

DOI: 10.5902/2317175825440

RESUMO

A fim de melhorar as questões relacionadas à assistência básica, como a falta de médicos nas unidades hospitalares, principalmente no interior dos estados, o governo criou um programa denominado Mais Médicos, com foco no recrutamento de profissionais de diversas nacionalidades, para atendimento ambulatorial em pontos críticos. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi evidenciar os impactos da implantação do Programa Mais Médicos na saúde básica de Pernambuco. Para isso, coletaram-se dados no site do DATASUS, especificamente no que concerne a informações sobre número de consultas, número de óbitos por causas evitáveis, número de internações e valores por serviços hospitalares. Posteriormente, por meio da realização de testes qui-quadrado e da utilização de um modelo de regressão linear, inferiu-se a relação entre o número de óbitos no estado de Pernambuco (variável dependente) e o número de consultas (variável independente). Os resultados evidenciaram que apenas 26,59% das variações do número de óbitos são explicadas pelas variações da variável "número de consultas". Além disso, em uma análise qualitativa mediante o uso de uma variável *dummy*, observou-se que não há diferença entre o valor médio esperado do número de óbitos antes e depois da adoção do programa. Pode-se inferir, ainda, que a variável "número de consultas" foi estatisticamente significativa.

Palavras-chave: Saúde Básica; SUS; Programa Mais Médicos.

1 Doutorando em Ciências Contábeis pela UFPE. E-mail: marcio_nunessilva@hotmail.com

2 Doutor em Ciências Econômicas/ PIMES – UFPE - Professor adjunto da Universidade Federal de Pernambuco do Curso de Ciências Atuariais - Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais / UFPE - Centro de Ciências Sociais Aplicadas. E-mail: massuero@ig.com.br

ABSTRACT

In order to improve basic health care issues, such as the lack of doctors in hospital units, especially in the countryside cities of the states, the government has created a program called Mais Medicos Program (MMP), focused on the recruitment of professionals from different nationalities, outpatient clinic at critical points. In this context, the purpose of this study was highlighting the impacts on the basic health of Pernambuco after its implementation. The research data were collected from the DATASUS website, specifically regarding information of the medical consultation number, number of deaths due to preventable causes, number of hospitalizations and values for hospital services. A chi-square test was used and a linear regression model was used to infer the relationship between the number of deaths in the State of Pernambuco (dependent variable) and the medical consultation number (independent variable). The results showed that only 26.59% of the changes in the number of deaths are explained by the variations in the medical consultation number and in a qualitative analysis using a dummy variable, it was observed that there is no difference between the average expected value of the number of deaths before and after the adoption of the program. Therefore, it can be inferred that the variable medical consultation number showed statistically significant in front of the collected data.

Keywords: Basic Health; SUS; Most Medical Program.

1 Introdução

A questão da sustentabilidade do sistema de saúde tem sido debatida intensamente no Brasil sob vários aspectos, incluindo o jurídico. Do ponto de vista econômico, a principal discussão versa sobre financiamento do sistema de saúde, visto que as fontes de financiamento são atreladas aos recursos da Seguridade Social. Ressalta-se que o orçamento do Ministério da Saúde, no Brasil, é o segundo maior, superando, por exemplo, o orçamento do Ministério da Educação (FREITAS; STAMFORD DA SILVA, 2015).

Diante disso, o governo tem proposto, ao longo do tempo, alguns programas destinados ao atendimento da população. A implantação da Lei Seca, por exemplo, tem como objetivo promover a redução dos gastos na área de saúde decorrentes dos inúmeros acidentes causados por embriaguez; e o programa de vacinação contra o papilomavírus humano (HPV), por sua vez, objetiva reduzir a incidência de câncer de colo de útero. Nesse contexto, uma tentativa de melhorar as questões relacionadas com a assistência básica, tais como a falta de médicos nas unidades hospitalares, principalmente no interior dos estados, levou o governo a propor um programa denominado Mais Médicos, por meio do qual foram recrutados médicos de diversas nacionalidades para atendimento em locais onde a ausência de médicos é mais acentuada (BRASIL, 2013).

Os estudos sobre o Programa até então publicados não avaliaram ou abordaram quais são os seus impactos. Dessa forma, torna-se necessário investigar se o Programa influenciou e, em caso positivo, de que modo os indicadores sociais, o que motivou a formulação da seguinte questão de

pesquisa: quais são os impactos na saúde básica de Pernambuco após a implantação do Programa Mais Médicos (PMM)?

Embora haja diversas formas de avaliar tais impactos, este trabalho se pautou no número de óbitos e na quantidade de atendimentos ambulatoriais. Primeiramente, foi utilizado o teste qui-quadrado para verificar a existência de relação entre variáveis categóricas. Posteriormente, foi utilizado um modelo de regressão linear simples para estimar o número de óbitos como função da quantidade de atendimentos; partiu-se do pressuposto de que o PMM traria recursos humanos no atendimento ambulatorial e de que a ação desses profissionais fosse um instrumento redutor no número de óbitos. Adicionalmente, foi formulado um modelo com variável qualitativa para verificar se houve mudança significativa no número de óbitos com a implantação do Programa.

O artigo está estruturado em cinco seções, além desta introdutória. Na segunda e terceira seções, debatem-se, respectivamente, o “Panorama da saúde básica no Brasil” e “a implantação do Programa Mais Médicos no Brasil”. Em seguida, apresenta-se a metodologia, assim como as análises dos resultados. Por fim, a sexta seção aborda a conclusão do estudo.

2 Revisão da literatura

Nesta seção, são descritos temas relacionados ao panorama da saúde básica no Brasil e ao PMM.

2.1 Panorama da saúde básica no Brasil: o Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal do Brasil garante, em seu artigo 196, o acesso universal e igualitário à saúde. Entretanto, segundo Silva e Sousa (2015), o sistema de saúde do país ainda não conseguiu proporcionar a universalidade do acesso ao atendimento pelos profissionais de saúde, pois as áreas mais longínquas possuem uma quantidade de médicos por habitante inferior à desejável.

Nesse sentido, Oliveira *et. al.* (2015) afirmam que a desigualdade na quantidade de médicos entre a área rural e urbana é um problema mundial. Os autores destacam, ainda, que diversos países têm buscado soluções para estender o atendimento para a atenção básica nas áreas mais necessitadas, por meio de incentivos aos profissionais de saúde, como, por exemplo, incentivos monetários e extensão de visto de permanência para estrangeiros.

Ao longo dos anos, o Brasil passou por importantes reformas que impactaram o aumento da inclusão social para a sua população; porém, há muito o que avançar em todas as áreas: educação, saúde, mobilidade urbana, entre outras. A formatação de um Sistema Único de Saúde (SUS) foi um dos maiores avanços em inclusão social que o país já alcançou, representando, em termos constitucionais, um fortalecimento dos direitos dos cidadãos promovido pelo Estado brasileiro (SOUZA; COSTA, 2010).

O SUS foi elaborado após o período de redemocratização do país. A Constituição brasileira de 1988 passou a garantir direitos essenciais aos cidadãos, afirmando, em seu artigo 196, que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Em consonância, foi estabelecida a Lei n.º 8.080/90, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como para a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. De acordo com o artigo 2º da referida Lei, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Apesar das conquistas que a sociedade brasileira obteve com a criação do SUS, que garante direitos para todos os cidadãos do país, uma boa gestão da saúde pública ainda é demandada pela população, sobretudo pela parcela carente. Segundo Queiroz e Rodrigues (2014), a determinação de um percentual mínimo para gastos com a saúde referente à Receita para Aplicação do Piso da Saúde (RAPS) não impediu que desvios fossem executados. Os autores afirmam, ainda, que, embora tenham verificado, na pesquisa com municípios fluminenses, que quase todas as gestões municipais tivessem cumprido o mínimo constitucional, a população não sentiu o reflexo no atendimento de suas necessidades.

Um dos problemas enfrentado pelo SUS é, assim, a quantidade discrepante de médicos nas diferentes regiões do Brasil. Além disso, quando se analisa a quantidade de médicos no interior e na capital, percebe-se que, embora a maioria das pessoas esteja no interior, a maior parte dos médicos encontra-se na capital. De acordo com Scheffer *et al* (2015), enquanto que as capitais das 27 unidades da federação possuem 55,24% dos registros de médicos, todos os municípios (excluindo-se as capitais) reúnem 44,76% dos médicos. Entretanto, as capitais detêm uma razão de 4,84 por 1.000 habitantes, taxa que no interior diminui bruscamente para 1,23 médico por 1.000 moradores.

Em relação a outros países, o Brasil (2,1 médicos por 1.000 habitantes) fica acima de países como Coreia do Sul (2,0), Turquia (1,7), Chile (1,6), China (1,5), África do Sul (0,8), Índia (0,7) e Indonésia (0,2), porém ainda está abaixo da taxa recomendada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) – (3,2 médicos por 1.000 habitantes) (SCHEFFER *et al*, 2015).

Com o intuito de amenizar esse problema e fortalecer o SUS, o governo instituiu, em 2013, o PMM, visando reduzir às desigualdades no acesso à atenção básica. Além disso, o programa tinha a pretensão de promover avanços no curso de medicina e melhorar a infraestrutura das redes de saúde (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015).

2.2 Implantação do Programa Mais Médicos no Brasil

O PMM foi instituído no Brasil por meio da Lei n.º 12.871/2013 como forma de ampliar o acesso à atenção básica especialmente nas áreas remotas e vulneráveis e em tempo adequado para atendimento às demandas dos municípios brasileiros a partir do fortalecimento da rede de médicos do SUS (OLIVEIRA *et. al.*, 2015). Essa Lei também prevê a oferta de vagas a serem ocupadas por médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país e por médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional (RIBEIRO, 2015).

Nesse contexto, Campos (2015) destaca três estratégias para que haja um fortalecimento da Atenção Básica no SUS, as quais exigirão alterações profundas no PMM. Em primeiro lugar, o autor defende uma reforma do Estado brasileiro, sobretudo na gestão da saúde pública. Em segundo lugar, alerta para a necessidade de criação de carreiras profissionais, principalmente nas áreas que possuem dificuldade em ter pessoal permanente. Por fim, faz uma crítica ao acordo firmado entre Brasil e Cuba que garante o pagamento da bolsa dos profissionais cubanos diretamente ao país e não aos médicos em si.

Sousa e Silva (2015), por sua vez, realizaram um estudo na Paraíba, por meio de entrevistas, questionários, pesquisa de campo e pesquisa documental, a fim de investigar as percepções e avaliações dos atores sociais envolvidos com o PMM, assim como de seus beneficiários, na cidade de Boqueirão, Paraíba. Os achados dos autores revelaram que, embora tenham sido verificadas condições precárias de infraestrutura, o programa garantiu o acesso das populações de baixa renda no município investigado a profissionais médicos na atenção básica à saúde por um tempo contínuo.

Collar *et al.* (2015) defendem que o PMM possibilita uma maximização tanto dos cuidados nas práticas em saúde, de forma igualitária, quanto do desenvolvimento de agentes que coloquem em prática elementos dos direitos humanos, sejam eles gestores, profissionais ou usuários. No caso do Brasil, há uma discrepância entre a quantidade de médicos das diferentes regiões brasileiras, sobretudo, se compararmos a capital com o interior do estado. A Figura 1, exposta a seguir, evidencia que, embora existam mais habitantes no interior do que na capital, a quantidade de médicos é maior nos centros urbanos das regiões.

Figura 1 – Proporção de médicos segundo unidades da federação e faixas de concentração – Brasil, 2014



Fonte: Scheffer et al. (2015).

Além da notória discrepância, a Figura 1 evidencia que tanto a região norte quanto a região nordeste apresentam mais de 70% dos médicos nas capitais. Já a população da região sul está majoritariamente no interior, sendo essa, contudo, a única região na qual os médicos se concentram longe das capitais.

Segundo Scheffer et al. (2015), determinadas capitais do nordeste concentram uma quantidade de médicos (por cada 1.000 habitantes) maior que a capital de São Paulo (4,65). São elas: Recife (6,48), João Pessoa (5,58) e Aracaju (5,17). Entretanto, quando se compara a média de médicos dos estados por 1.000 habitantes sem as capitais e grandes regiões, o quadro muda: Pernambuco apresenta 0,63 médico por 1.000 habitantes; Paraíba, 0,52; Sergipe, 0,13; e São Paulo, 1,98.

Tais dados evidenciam a disparidade entre a média de médicos por habitantes das capitais de alguns estados do nordeste em relação à região como um todo, indicando que, nas cidades do interior, a necessidade de um maior número de médicos é imprescindível.

3 Método de pesquisa

Para realizar a pesquisa, foram coletadas, no site do DATASUS, informações sobre número de consultas, número de óbitos por causas evitáveis, número de internações e valores por serviços hospitalares, considerando-se o período entre janeiro de 2010 e junho de 2016. Após a coleta, houve a separação dos dados em dois grupos: informações anteriores e posteriores ao PMM. Dessa forma, como a Lei n.º 12.871 instituiu o PMM em 22 de outubro de 2013, todas as informações divulgadas após essa data foram consideradas como posteriores, ou seja, foram coletadas informações de três anos (2010) antes e de três anos após (2016) o Programa. Além disso, houve a separação de informações entre as cidades pertencentes à região metropolitana do Recife³ e as que fazem parte do interior do estado de Pernambuco.

O teste qui-quadrado, baseado em uma tabela de contingência, foi aplicado para verificar se existia relação entre duas variáveis categóricas, a saber: número de consultas, número de óbitos por causas evitáveis, número de internações e valores por serviços hospitalares. Cada variável citada anteriormente foi classificada em Região Metropolitana do Recife (RMR) ou interior e foi comparada com a variável Mais Médicos (antes ou depois a implantação do Programa).

O teste foi realizado com grau de confiabilidade de 5% e grau de liberdade igual a um, considerando-se a seguinte hipótese nula:

H₀: As variáveis são independentes, ou seja, não há associação entre elas.

Como o teste qui-quadrado detecta apenas se existe uma associação significativa entre duas variáveis categóricas, foi realizada uma regressão para analisar a força da associação entre as variáveis.

4 Apresentação e discussão dos resultados

Os resultados das análises foram dispostos em uma tabela de contingência que relaciona valores antes e após a implantação do PMM, com dados da RMR e do interior de Pernambuco. Dessa forma, na Tabela 1 pode-se verificar que o número de internações foi reduzido tanto na RMR quanto no interior.

³ Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.

Tabela 1 – Número de internações antes e após o Programa Mais Médicos

Internações	Mais Médicos			Total
		Antes	Depois	
	RMR	1.663.080	915.248	
Interior	1.345.369	553.444	1898813	
Total	3.008.449	1.468.692	4477141	

Fonte: DATASUS.

Os testes qui-quadrados foram feitos com nível de significância de 5% e um grau de liberdade, posto que se tem uma tabela de contingência com duas linhas e duas colunas. Com os dados da Tabela 1, obteve-se uma estatística qui-quadrado igual a 20.008,62, para categoria “internações”, superior ao valor crítico de 3,84, o qual faz rejeitar a hipótese nula e indica uma associação entre as variáveis. Embora o período anterior à implantação do Programa contemple uma quantidade de meses maior, o teste realizado indica que não houve alteração da média de internações com o Programa.

Quando se analisaram os valores por serviços hospitalares antes e após o PMM, observou-se uma redução nos recursos destinados a esses serviços após a implantação do programa (Tabela 2). Isso pode ser fruto da menor quantidade de meses analisada após o PMM; todavia, não se entrará no mérito dessa questão.

Tabela 2 – Valores por serviços hospitalares antes e após o Programa Mais Médicos

Valores por serviços hospitalares	Mais Médicos			Total
		Antes	Depois	
	RMR	2.069.817.763	1.558.370.781	
Interior	774.834.925,3	397.279.914,9	1172114840	
Total	2.844.652.689	1.955.650.696	4.800.303.385	

Fonte: DATASUS.

O resultado do teste qui-quadrado calculado (30.103.885,01), para a categoria “valores por serviços hospitalares”, foi maior do que o valor crítico (3,84), o que faz rejeitar a hipótese nula e indica existir uma associação entre as variáveis. Dessa forma, em termos médios, não houve alteração dos gastos por serviços hospitalares após a implantação do Programa. Dito de outra forma: o Programa não foi um atrativo para o aumento da demanda por serviços hospitalares.

Na Tabela 3, pode-se observar que o número de óbitos foi reduzido tanto na RMR quanto no interior.

Tabela 3: Número de óbitos antes e após o Programa Mais Médicos

Número de óbitos	Mais Médicos			Total
		Antes	Depois	
	RMR	74.732	45.826	
Interior	30.682	18.138	48.820	
Total	105.414	63.964	169.378	

Fonte: DATASUS.

O teste qui-quadrado calculado, para “número de óbitos” (10,90), foi maior que o valor crítico (3,84). Dessa forma, rejeita-se a hipótese nula, que prevê uma associação entre as variáveis. Com relação ao número de consultas (Tabela 4), o teste qui-quadrado calculado (1923,30) foi maior que o tabelado 3,84, indicando uma associação entre as variáveis. Nesse sentido, rejeita-se a hipótese nula, já que o resultado sugere que, em termos médios, não houve redução no número de óbitos com a adoção do Programa.

Tabela 4 – Número de consultas antes e após o Programa Mais Médicos

Número de consultas	Mais Médicos		Total
	Antes	Depois	
RMR	6.697.460	4.358.001	11.055.461
Interior	13.521.133	8.511.541	22.032.674
Total	20.218.593	1.2869.542	33.088.135

Fonte: DATASUS.

Diante desses resultados, resta a impressão de que o PMM não surtiu o efeito desejado na redução de óbitos ou em um maior e melhor atendimento da população analisada. Dessa forma, foi elaborado um modelo de regressão linear com variável *dummy*, expresso por $Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \beta_2 D_i + u_i$, onde Y_i é o número de óbitos, X_i a quantidade de atendimentos, D_i é uma variável dicotômica que assume valor zero (para o período anterior ao programa) e um (para o período posterior ao programa) e u_i é o termo de erro. O objetivo com o uso desse modelo é verificar se há mudança estrutural, ou seja, se o valor esperado médio do número de óbitos antes do Programa difere ou não do valor esperado do número de óbitos após o Programa. Os resultados da regressão estão na Tabela 5.

Tabela 5- Resultados da regressão do modelo

	Coefficientes	Erro-padrão	Stat t	valor-P
Interseção	-189,2490063	202,0066	-0,93685	0,349456
Variável X_1	0,008337675	0,000724	11,51537	0,00000
Variável X_2	338,7550095	264,8063	1,279256	0,201617

R²=0,265950488 F= 66,30

Da Tabela 5 decorre que apenas 26,59% das variações do número de óbitos são explicadas pelas variações da variável “número de consultas” e da variável *dummy*. O valor relativamente baixo do R² pode ser explicado pela quantidade elevada de observações (369). Verifica-se, ainda, que a quantidade de atendimentos é significativa ao nível de significância de 5%.

Tomando por base o modelo de regressão supracitado, a equação estimada é dada por $\hat{Y}_i = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_i + \hat{\beta}_2 D_i$. A partir disso, para analisar o impacto do PMM, compara-se $E(\hat{Y}_i | D_i = 0) = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_i$ com $E(\hat{Y}_i | D_i = 1) = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_i + \hat{\beta}_2$. A igualdade entre essas duas situações depende da significância do parâmetro $\hat{\beta}_2$ verificada por meio de um teste t ou diretamente do p-valor do resultado da regressão. Dessa forma, basta testar se $H_0: \beta_2 = 0$ pode ser rejeitada ou não. Portanto, pelo resultado da regressão, não se pode rejeitar essa hipótese, já que o parâmetro não é significativo, indicando que o PMM não produziu efeitos expressivos na quantidade de óbitos. A junção do resultado dos testes qui-quadrados e da regressão linear expostos na Tabela 5 sugere que o PMM não gerou resultados diferentes daqueles verificados no período em que tal Programa ainda não existia. Obviamente, esse resultado não pode ser generalizado tendo em vista o fato de os dados serem específicos de uma unidade da federação.

5 Considerações finais

O PMM foi criado para ampliar e melhorar o atendimento dos cidadãos que têm acesso ao SUS. Um dos focos do Programa foi levar atendimento médico às regiões que apresentam maior carência desses profissionais por todo o Brasil, inclusive para o estado de Pernambuco. O estudo de Scheffer et al. (2015) demonstrou que a capital de Pernambuco apresentou uma razão de 6,48 médicos por 1.000 habitantes, porém, se retirarmos a capital do cálculo, a razão cai drasticamente para 0,63 médico por 1.000 habitantes neste estado.

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi evidenciar os impactos na saúde básica de Pernambuco após a implantação do PMM. Para tanto, foram coletadas, no site do DATASUS, informações sobre número de consultas, número de óbitos por causas evitáveis, número de internações e valores por serviços hospitalares. Os resultados apontaram que, em termos médios, não houve redução no número de óbitos com a adoção do programa no estado de Pernambuco. Conseqüentemente, os resultados obtidos para o período anterior e posterior à criação do PMM não diferiram entre si. Contudo, é necessário esclarecer que novas pesquisas podem ampliar a quantidade de variáveis para analisar os impactos proporcionados pelo PMM em qualquer estado do Brasil.

Tendo em vista que há poucos estudos acerca do assunto, esta pesquisa contribuiu para que novos artigos científicos ou projetos sobre esse tema sejam incentivados, pois discussões a esse respeito são essenciais para a sociedade, a qual arca para obter bons serviços públicos pelo governo, sobretudo na área da saúde. Como limitação, ressalta-se o fato de que este estudo focou em um único estado e a algumas variáveis (número de consultas, número de óbitos etc.). Dessa forma, para trabalhos futuros, sugere-se ampliar as variáveis, coletar dados de outros estados e utilizar outros testes estatísticos.

Referências

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, p. 292, 1988.
- BRASIL Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990 - Seção 1, Página 18055.
- BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2013. Seção 1.
- COLLAR, Janaina M. ; ALMEIDA NETO, João Beccon de; FERLA, Alcindo A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**, 1 (2): 43-56, 2015.
- FREITAS, Maurício Assuero Lima de; SILVA, Alexandre Stamford da. Modelo de equações de diferenças finitas aplicado ao Sistema de Saúde Suplementar. **Trab. educ. saúde [online]**, vol.13, n.3, pp.797-818, 2015.
- OLIVEIRA, Felipe Proença de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu) [online]**, São Paulo, vol.19, n.54, pp.623-634, 2015.
- PACHECO, Hélder Freire et al. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. **Interface**, 20(58):585-95, 2016.
- QUEIROZ, Igor Sanderson de Assis; RODRIGUES, Adriano. Um Estudo sobre o gerenciamento da informação contábil pelos municípios Fluminenses para alcance do piso constitucional de aplicação em saúde. **Pensar Contábil**. Rio de Janeiro, v16, n 59, p 4- 9 jan-abr. 2014.
- RIBEIRO, Robespierre Costa. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):421-424, 2015.
- SCHEFFER, M. et al, Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas. ISBN: 978-85-89656-22-1.
- SOUZA, Darcon; SILVA, Rafael J. Oliveira. O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua Implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão, PB. **Reunir: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, Vol. 5, n. 3, p.59-75, 2015.
- SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.
- VISCOMI, Marco; LARKINS, Sarah, GUPTA Tarun Sen, Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Can J Rural Med**; 18, 2013.