



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Proenço de Oliveira, Felipe; Vanni, Tazio; Pinto, Hêider Aurélio; Ribeiro dos Santos,
Jerzey Timoteo; Medeiros de Figueiredo, Alexandre; Queiroga de Araújo, Sidclei; Falcão
Martins Matos, Mateus; Goldfarb Cyrino, Eliana

Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 19, núm. 54, 2015, pp. 623-645

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180141076018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional

Felipe Proença de Oliveira^(a)

Tazio Vanni^(b)

Hêider Aurélio Pinto^(c)

Jerzey Timoteo Ribeiro dos Santos^(d)

Alexandre Medeiros de Figueiredo^(e)

Sidclei Queiroga de Araújo^(f)

Mateus Falcão Martins Matos^(g)

Eliana Goldfarb Cyrino^(h)

Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.

The shortage of health professionals in remote and vulnerable areas is an important obstacle for universal access to health in several countries. This paper examines the policies of provision of health professionals in Australia, in the United States of America, and in Brazil. In spite of the partial success of previous initiatives, it was only with the "Mais Médicos" ("More Physicians") Program that the provision of physicians in vulnerable areas had the magnitude and the response in adequate time to respond to the demands of the Brazilian municipalities. Quantitative and qualitative changes in the training of physicians are in course and they seek to assure not only universality, but also integrality and sustainability in the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). The success of these initiatives will depend on the continuity of the interfederative articulation, of State regulation policies, as well as of the continuous monitoring and improvement of the program.

Keywords: "Mais Médicos" – "More Physicians". Primary Health Care. Brazil. Australia. United States of America.

A escassez de profissionais de saúde em áreas remotas e vulneráveis é um importante obstáculo para a universalização do acesso à saúde em diversos países. Este artigo examina as políticas de provimento de profissionais de saúde na Austrália, nos Estados Unidos da América e no Brasil. Apesar do sucesso parcial de iniciativas anteriores, foi apenas com o Programa Mais Médicos que a provisão de médicos em áreas vulneráveis teve a magnitude e a resposta em tempo adequado para atender a demanda dos municípios brasileiros. Estão em curso, no país, mudanças quantitativas e qualitativas na formação médica, que buscam garantir não apenas a universalidade, mas, também, a integralidade e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. O êxito dessas iniciativas dependerão da continuidade da articulação interfederativa, de políticas regulatórias de estado, bem como, do constante monitoramento e aprimoramento do programa.

Palavras-chave: Mais Médicos. Atenção Básica à Saúde. Brasil. Austrália. Estados Unidos da América. Programas governamentais.

^(a,b,d,f) Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (MS). Bloco G, Esplanada do Ministérios. Brasília, DF, Brasil. 70058-900. felipe.proenca@saude.gov.br; tazio.vanni@saude.gov.br; jerzey.santos@saude.gov.br; sidclei.queiroga@saude.gov.br

^(c) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, MS. Brasília, DF, Brasil. heider@saude.gov.br

^(e) Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, MS. Brasília, DF, Brasil. alexandre.figueiredo@saude.gov.br

^(g) Doutorando, Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mmatos@usp.br

^(h) Diretoria de Programas, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, MS. Brasília, DF, Brasil. eliana.cyrino@saude.gov.br

Introdução

Em todo o mundo, os sistemas de saúde têm passado por profundas mudanças, fruto de transições demográficas, epidemiológicas, e econômicas¹. Nos últimos anos, o governo brasileiro tem desenvolvido uma série de ações visando à reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a priorizar a Atenção Básica e enfrentar os limitantes do desenvolvimento daquela que é estabelecida como a porta de entrada preferencial do SUS. Nos seus 25 anos de existência, o SUS possibilitou um importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira². Entretanto, pessoas vivendo em comunidades remotas e vulneráveis ainda enfrentam importantes dificuldades de acesso a serviços de saúde.

Desigualdades geográficas na distribuição de médicos podem ser encontradas em vários países e regiões^{3,4}. A Organização Mundial da Saúde estima que 50% da população mundial vive em áreas rurais remotas, mas essas áreas são servidas por menos de 25% da força de trabalho médico⁵. Muitos países têm buscado soluções para ampliar a cobertura da atenção básica em áreas vulneráveis, atraindo profissionais de saúde para estas regiões⁶⁻⁸. Essas estratégias incluem: políticas de regulação, tais como serviço obrigatório; incentivos monetários, tais como bolsas de estudo; e incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros^{9,10}. Apesar da importância dos recursos humanos para o acesso à saúde, e das políticas anteriores do governo brasileiro para enfrentar as desigualdades na distribuição de médicos e o fortalecimento da atenção básica, nenhuma teve a abrangência, magnitude e celeridade do Programa Mais Médicos, inclusive na sua preocupação com a necessidade de mudança da formação médica.

Estas transformações geraram profundas discussões no âmbito nacional e internacional sobre as diferentes estratégias que buscam ampliar o acesso a serviços de saúde em áreas vulneráveis, e a reestruturar os sistemas de saúde por meio do fortalecimento da Atenção Básica. Diante desse quadro, este artigo faz uma análise comparativa entre modelos de organização de serviços de três países: Austrália, Estados Unidos da América e Brasil. A motivação maior para abrir o presente debate refere-se à necessidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) de, neste momento de um ano de implantação do Mais Médicos, aprender e dialogar com outros países que apresentam modelos distintos de provimento e fixação de médicos em áreas remotas e regiões de maior vulnerabilidade. Assim, nos inspiramos nos debates e apresentações do “Seminário Internacional Processo de Integração, Educação e Trabalho e o Impacto no cuidado: o papel da formação e da educação permanente nas redes da atenção ordenadas pela Atenção Básica”, promovido pela SGTES nos dias 17 e 18 de setembro de 2014, em Brasília. O estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica, com revisão da literatura acadêmica no Lilacs, Medline e Embase, bem como foram analisados documentos, relatórios e apresentações produzidas nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa.

Austrália

A Austrália possui um sistema misto de saúde, com participação pública e privada. Fundado em 1984, o Medicare provê cobertura universal de saúde à população australiana, mediante financiamento público. O Medicare é o principal financiador dos cuidados em atenção básica na Austrália¹¹. Um terço da população australiana vive na zona rural, sendo que 20% está disperso em mais de mil e quinhentas comunidades rurais com menos de cinco mil habitantes¹². Muitas dessas comunidades sofrem com a escassez de médicos, sendo a proporção de médicos por mil habitantes de 1,8 para os centros urbanos e de 0,9 para as comunidades rurais¹⁰.

Como estratégia de retenção e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas, o governo australiano implementou uma série de medidas e programas. Entre os programas mais relevantes para esta discussão estão o *Overseas Trained Doctors* (OTD) e o *Rural Clinical Training and Support* (RCTS)¹³. O OTD, regulamentado por meio do “Act 19AB” de 1 de Janeiro de 1997, é um programa de atração de médicos formados no exterior para atuarem em áreas remotas na Austrália. Os profissionais elegíveis para o programa são: médico generalista, médico generalista hospitalar e médico especialista.

O eixo de destaque relaciona-se a médicos generalistas, sendo coordenado pelas Agências de Trabalho Rurais (Agência Nordeste, New South Wales, Queensland, Victoria, Sul da Austrália, Oeste da Austrália e Tasmânia) e pelo Conselho Médico Australiano, conjuntamente com a área de recursos humanos do MEDICARE. Os requerimentos necessários para exercer a medicina na Austrália, para estrangeiros, são: a) aprovação no teste online; b) comprovação de proficiência em língua inglesa; c) avaliação dos critérios curriculares para aceite de participação em universidades estrangeiras previamente aprovadas pelo MEDICARE; d) contrato individual com uma empregadora; e) obtenção do visto temporário de trabalho-457; f) aprovação na entrevista para obtenção do registro MEDICARE; g) pagamento de taxas¹⁴.

O participante, inicialmente, possui restrições para o exercício laboral, sendo supervisionado por outro médico, e sua licença não permite o exercício irrestrito da profissão, devendo ser alocado em áreas que o governo australiano considera de maior vulnerabilidade por um período de dez anos. Durante esse período os participantes têm possibilidade de aprimoramento técnico por meio de ofertas educacionais e aulas para realização dos exames de revalidação completa do diploma no país. Os benefícios financeiros variam de acordo com a região escolhida pelo candidato, sendo maiores para os locais nos quais existem maiores necessidades¹⁵.

Faltando três anos para completar vinte anos de programa, pode-se avaliar que a fixação de profissionais médicos na Austrália ainda sofre com a dificuldade de retenção dos participantes em áreas rurais quando termina o período de dez anos de cumprimento do contrato. Esse problema relaciona-se a diversos fatores pessoais, econômicos e geográficos, que caracterizam as áreas de vulnerabilidade do país, assim como ocorre em demais países que estabeleceram políticas de recrutamento de profissionais estrangeiros¹⁶.

A maioria das escolas médicas australianas recebe fundos do governo por meio do programa *Rural Clinical Training and Support* (RCTS), o qual prevê o financiamento para o fortalecimento da formação de clínicos nas áreas rurais. O financiamento é direcionado para que as escolas médicas realizem: seleção de alunos oriundos de áreas rurais, provimento de estágios e internato rural para todos os estudantes de medicina, e aperfeiçoamento dos sistemas de apoio para alunos e educadores médicos rurais¹⁷. Entre as metas do RCTS estão: que 25% dos estudantes de medicina realizem, no mínimo, um ano de sua formação clínica em uma área rural e que 25% dos estudantes financiados pela Commonwealth sejam oriundos de áreas rurais. Atualmente, 90% das escolas médicas da Austrália participam deste programa. Cabe salientar que o governo australiano tem incentivado que os estudantes possam estudar em campi universitários regionais próximos a sua região de origem¹³.

Estados Unidos da América

O sistema de saúde nos EUA é bastante diferente do que há no Brasil e na Austrália, uma vez que não existe um sistema público de saúde de cobertura universal. A maioria dos estadunidenses obtém cobertura por meio de planos de saúde pagos por seus empregadores. Indivíduos com 65 anos de idade ou mais podem se inscrever no programa *Medicare*, que é financiado pelo governo. Famílias com baixa renda, crianças, mulheres grávidas e portadores de deficiências são elegíveis para o programa *Medicaid*, que também é financiado pelo governo. O governo estadunidense também administra o *S-Chip*, que provê cobertura a crianças cujos pais têm renda baixa, mas não tão baixa para que sejam elegíveis para o *Medicaid*. Veteranos das Forças Armadas também contam com assistência médica por intermédio de financiamento governamental¹⁸.

O *Affordable Care Act* (Obamacare), aprovado em março de 2010, é considerado a maior mudança no sistema de saúde dos EUA desde a fundação do *Medicaid* e do *Medicare* em 1965¹⁹. É uma lei regulatória federal que visa: expandir a cobertura de planos de seguros públicos e privados; controlar os preços dos planos de saúde; garantir, aos assegurados, tratamentos básicos e, até mesmo, internações de doenças graves, tudo isso independente de sexo ou, sobretudo, de condições preexistentes. No nível individual, a implementação é garantida por meio da obrigatoriedade em adquirir um seguro de saúde. No nível estadual, os estados que aderem ao projeto passam a receber mais verbas federais para programas voltados para a saúde pública¹⁹.

Diferente do Brasil e da Austrália, a formação médica nos EUA é oferecida no nível de pós-graduação. Isto significa que o estudante que deseja formar-se médico necessita, primeiro, fazer um curso de graduação ou *undergraduate*, contemplando os pré-requisitos para acesso a uma escola de medicina, com duração média de quatro anos. Na escola de medicina, os estudantes, agora chamados *graduate students*, passam dois anos em salas de aulas e laboratório, e outros dois anos conhecendo a profissão de perto, em hospitais, antes de seguirem para a residência médica. No total, são necessários oito anos para formar-se médico nos EUA^{20,21}. A grande maioria das instituições que formam médicos é privada, cobrando anuidades elevadas. Para que seja possível pagar a formação, boa parcela dos estudantes lança mão de linhas de crédito educativo, cujo pagamento, geralmente, se inicia após a formatura. Neste contexto, não é difícil imaginar que aqueles que fazem medicina terminam o curso com uma dívida substancial. De acordo com a *Association of American Medical Colleges*, calcula-se que os quatro anos de escola médica privada têm um custo médio de 278 mil dólares^{22,23}.

Apesar das recentes iniciativas, nos EUA, de maior regulação do estado sobre o sistema de saúde, ainda são poucas as iniciativas para regulação da provisão de profissionais de saúde em regiões remotas e vulneráveis. As principais iniciativas para reduzir as desigualdades de distribuição de médicos nos EUA são por meio do *National Health Service Corps* (NHSC) e o *Conrad 30 Program*. Desde 1972, o NHSC oferece bolsas de estudos e programas de pagamento da dívida do financiamento estudantil para profissionais de saúde que estejam dispostos a prestar serviços de saúde de atenção primária em comunidades carentes. Depois da graduação (e da residência para médicos, osteopatas e estudantes de odontologia), o aluno deve se candidatar às vagas pré-aprovadas em áreas carentes²⁴.

O candidato que tiver obtido uma bolsa de estudos do NHSC e que escolher uma especialidade que não seja a de médico geral de família e comunidade, ou que não preencha os requisitos de serviço, deverá reembolsar o governo em três vezes o investimento, com juros. No programa de pagamento da dívida estudantil, os estudantes se inscrevem após a graduação, e o NHSC paga até sessenta mil dólares da dívida a cada dois anos. Há, também, a opção de trabalhar em um local aprovado pelo NHSC durante cinco anos, o que dá direito ao estudante de, potencialmente, receber US\$ 170 mil em pagamento da dívida estudantil²⁴. É importante frisar que as áreas de carência de profissionais de saúde são mapeadas por meio dos escritórios regionais do NHSC.

Por intermédio do *Conrad 30 Program*, o governo estadunidense permite, a médicos que estejam no país com um visto J-1 (temporário para treinamento), a permanência no país, após a conclusão do programa de intercâmbio, para atuarem em áreas carentes²⁵. Cabe salientar que indivíduos que entram nos EUA com um visto J-1 devem, normalmente, retornar ao seu país de origem e lá residir por, pelo menos, dois anos. Por meio do *Conrad 30 Program*, o vínculo do médico é com o empregador local, e não com o governo federal. Após o cumprimento das condições contratuais de trabalho por um período mínimo de três anos, os médicos podem se inscrever para um visto de imigrante, ou de residência permanente²⁵. Aproximadamente 25% dos médicos em atividade nos EUA são estrangeiros²⁶.

Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, sendo permitido, à iniciativa privada, participar deste sistema de forma complementar. O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, que determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

Apesar de o SUS ter possibilitado um importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira, pessoas vivendo em comunidades remotas e vulneráveis ainda enfrentam sérias dificuldades de acesso a serviços de saúde resolutivos. A falta de médicos sempre foi um importante agravante deste problema, como fica claro na campanha “**Cadê o médico?**”, realizada pela Frente Nacional de Prefeitos, durante o Encontro dos Prefeitos, em Brasília, ocorrido em janeiro de 2013²⁷.

O Programa Mais Médicos foi introduzido no Brasil em julho de 2013, como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à atenção básica resolutiva²⁸. O programa

foi estruturado em três eixos de ação. O primeiro é o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde. O segundo é a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país. O terceiro, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), é o de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis.

Cabe salientar que no Brasil, antes do PMMB, houve várias iniciativas de atração e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas, como exemplo: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS - 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS - 1993), e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS - 2001), e, mais recentemente, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB)²⁷. Desde 2011, o PROVAB vem recrutando e alocando médicos, enfermeiros e odontólogos para atuarem em áreas vulneráveis. Entretanto, como nos programas anteriores, a participação dos profissionais médicos no PROVAB estava aquém das necessidades locais ou regionais. Entre 2011 e 2013 a participação teve um aumento importante, passando de trezentos e cinquenta para três mil, quinhentos e cinquenta médicos. Cabe mencionar que, em 2013, a contratação deixou de ser feita pelo município e passou a ser feita pelo governo federal; houve um aumento do valor da bolsa e foi ofertada uma pontuação adicional de 10% na nota da prova da residência médica²⁹. Além disso, foi a partir de 2013 que a especialização em Atenção Primária passou a ser obrigatória.

Apesar dos programas supracitados terem contribuído para atrair profissionais para áreas remotas, nenhum conseguiu fazê-lo na magnitude necessária para suprir a demanda dos municípios³⁰. Foi apenas por meio do PMMB que o recrutamento e a alocação de médicos teve a dimensão necessária para atender a demanda dos municípios. Em menos de um ano, o PMMB recrutou e alocou 14.462 médicos em 3.785 municípios. A grande inovação do PMMB se refere à estratégia de chamadas internacionais, quando, além dos 1.846 médicos brasileiros, o programa passou a contar com 12.616 médicos estrangeiros de 49 países participando do programa (Figura 1). Dos médicos estrangeiros que atuam no PMMB, 11.429 são médicos cubanos que foram recrutados por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde e desta última com o Ministerio de Salud Pública de Cuba³¹.

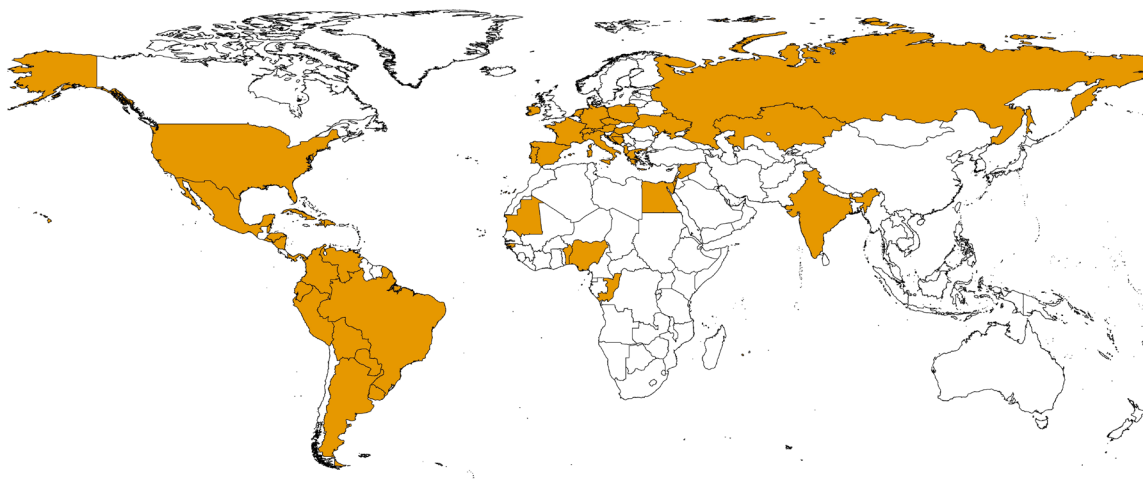


Figura 1. Países de origem (exercício profissional) dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Municípios e distritos sanitários indígenas que se encaixavam nos seis perfis de vulnerabilidade (Quadro 1) poderiam participar do programa. Como parte do processo de inscrição, os gestores eram solicitados a identificar o número de médicos necessários de acordo com um número máximo baseado na população do município e para os quais eles teriam a capacidade de proporcionar condições adequadas para o exercício das atividades. Estavam elegíveis para participar: médicos brasileiros graduados no Brasil ou no exterior, médicos estrangeiros graduados no Brasil ou no exterior, desde que vindos de países cujo número de médicos per capita fosse acima de 1,8 por mil, que corresponde ao número de médicos per capita no Brasil antes do PMMB³².

Quadro 1. Perfis dos municípios e localidades participando do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Perfil do município
P1 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza das capitais, conforme IBGE.
P2 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios situados na região metropolitana, conforme IBGE.
P3 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão entre os G100, municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes.
P4 – Municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
P5 – Município que está situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial indígena.
P6 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais municípios, conforme o IBGE.

Os critérios de alocação incluíram: as preferências dos médicos inscritos, o local de graduação, a idade do candidato, e se os médicos já haviam trabalhado na Estratégia de Saúde da Família, impossibilitando a permanência no mesmo município dos médicos que já estavam atuando na Atenção Básica. Ambos os médicos e gestores municipais de saúde tiveram de confirmar os resultados de alocação. O percentual da população coberta por médicos do PMMB pode ser observado na Figura 2.

Mediante esforço conjunto entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, para que possam iniciar suas atividades no Brasil, médicos estrangeiros passam por quatro semanas de treinamento intensivo oferecido pelas universidades brasileiras, que aborda: linguagem clínica, os protocolos assistenciais nacionais e o SUS³². Os médicos aprovados recebem um registro provisório para exercício da medicina chamado Registro Único do Ministério da Saúde (RMS). Foi criado um visto especial para médicos participantes do PMMB, denominado VICAM, emitido pelo Ministério das Relações Exteriores.

As universidades brasileiras garantem a supervisão médica continuada para os participantes. Todos recebem um computador *tablet* que é utilizado para acessar cursos a distância oferecidos pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)⁽¹⁾. Os médicos que participam do programa devem dedicar 32 horas de sua semana para atividades clínicas e oito horas para estudos teóricos, sendo, posteriormente, submetidos a avaliações. O contrato assinado pelos participantes tem a duração de três anos, podendo ser renovado por três anos adicionais³².

⁽¹⁾ A UNA-SUS é constituída por uma rede de universidades que oferecem materiais educativos e cursos de ensino a distância para os profissionais do SUS por meio de uma plataforma online.

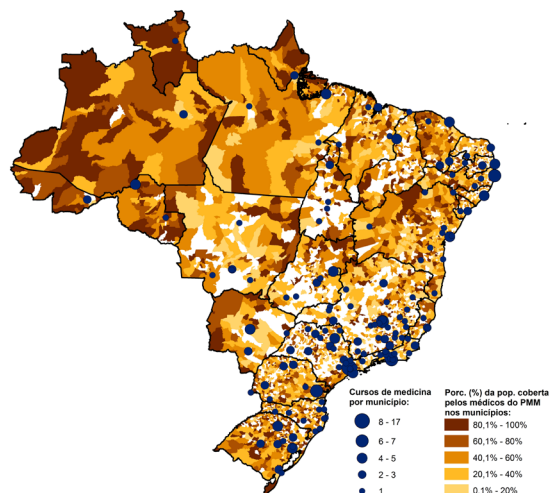


Figura 2. Distribuição dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e distribuição das faculdades de medicina no Brasil.

Discussão

Ao analisarmos o processo nacional e os internacionais de fortalecimento da Atenção Básica e provisão de profissionais médicos em áreas vulneráveis, observamos que, apesar das diferenças de contexto, a problemática tem semelhanças. Estudo recente da Organisation for Economic Cooperation and Development (OCDE) mostrou que, mesmo com o aumento no número total de médicos, a distribuição dos médicos mantém um padrão de grande concentração nas capitais e áreas de escassez nas zonas rurais. Outros dois fenômenos observados são: a feminização e o envelhecimento da força de trabalho médica³³.

Cada vez mais países buscam medidas para assegurar a universalização da cobertura de saúde, bem como o fortalecimento de um sistema de saúde resolutivo e adequado às necessidades de saúde da população⁸. A distribuição desigual dos profissionais de saúde, especialmente médicos, representa importante limitante para alcançar estes objetivos. Conforme observamos nos três países analisados, o problema da iniquidade na distribuição de profissionais de saúde é bastante complexo, e uma série de estratégias concomitantes têm sido utilizadas para mitigá-lo^{5,34}.

No curto prazo, os três países têm lançado mão do recrutamento de médicos (nacionais e estrangeiros) dentro de modelos que assegurem a atração e a retenção desses profissionais em áreas remotas. O modelo brasileiro e o australiano utilizam combinações de incentivos financeiros e educacionais para isso. Já o modelo estadunidense tem maior foco nos incentivos financeiros e na retenção dos médicos estrangeiros que já estão no país realizando treinamento, por meio da extensão do visto de permanência. Faz-se necessário ressaltar que existem importantes limitações na comparação da atratividade de um país de média renda com países de alta renda. Também é preciso esclarecer as mesmas limitações em relação à possibilidade entre países com propostas políticas extremamente divergentes em relação ao sistema público de saúde.

Na Austrália, a remuneração dos médicos participantes do programa *Overseas Training Doctors* é variável, sendo maior para aqueles atuando em zonas mais remotas. No Brasil, a remuneração dos participantes do PMMB é a mesma, entretanto a ajuda de custo para instalação é maior para os participantes que se deslocarem para zonas mais remotas. Também existe, no país, um sistema de

pagamento da dívida estudantil universitária que se assemelha ao NHSC estadunidense, no qual o médico que tenha, no mínimo, um ano de trabalho em localidades com carência de médicos poderá requerer o abatimento, ao mês, de 1% do saldo devedor da dívida ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies)³⁵. Apesar de existirem poucas avaliações de programas de provisão de profissionais de saúde em áreas carentes, evidências sugerem uma maior efetividade de programas combinando diferentes incentivos^{7,8,16}.

Iniciativas de mais longo prazo incluem modificações na graduação e residência médica, com o intuito de promover a atuação médica em áreas vulneráveis, especialmente, de médicos de família e comunidade. Por ser um dos países que mais sofre com a escassez de médicos em zonas remotas, a Austrália implementou, desde cedo, medidas importantes para sanar este problema mediante seleção de estudantes de áreas rurais e desenvolvimento de estágios e internato em áreas rurais. Mais recentemente, o país também ampliou os campi universitários da saúde em regiões distantes das grandes metrópoles.

No Brasil, com a finalidade de ampliar a oferta de vagas, dando prioridade às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, consideradas regiões com maior escassez de médicos, o Ministério da Educação, criou, em 2012, um programa voltado à expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais de Ensino Superior, as IFES, e estabeleceu a meta de criação de 1.615 vagas em cursos de Medicina existentes ou novos cursos de Medicina nas Universidades Federais, durante os anos de 2013 e 2014. Para a criação dos novos cursos, foi proposto um projeto de criação de Residência Médica nos mesmos locais dos novos cursos, como forma de apoio aos cursos³⁶.

O governo federal utilizou critérios semelhantes aos da Austrália para selecionar municípios onde poderão ser abertos novos cursos de medicina³⁶. Antes da Lei 12.871 (que instituiu o Programa Mais Médicos), a localização de possíveis novos cursos de medicina era definida sem um direcionamento por parte do Estado brasileiro, de modo que não havia garantias de interiorização dos cursos. Desta forma, o mercado determinava a distribuição de cursos, sendo esse um dos fatores que levou à iniquidade da distribuição de profissionais de saúde no país, mesmo levando em conta que a abertura de novos cursos médicos deveria ser apreciada pelo Conselho Nacional de Saúde³⁷. Como pode ser observado na Figura 2, a maioria dos cursos de graduação em medicina estão localizados nas capitais e grandes cidades, sendo que existe forte correlação entre o local de formação e o local de estabelecimento profissional dos médicos³⁸.

Em 2013, o Conselho Nacional de Educação iniciou esforço conjunto com associações de ensino, o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde e outros, para a revisão das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de medicina, que, entre muitas medidas, assegura que 30% das atividades do internato sejam desenvolvidas em serviços de atenção primária, bem como de urgência/emergência³. Os Ministérios da Saúde e Educação têm atuado conjuntamente para a ampliação das vagas de residência médica, especialmente em medicina geral de família e comunidade. As esferas federais, estaduais e municipais deverão se articular de forma a viabilizar que os contratos organizativos de ação pública de ensino em saúde (COAPES) garantam ambiente adequado para a integração ensino-serviço. A tele-saúde tem sido cada vez mais importante na ampliação da atenção à saúde em áreas vulneráveis.

São muitos os desafios para que ações a médio e longo prazo possam substituir medidas de curto prazo. O fortalecimento do sistema de saúde depende da atuação integrada de todos os profissionais de saúde, depende de processos de educação permanente na definição e no desenvolvimento de competências gerais e específicas voltadas à produção da saúde e à integralidade do cuidado. Estas definições devem ancorar as Diretrizes Curriculares Nacionais e a construção do sistema unificado de avaliação da graduação, aproximando instituições formadoras do sistema de saúde. As mudanças quantitativas e qualitativas na formação médica buscam garantir não apenas a universalidade, mas, também, a integralidade e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

O êxito dessas iniciativas dependerá da continuidade da articulação interfederativa, de políticas regulatórias de estado, bem como, do constante monitoramento e aprimoramento do programa. A potência do Mais Médicos, entre outras, relaciona-se a uma proposta de mudança que não tem medo de procurar novos caminhos, que dialoga com experiências nacionais e internacionais e com todos os sujeitos envolvidos na ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica e do SUS.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os trabalhadores da SGTES, que vêm contribuindo, de forma crítica e criativa, na produção de práticas inovadoras na gestão do trabalho e da educação na saúde, e que vivem esse momento único de implantação do Mais Médicos. Aos parceiros do MEC: SESU, INEP e SERES, por todo o trabalho de cooperação no compromisso público pelo fortalecimento da formação na saúde integrada às diretrizes do SUS. Um agradecimento especial é devido à contribuição de Alexandre Rocha Santos Padilha e Mozart Julio Tabosa Sales.

Referências

1. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2013; 370(23): 950-7.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-97.
3. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8):1555-64.
4. Grobler L, Marais B, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 21(1):1-25. CD005314.
5. Araújo E, Maeda A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries. In: Bank W, organizador. Relatório. Washington (DC): World Bank; 2013 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16104/78506.pdf?sequence=1>
6. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet*. 2008; 371(9613):668-74.
7. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health*. 2010; 18(3):102-9.
8. Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010; 88(5):379-85.
9. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle - and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:19.
10. Viscomi M, Larkins S, Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med*. 2013; 18(1):13-23.
11. Wiese M, Jolley G, Baum F, Freeman T, Kidd M. Australia's systems of primary healthcare - the need for improved coordination and implications for Medicare Locals. *Aust Fam Physician*. 2011; 40(12):995-9.
12. Australian Institute of Health and Welfare. Rural, regional and remote health: indicators of health status and determinants of health [Internet]. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2008 [acesso 2014 Set 20] (Rural Health Series; 9). Disponível em: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468076>

13. Australian Government. Department of Health. Review of the Australian Government Health Workforce Programs [Internet]. Canberra: Department of Health; 2013 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc~chapter-4-addressing-health-workforce-shortages-regional-rural-remote-australia~chapter-4-health-education-strategies-rural-distribution>
14. Australian Government. Department of Health, Rural and Regional Health Austrália. Rural Health Workforce Strategy (RHWS) Incentive Programs [Internet]. Canberra: Department of Health; 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: http://www.ruralhealthaustralia.gov.au/internet/rha/publishing.nsf/Content/RHWS_incentive_programs
15. Australian Government. Department of Health. Work as a doctor in Australia [Internet]. Canberra: Department of Health; 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.doctorconnect.gov.au/internet/otd/publishing.nsf/Content/home>
16. Wilson N, Couper E, Reid S J, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*. 2009; 9(2):1060.
17. Clarke TR, Freedman SB, Croft AJ, Dalton HE, Luscombe GM, Brown AM, et al. Medical graduates becoming rural doctors: rural background versus extended rural placement. *Med J Aust*. 2013; 199(11):779-782.
18. World Health Organization. Health system in transition, United States of America: health system review. WHO [Internet]. 2013 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf
19. United States of America. Public Law 111-148 111th, Mar 23, 2010 [Internet]. Washington (DC): United States Government Printing Office; 2010 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>
20. U.S. National Library of Medicine. Doctor of Medicine profession [Internet]. Bethesda: NIH; 2013 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001936.htm>
21. Salsberg ES, Wing P, Dionne MG, Jemiolo DJ. Graduate Medical Education and Physician Supply in New York State. *JAMA*. 1996; 276(9):683-8.
22. Kahn MJ, Ronald J, Markert FA, Lopez Specter S, Randall H, Krane, K. Is medical student choice of a Primary Care Residency influenced by debt? *Med Gen Med*. 2006; 8(4):18.
23. Lorin J. Medical school at \$ 278,000 means even bernanke son has debt. *Bloomberg* [Internet]. 2013 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.bloomberg.com/news/2013-04-11/medical-school-at-278-000-means-even-bernanke-son-carries-debt.html>
24. United States Department of Health and Human Services, division of Health Resources and Services Administration, Bureau of Clinician Recruitment and Service. National Health Service Corps [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://nhsc.hrsa.gov/>
25. United States Department of Homeland Security, U.S. Citizenship and Immigration Services. Conrad 30 Program [Internet]. West Bloomfield; 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.uscis.gov/working-united-states/students-and-exchange-visitors/conrad-30-waiver-program>

26. American Medical Association. IMGs in the U.S. physician workforce discussion paper - 2009 edition [Internet]. Chicago: AMA; 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/member-groups-sections/international-medical-graduates/imgs-in-united-states.page?>
27. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 [acesso 2014 Set 20]; 17(47):913-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>
28. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013 [acesso 2014 Maio 22]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>.
29. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.087, de 1º de setembro de 2011b. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2 Set 2011 [acesso 2014 Maio 22]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=92&data=02/09/2011>
30. 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. 171-86.
31. Ministério da Saúde. Apresentação de um ano do Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014 [acesso 2014 Set 22]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/04/apresentacao-COLETIVA-1-ANO-MAIS-M--DICOS---04-09-1.pdf>
32. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 50, de 16 de agosto de 2013. Adesão dos médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. 19 Ago 2013 [acesso 2014 Maio 22]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5955-documentos>
33. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. Etud Résult [Internet]. 2009 [acesso 2014 Set 20]; (679). Disponível em: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et-regionales-detaillees.5488.html>
34. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. Bull World Health Organ. 2010; 88(5):357-63.
35. Lei n. 12.202, de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei n. 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. 15 Jun 2010 [acesso 2014 Maio 22]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=3&data=15/01/2010>
36. Ministério da Educação. Propostas de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria n. 86, de 22 de março de 2012. Diário Oficial da União. 27 Mar 2012.
37. Ministério da Saúde. Resolução n. 407, de 12 de Setembro de 2008. Dispõe sobre as atribuições do Conselho Nacional de Saúde [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/regimento.htm>

38. Seixas PH, Corrêa NA, Moraes JC. MigraMed - Migração Médica no Brasil: tendências e motivações [Internet]. São Paulo: Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo; 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/iiienc_migra_uru_dic10/migracao_medica_no_brasil_p.seixas.pdf

39. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=64>

Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Más Médicos: un programa brasileño en una perspectiva internacional. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.

La escasez de profesionales de la salud en áreas remotas y vulnerables es un importante obstáculo para la universalización del acceso a la salud en diversos países. Este artículo examina las políticas de provisión de profesionales de salud en Australia, Estados Unidos de América y Brasil. A pesar del éxito parcial de iniciativas anteriores, fue solamente con el Programa Más Médicos que la provisión de médicos en áreas vulnerables alcanzó la magnitud y la respuesta en tiempo adecuado para atender la demanda de los municipios brasileños. En el país están en curso cambios cuantitativos y cualitativos en la formación médica cuyo objetivo es garantizar no solo la universalidad sino también la integralidad y sostenibilidad del Sistema Único de Salud. El éxito de estas iniciativas dependerá de la continuidad de la articulación inter-federativa, de políticas regulatorias de estado, así como del constante monitoreo y perfeccionamiento del programa.

Palabras clave: Más Médicos. Atención Básica de la Salud. Brasil. Australia. Estados Unidos de América. Programas gubernamentales.

Recebido em 03/10/14. Aprovado em 09/10/14.

El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional

O Programa Mais Médicos: uma análise complementar sobre a perspectiva da saúde internacional

The More Doctors Program: a further analysis from the perspective of international health

Mario Roberto Rovere^(a)

El artículo constituye un importante aporte para comprender y para poner en valor un programa de gran escala, tomando “el toro por las astas” tal como el Sistema Brasileño de Salud (SUS) y el movimiento sanitario brasileiro nos tiene acostumbrados desde hace mas de treinta años.

La “triangulación” propuesta en el artículo entre Brasil, Australia y EE UU ayuda a comprender las dificultades de garantizar la cobertura territorial de la medicina y la necesidad relativamente universal de generar mecanismos contrarios a la “tendencia espontanea” del empleo médico en países capitalistas.

Mis comentarios además de valorar este trabajo de objetivación y de triangulación sobre políticas activas de Recursos Humanos intenta ofrecer un análisis complementario también desde la perspectiva de la salud internacional.

La migración profesional y/o el drenaje de cerebros es un fenómeno mundial de larga data pero que se aceleró desde los años de 1990 bajo el impulso de la denominada “globalización” que - a diferencia de las migraciones del siglo XIX que requerían mano de obra masculina para las manufacturas- se caracterizó por “importar” mano de obra con predominio femenino para el área de servicios.

Las evidencias indican que las decisiones profesionales de los médicos resultan de una lógica que podríamos definir como “*market oriented*” lo que explica que el flujo internacional migratorio ocurra fundamentalmente “*de sur a norte*” de los países periféricos a los centrales, pero también al interior de nuestros países desde las zonas rurales o las pequeñas ciudades hacia las capitales y las grandes ciudades.

Un fenómeno que se verifica en los porcentajes de médicos extranjeros en EUA y en Australia y que resulta en proporciones aun mayores en varios países europeos como Gran Bretaña o España. Se afirma incluso que el estado de bienestar europeo solo se puede sostener por el peso relativo de los extranjeros en su fuerza laboral.

Usamos intencionadamente el término “*market oriented*” porque su contrapartida son las decisiones “*policy oriented*”, es decir aquellas vinculadas con las convicciones, con la ideología, con las políticas públicas. Resulta imprescindible en ese sentido constatar que los únicos médicos que en gran escala migran de “*Norte a Sur*” son los médicos cubanos. Un fenómeno que hasta incluso los EE UU

^(a) Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de La Matanza. Buenos Aires, Argentina. roveremario@gmail.com

han reconocido como consecuencia de la ayuda internacional cubana a los países africanos afectados por el Ébola.

Resulta en consecuencia fundamental incluir en este análisis la pregunta sobre porque nuestros países latinoamericanos con innumerables e importantes escuelas de medicina en prestigiosas universidades públicas, - es decir financiadas por todos los ciudadanos de un país, incluso por aquellos que nunca podrán asistir a ellas-, formamos fundamentalmente médicos "*market oriented*".

No se trata tan solo de una tendencia espontanea o de fallas en el mercado de trabajo. La estrategia principal de las profesiones liberales ha sido y es la de mantenerse en una fuerte sobre demanda, lo que requiere un férreo control de la "producción de profesionales" lo que en muchos países se verifica al ver que universidades públicas masivas tienen sistemas restrictivos "especiales" en sus carreras de medicina. Colocarse en sub-oferta no se explica solo por la búsqueda de ventajas económicas sino también para desplegar estrategias políticas orientadas a limitar las posibilidades de sistemas públicos extensos, como el propio SUS.

Este fenómeno se ha complejizado porque en algunos países como la Argentina se ha liberalizado la "producción de médicos" pero los mecanismos restrictivos se han desplazado al control de las especialidades, cuyas "sociedades científicas" han devenido en corporaciones dedicadas predominantemente a la regulación del ingreso a la especialidad.

La principal diferencia en perspectiva internacional del "Mais Médicos" comparado con Australia, EE UU y otros países centrales es ética ya que, no solo ha pactado con los países "proveedores" de profesionales - lo que en el caso de Argentina me consta personalmente - sino que, además ha definido un conjunto de países que por mostrar proporciones de médicos por habitante iguales o inferiores al Brasil no son elegibles para el programa.

De los otros "casos" internacionales también se pueden aprovechar elementos que pueden complementar las políticas públicas sobre empleo médico. La experiencia de Australia y de otros países involucrando a las universidades en sistemas de ingresos preferenciales y subsees geográficamente desconcentradas, lo que en términos internacionales se conoce como "*pipeline*", permitiría que el mapa de alcance real de las universidades públicas no mostrara el contraste que muestra el mapa de la Figura 2 para Brasil pero que se repetiría en la mayoría de los países latinoamericanos.

Del caso norteamericano queda la inquietud sobre el sistema de crédito educativo y la compra de deuda por los programas de radicación en zonas más desprovistas de profesionales. Aun conociendo el rechazo generalizado en América latina a estas estrategias persiste la pregunta "¿Hasta qué punto las universidades y los sistemas de formación de posgrado de financiamiento público pueden continuar favoreciendo con sus sistemas de ingreso la formación de jóvenes de familias de alta renta con altas expectativas de migración, de sobre-especialización y de empleo en el sector privado?".

La experiencia venezolana resulta por demás elocuente. Cuenta con uno de los sistemas de educación médica en universidades públicas más extenso, sin embargo el gobierno debe apelar a una Escuela de Medicina paralela para contar con fuerza laboral para sus políticas públicas.

La experiencia argentina es menos conocida pero aun contando con universidades públicas gratuitas, los jóvenes de baja renta y de regiones geográficas apartadas acceden a la educación médica a través de la Escuela Latinoamericana de Educación Médica y luego resultan los principales o los únicos candidatos a radicarse y/o a ingresar en el sistema de residencias de medicina general en el interior del país.

En todos los casos no se trata de diferencias o de discusiones ideológicas, se trata de saber cómo y cuando fue que las universidades públicas dejamos de cumplir nuestros mandatos institucionales y sobre todo cual será el aporte que podremos hacer en el futuro para que un programa como el Mais Médicos no sea necesario, especialmente en una Región en donde se acepta que la salud es un derecho y que el Estado debe garantizar ese derecho.

Recebido em 23/03/15. Aprovado em 23/03/15.

Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias

More Doctors Program: in search of satisfying answers

Programa Más Médicos: en busca de respuestas satisfactorias

Mário Scheffer^(a)

O artigo em debate, ao apresentar os sistemas de saúde australiano e norte-americano, em contraste com o Brasil, traz um panorama sobre o difícil desafio, compartilhado por diversos países, de enfrentar a má distribuição ou a falta localizada de médicos.

No sentido de ampliar o debate e evidenciar sua complexidade, tomam-se por base duas extensas revisões publicadas^{1,2} que recensearam medidas destinadas a garantir a presença de médicos em áreas desassistidas, em interiores e subúrbios.

Esses estudos sublinham que as respostas não são únicas e nem mesmo duráveis ou satisfatórias.

Alguns fatores-chave, determinantes da escolha, pelo médico, do lugar de seu exercício profissional, têm sistematicamente influenciado a recorrência do problema.

Por exemplo, sabe-se que a ausência de atratividade de regiões com piores indicadores sociais e as condições inadequadas de trabalho, com cargas horárias excessivas e má remuneração, dificultam a fixação de médicos. A renda elevada pode não ser uma compensação quando médicos são submetidos ao isolamento profissional e à baixa qualidade de vida deles próprios e de seus familiares.

Não há que contar com o assistencialismo de base filantrópica individual e pessoal de médicos decididos a cobrirem populações carentes. O altruísmo que caracterizou o início da profissão médica moderna, há muito foi substituído pela ideologia profissional de valorização das ultraespecialidades, dos altos rendimentos pessoais e da transformação dos próprios consultórios em microempresa inserida num competitivo mercado de negócios³.

Nesse sentido, um dos apelos possíveis está locado nas políticas públicas e gestões macroeconômicas, que produzem desenvolvimento regional e ajudam a corrigir alguns aspectos geradores da má distribuição de efetivos médicos.

Além dos programas similares ao brasileiro, os sistemas nacionais de saúde têm buscado várias outras soluções¹, que podem ser agrupadas em três tipos de estratégias, independente do grau de sucesso de cada qual.

O primeiro grupo de medidas tem foco nos futuros médicos, aumentando, desde a graduação, o número e a qualificação dos dispostos a trabalhar nas

^(a) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2166, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 01246-903. mscheffer@usp.br

regiões menos atrativas; o segundo, dirigido aos médicos já em atividade, inclui incentivos financeiros e regulatórios para deslocar os profissionais que vivem concentrados em determinadas regiões e atividades; o terceiro prevê alternativas que envolvam outros profissionais de saúde combinadas com tecnologias de telemedicina e assistência à distância.

As intervenções diversas adotadas por países² tentam agir sobre diferentes momentos do percurso profissional: na formação inicial, no recrutamento ou instalação, na fixação ou manutenção do médico no local do trabalho.

Há limites claros de, pelo menos, três medidas mobilizadas: 1) o aumento do número global de médicos é ineficaz, pois gera saturação da oferta e concorrência exacerbada em áreas onde já existe alta densidade de médicos; 2) os incrementos financeiros são insuficientes, pois tal política tem custo elevado, estimula a permanência provisória e não fixa médicos em médio e longo prazo. Da mesma forma, assistiram impacto relativo, não sustentável, países que promoveram ajuda monetária, bolsas, bônus, condições compensatórias e preferenciais em especializações e residências médicas, como contrapartida à instalação de jovens médicos em regiões deficitárias; 3) as políticas de recrutamento de estrangeiros, baseadas na melhor remuneração e no aperfeiçoamento profissional como fatores de atração, ainda que permitam o ajustamento emergencial da oferta em áreas remotas, não podem ser vistas como panaceia, pois a disponibilidade internacional de migração de médicos atingiu um certo limite⁴.

A literatura menciona resultados mais favoráveis às iniciativas que visam modificar a formação inicial, capazes de conduzir os estudantes a se instalarem, posteriormente, nos locais remotos, e de adaptar os conteúdos da graduação à prática em atenção primária à saúde.

No Brasil, a dosagem e a combinação de possíveis medidas devem considerar cenário mais adverso que outros países, pois, em nosso caso, às desigualdades regionais de distribuição de médicos somam-se a cristalização do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e a adoção de políticas que promovem o acirramento da privatização da saúde, subtraindo médicos e serviços, drenando recursos humanos e financeiros do sistema público⁵.

Uma contribuição do artigo em debate é a apresentação dos motivadores e critérios utilizados para a decisão política: de alocação de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios selecionados, de expansão da oferta de cursos de medicina e vagas de Residência Médica, e de mudanças curriculares dos cursos de graduação, que são os constituintes do Programa Mais Médicos. O manuscrito resgata iniciativas governamentais já testadas no Brasil desde os anos 1990, todas elas de curto alcance e baixo impacto, para, em seguida, deter-se na descrição do Programa Mais Médicos, considerado, pelos autores, medida mais abrangente “para combater as desigualdades de acesso à atenção básica resolutive”.

Se, talvez, o programa seja mesmo abrangente no sentido da quantidade de médicos alocados – o que poderia ser mais bem qualificado por pesquisas de avaliação que evidenciem o impacto sobre as condições de saúde da população assistida –, pode-se indagar sobre sua durabilidade.

Para que o debate resulte em proposições que aprimorem a política pública, impressões entusiasmadas devem ser ponderadas com possíveis fragilidades.

Ao fixar médicos, por meio de provimento emergencial, o projeto ampliou a assistência na atenção básica em regiões carentes desses profissionais⁶, além de ter possibilitado, aos médicos brasileiros, intercambiarem experiências com médicos estrangeiros⁷. Eis aqui, sem dúvida, aspectos positivos.

Entretanto, foram levantadas inadequações⁸ pontuais: na execução das atividades de supervisão e tutoria, no acolhimento e na capacitação dos profissionais, na decisão de gestores locais em substituir médicos contratados por intercambistas, nas punições a médicos cubanos que mantêm seus familiares no Brasil.

E há também preocupações quanto à sustentabilidade do projeto em si, após os seis anos da prorrogação permitida em lei, considerando o modelo paliativo baseado em bolsas de especialização, com componente assistencial mediante integração ensino-serviço, e sua inexequibilidade de longo prazo, decorrente do formato atual fortemente dependente dos acordos de cooperação entre Brasil e Cuba intermediados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Para pesquisadores que são, eles próprios, responsáveis pela condução e execução de um dado programa analisado, é compreensível a exaltação das positivities e das qualidades diferenciais, em comparação com outras políticas já experimentadas.

Mas estudos e pesquisas são orientados por outra direção: todo pesquisador examina a questão por diversos ângulos e quer, pela crítica ao não alcançado, isto é, pelas negatividades, chegar a melhorias de outras mais positivities.

No caso, para além do adágio “é difícil ser juiz e parte”, o posicionamento epistemológico equilibrado do pesquisador em relação ao seu objeto, elucidaria a necessidade de distanciamento ou, mesmo, a explicitação das escolhas de abordagem definidas pela proximidade.

Cabe aos estudos sociais e políticos partirem do apontamento de problemas detectados nas realidades vividas, para alcançarem, pela reflexão crítica, ações mais efetivas.

Nesse sentido, deve-se repensar a abrangência e a magnitude da atual política brasileira de alocação de médicos em regiões vulneráveis.

E se, de fato, a proposta vigente foi célere, talvez essa rapidez corresponda exatamente ao seu caráter emergencial. Caberia, então, ao temporário como solução, cambiar-se em políticas permanentes.

A meta há de ser mesmo ‘procurar novos caminhos’, conciliando a governabilidade do momento com o desenvolvimento do estado democrático e a promoção do direito universal à saúde. Para os gestores públicos, ser governo e, ao mesmo tempo, homens de estado tem sido um grande desafio contemporâneo.

Referências

1. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. OECD Health Work Papers. 2014; 69:1-66.
2. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé?: les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France [Internet] [acesso 2015 Abr 23]. Rapport n° 534 (biblio n° 1635). Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé. 2006. Disponível em: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>
3. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
4. OECD Health Policy Studies. The looming crisis in the health workforce: how can OECD countries respond? [Internet] [acesso 2015 Abr 23]. OECD; 2008. Disponível em: http://www.who.int/hrh/migration/looming_crisis_health_workforce.pdf
5. Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S, et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). The Lancet. 2014; 384(9960):2164-71.

6. Organização Pan-Americana da Saúde. Nota da OPAS/OMS no Brasil sobre o Projeto Mais Médicos [Internet]. 2015 [acesso 2015 Abr 23]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4798:nota-da-opasoms-no-brasil-projeto-mais-medicos&catid=1274:programa-especial-mais-medicos-noticias&Itemid=827
7. Machado MH, Campos F, Lima N. Em defesa do Mais Médicos. Valor Econ. 28 Jan 2015; Opinião.
8. Tribunal de Contas da União. Relatório de Auditoria do Programa Mais Médicos [Internet]. 2015 [acesso 2015 Mar 20]. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/005.391-2014-8%20Mais%20M%C3%A9dicos.pdf

Recebido em 30/03/15. Aprovado em 31/03/15.

Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS)

More doctors and the built of a personnel policy for the Primary Care in the Brazilian National Health System (SUS)

Más médicos y la construcción de una política de personal para la Atención Primaria en el Sistema Brasileño de Salud (SUS)

Gastão Wagner de Sousa Campos^(a)

O Programa Mais Médicos trouxe importante benefício imediato a milhões de brasileiros ao lhes ampliar o acesso e garantir o direito à saúde. O Mais Médicos, graças ao sistema de formação e de supervisão de equipes da Saúde de Família, também estimulou a aproximação entre as universidades e o SUS, com ganhos para os dois lados desta cooperação.

Por isto, sou seu defensor.

Entretanto, gostaria de apontar três estratégias para avanço e consolidação da Atenção Básica no SUS, que necessariamente implicarão mudanças radicais no Mais Médicos. Estratégias estas não aventadas pelos autores do artigo "*Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional*".

A primeira estratégia se refere à necessidade de uma ampla reforma do Estado brasileiro, de uma radical reforma da gestão pública, particularmente na saúde. O Programa Mais Médicos é uma evidência clara da impossibilidade de os municípios lograrem implementar e gerenciar redes de atenção básica com qualidade, sustentabilidade e cobertura para 80% da população brasileira. Sem a interferência direta do Ministério da Saúde, nunca se teriam acrescentado 14.462 médicos ao SUS em pouco mais de um ano. Municípios não têm dado conta de instituir uma política de pessoal que assegure qualidade e estabilidade ao SUS. Depois de vinte anos de funcionamento do SUS, podemos afirmar, com segurança, que a concepção de que o provimento de pessoal para o SUS dependeria, sobretudo, dos municípios e dos estados fracassou. A cronicidade do descuido com os profissionais vem comprometendo a legitimidade do SUS junto à população. No atual modelo de gestão, a responsabilidade sobre este fracasso fica diluída. O grau de fragmentação do SUS tornou-se disfuncional. A persistência da epidemia de dengue é outro sintoma negativo de nosso precário modelo de funcionamento. Necessitamos unificar e integrar o sistema público mediante a implementação de um organismo público interfederativo, organizado em duzentas e poucas regiões de saúde e constituído por todos os municípios, estados e pela União. Defendo a criação do SUS/Brasil, uma autarquia com gestão tripartite e com controle social: cogestão do sistema por conselhos com maioria de usuários e participação de trabalhadores de saúde, além dos gestores. Esta autarquia teria,

^(a) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira Camargo, 126. Campinas, SP, Brasil. 13083-887 gastaowagner@mpc.com.br

ainda, a vantagem de proteger o SUS do patrimonialismo, do clientelismo e da descontinuidade de políticas e de programas dos governantes da União, dos estados e dos municípios.

Esta consideração reforça a necessidade de maior participação da União e dos estados tanto no financiamento quanto na gestão do SUS. A política, a formação e a gestão de pessoal não poderão continuar a cargo de municípios e dos estados. A baixa efetividade da gestão de pessoal do SUS é o principal fator a dificultar recrutamento e qualificação do trabalho em saúde no Brasil.

A segunda estratégia se refere à constituição de Políticas de Pessoal condizentes com a complexidade das necessidades de saúde dos brasileiros. O Mais Médico é um programa emergencial e complementar. Tem duração prevista de três anos, e deverá ser prorrogada sua vigência, acredito. Defendo que a autarquia SUS/Brasil crie carreiras, de âmbito estadual ou nacional, por esferas organizativas do SUS: carreira para Atenção Básica; para hospitais, urgência e média complexidade; para Vigilância à Saúde; e para Apoio Administrativo e Financeiro, que assegurem sustentabilidade aos programas do SUS. Todos os profissionais atualmente trabalhando no SUS poderiam optar por passarem para essas carreiras ou permanecerem em seus postos em serviços dos municípios, estados, da União e de Organizações Sociais, submetendo-se, contudo, às normas de gestão do SUS/Brasil. Com a constituição deste tipo de política, a capacidade de recrutamento, de formação e de gestão de pessoal melhora bastante. Programas ao estilo do Mais Médicos, bem como estágios obrigatórios na Atenção Básica à Saúde e em regiões com dificuldade de fixação de pessoal, teriam caráter complementar às contratações por concurso público previstas nas carreiras acima citadas.

Por último, acatando o mote dos autores por “uma perspectiva internacional”, gostaria de mencionar o relevante tema do direito ao trabalho. A globalização tem assegurado livre trânsito ao capital e a bens e serviços mediante normas liberais de regulação do mercado. Entretanto, permanecem restrições medievais à circulação da ‘mão de obra’, das pessoas. A luta pelos direitos sociais depende, cada vez mais, da defesa de direitos da população trabalhadora. A exploração de trabalhadores na Ásia, de migrantes, prejudica interesses e direitos de trabalhadores europeus ou latino-americanos. Neste sentido, considero injusto o acordo de trabalho entre Ministérios da Saúde, OPAS, governo de Cuba e médicas e médicos cubanos. A justificativa de que isto seria problema de ordem interna a Cuba, não me convence. A totalidade do valor da bolsa deveria ser pago aos profissionais cubanos, e o governo, com base em leis de recolhimento de impostos e de taxas, poderia cobrar-lhes impostos. O pagamento direto ao Estado cubano, por parte do Estado brasileiro, somente se justificaria por reconhecimento do gasto com a formação desses profissionais, o que poderia estar disposto no acordo e ser feito à parte do valor da bolsa.

Outro aspecto que me incomoda são as restrições ao livre trânsito dos familiares das médicas e dos médicos em serviço no Brasil. Trata-se de uma flagrante restrição ao direito de ir e vir, de eleger um local para viver. Parece-me que estamos diante de um patrão tirânico: o governo cubano. Quando o Brasil não se opõe a este tipo de controle rígido, estamos, de fato, nos aproveitando da opressão aos profissionais cubanos para diminuir seu poder de barganha com o contratante.

Estas críticas não invalidam o Programa Mais Médicos; os benefícios ao SUS e à população falam por si mesmos. Estas críticas se dirigem ao conformismo e à inércia de nossos governantes, do parlamento e de parte da sociedade diante de problemas estruturais e crônicos das políticas públicas e de saúde no Brasil.

Recebido em 13/04/15. Aprovado em 15/04/15.

Réplica

Reply

Respuesta

As observações dos debatedores se somam ao esforço empreendido por este grupo de autores implicados com a crítica e aprimoramento da política em análise, esforço do qual faz parte tanto o seminário internacional que motivou o artigo quanto o próprio.

Em linhas gerais, todos os debatedores reconheceram as questões sociais que justificaram a criação do Programa Mais Médicos (PMM), notadamente a falta e a má distribuição de médicos e a inadequada formação desses profissionais (qualitativamente e quantitativamente) para as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Entendem o PMM como importante para enfrentar estas questões e analisam efeitos positivos do mesmo. Concordando com a maioria das observações, dado o espaço da réplica, focaremos nas observações mais críticas.

Em primeiro lugar, é necessário compreender contextualmente e globalmente o PMM. Ele é parte de um momento de priorização da Atenção Básica (AB) que, nos últimos quatro anos, teve aumento expressivo do financiamento (o orçamento federal ampliou-se em mais de 100%¹), inédito investimento de 5,6 bilhões em estrutura e ampliação e diversificação das modalidades de equipes multiprofissionais; contudo, a falta e má distribuição de médicos condicionou a expansão do acesso com qualidade a um contingente importante da população².

De outro lado, é necessário perceber o PMM como um conjunto articulado de ações de curto, médio e longo prazo. O Provimento Emergencial já garantiu a cobertura de cinquenta milhões de brasileiros e chegará a 63 milhões ainda em 2015³. Diferente de 2013 e 2014, quando os médicos com registro no Brasil ocuparam aproximadamente 10% das vagas, em 2015 ocuparam 92% das novas vagas, reduzindo consideravelmente a necessidade de médicos estrangeiros para os próximos anos. As principais dificuldades apontadas pelo Tribunal de Contas da União, decorrentes de avaliação realizada quando da implantação do programa⁴ já foram atualmente superadas⁵, com destaque para: a ampliação e qualificação da supervisão, que recebeu nota 9,3 (em escala de zero a dez) dos médicos brasileiros³; e a constatação do importante aumento do número de médicos, equipes, cobertura e consultas na AB⁵.

Outro destaque é que a Lei 12.871⁶ não prevê data para o fim do programa, e sim determina que a autorização concedida a cada profissional para o exercício da medicina sem registro no Brasil seja de três anos (prorrogável por mais três), tempo maior que o tempo médio de permanência dos médicos nas equipes de saúde da família no período anterior ao programa⁷. Esclarecido isso, é possível que, a exemplo dos EUA e Austrália, o PMM possa seguir por anos como estratégia de provimento, a cada ano com mais brasileiros e mais dirigido às áreas que, mesmo com as demais ações do programa, sigam com dificuldade de atrair médicos.

A meta fixada pelo programa deve atingir 2,7 médicos/mil habitantes em 2026, por meio da expansão de vagas de graduação em medicina, em instituições públicas e privadas, de modo que o país saia da insuficiente oferta de 0,8 vagas por dez mil habitantes e chegue a 1,34 já em 2018: com menos de dois anos de PMM já foram autorizadas 40% do total de vagas previstas; o interior passou a ter mais vagas que as capitais e as regiões norte e nordeste, com as autorizações em curso, igualar-se-ão proporcionalmente à região sudeste.

Na perspectiva apontada por Rovere⁸, o PMM reorientou a legislação de abertura de escolas de uma lógica “orientada pelo mercado” para uma lógica “orientada pela política” em que a variável mais importante passa a ser a necessidade social da região e a qualidade. Ampliou-se o acesso geográfico e também social devido à expansão de vagas públicas, potencializada pela lei das cotas, e a de vagas privadas, combinadas com o Prouni e o FIES, inclusos nas contrapartidas exigidas às novas escolas.

As novas diretrizes curriculares, a avaliação bianual de progresso e o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino Saúde são instrumentos dotados ao SUS pela lei para, junto com o MEC, dar passos importantes na qualidade dessas escolas, na proximidade da formação com o modelo de atenção e serviços do SUS, e com as necessidades mais relevantes da população, para a superação da orientação “pró-mercado” criticada por Rovere⁸ e Scheffer⁹. Vale notar que a Lei prevê instrumentos no mesmo sentido de uma reorientação e regulação estatal da formação de especialistas.

A determinação da universalização da residência médica até 2018, a definição de uma especialidade de acesso – a medicina geral de família e comunidade – e a obrigação de que a mesma aconteça nos serviços do SUS projetam mais de 16,5 mil médicos residentes na AB do SUS em 2019 e um papel progressivamente importante dessa dimensão do programa.

Visto de uma perspectiva contextual e global, o PMM não é um programa provisório: trata-se de uma política definida em Lei, com apoio à adesão crescente que almeja profundo impacto tanto na formação quanto na atuação médica no Brasil dos próximos anos. Com este olhar, muitas das sugestões feitas pelos debatedores devem se tornar tarefas agregadas a dimensões do PMM em busca de seu aperfeiçoamento.

Por fim, cabem algumas observações. Os desafios apontados por Gastão¹⁰ sobre as dificuldades da municipalização da gestão do trabalho no SUS e a importância de avançar para modelagens regionais e interfederativas do mesmo é instigante, e exigiria de nós maior espaço para fazer o bom debate que nos suscita.

O debate da cooperação Brasil-OPAS-Cuba também exigiria mais linhas do que dispomos aqui, mas ofertamos quatro considerações: a cooperação é e deve ser realizada exatamente nos termos previstos na Lei nº 12.781; é a mesma lei que garante, aos familiares de médicos cubanos do programa, os mesmos direitos no Brasil que os familiares de médicos de qualquer outra nacionalidade; o modo de relação que Cuba estabelece com a OPAS se assemelha ao estabelecido por aquele país com mais de sessenta outros em todos os continentes; é importante notar que o médico cubano é um funcionário de carreira em seu país, e que a bolsa recebida por ele é apenas um dos benefícios de que goza como funcionário de carreira em missão internacional.

Concluimos alertando que, tanto a sociologia na virada do século passado¹¹ quanto a saúde coletiva, excetuando certa versão positivista, desmontam a ilusão de separação/isenção do sujeito que pesquisa com relação ao objeto social que analisa: no estudo de uma política como o PMM, médico algum, docente de escola médica, gestor e mesmo usuário pode se declarar não afetado pelo tema, o que interferiria em sua suposta “neutralidade”. Concordamos com a perspectiva de Passos e Barros¹² e Merhy¹³, para os quais enriquece a pesquisa quando a produção de conhecimento é realizada por sujeitos implicados com ela, assumindo o lugar de sujeitos epistêmicos. Para eles e também para Santos¹¹, são necessários o reconhecimento da implicação, a promoção de ambiente público de debate e crítica e a maximização do diálogo com os diferentes atores e pontos de vista.

Referências

1. Pinto HA. Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
2. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; 51:105-20.
3. Ministério da Saúde. Balanço da terceira chamada do Ciclo 2015 do Projeto Mais Médicos para o Brasil [Internet] [acesso 2015 Abr 9]. Brasília (DF): MS; 2015. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/09/09.04-Balanco-3-chamada_brasileiros-formados-exterior.pdf
4. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 331/2015. Plenário. Relator: Ministro Benjamin Zymler. *Diário Oficial da União*. 12 Mar 2015.
5. Ministério da Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Nota Técnica nº 432/2014. Assunto: Relatório de Auditoria Operacional no Programa Mais Médicos. Brasília (DF): MS; 2014.
6. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [Internet] [acesso 2015 Abr 9]. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>
7. Girardi, S. N., Carvalho, Cristiana Leite, Araújo, Jackson Freire, Farah, Jaqueline Medeiros, Wan der Maas, Lucas, Campos, Luis Antonio de. 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. 171-86.
8. Rovere M. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):635-6.
9. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):637-40.
10. Gastão GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):641-2.
11. Santos BS. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
12. Passos E; Barros RB. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicol Teor Pesqu*. 2000; 16(1):71-9.
13. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, organizadores. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 2004. v. 1, p. 21-45.

Recebido em 15/04/15. Aprovado em 26/04/15.

