



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

revista.interface@gmail.com

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Martins Alessio, Maria; de Sousa, Maria Fátima
Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 1, núm. 21, 2017, pp. 1143-1156
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180153322006>

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

redalyc.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

Programa Mais Médicos:

elementos de tensão entre governo e entidades médicas

Maria Martins Alessio^(a)

Maria Fátima de Sousa^(b)

Alessio MM, Sousa MF. The More Doctors Program: elements of tension between the government and medical associations. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1143-56.

In 2013, the first physicians arrived for the More Doctors Program. The process of implementation was engulfed in legal disputes and ideological conflicts sparked by Brazilian physicians and their representative associations. The initiative to create the program was seen by the medical associations as a unilateral measure of the federal government, lacking in planning and designed to win votes. This paper presents the historical process that gave rise to the program, highlighting the tension between the government and medical associations. It is an exploratory study with biographical and documental research. Through analyzing data and national and international trends, as well as statements from physicians and their representative associations, it can be inferred that the program is not understood in its entirety, which goes beyond the immediate provision of physicians. In addition, the regulatory role of the State, in its responsibility to comply with the Federal Constitution, is being misinterpreted as undermining the autonomy of the medical profession.

Keywords: Public health policies. Health human resources. Demography, provision and distribution. Internship and residence. Health Planning.

Em 2013, chegaram os primeiros médicos pelo Programa Mais Médicos. O seu processo de implantação foi cercado de disputas judiciais e embates ideológicos advindos de médicos brasileiros e suas entidades representativas. A iniciativa de criação do programa foi creditada pelas entidades médicas como uma medida unilateral do Governo Federal, eleitoreira e sem planejamento. O artigo resgata o processo histórico que deu origem ao Programa Mais Médicos, destacando a tensão entre governo e entidades médicas. Trata-se de estudo exploratório com pesquisa bibliográfica e documental. Analisando dados e tendências nacionais e internacionais e discursos de médicos e suas entidades representativas, é possível inferir que o programa não está sendo compreendido na sua totalidade, que vai além da provisão imediata de médicos. Além disso, o papel regulador do Estado para cumprir a Constituição Federal está sendo confundido com interferência na autonomia da profissão médica.

Palavras-chave: Políticas públicas de Saúde. Recursos humanos em Saúde. Demografia, provisão e distribuição. Internato e residência. Planejamento em Saúde.

^(a) Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Setor de Áreas Isoladas Norte, SAIN - Asa Norte, Bloco B, Brasília, DF, Brasil. 70086-900; maria.alessio@gmail.com

^(b) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. fatimasousa@unb.br

Introdução

Há mais de três décadas, a necessidade de debate e planejamento acerca do tema Recursos Humanos em Saúde é reconhecida. Por deliberação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, aconteceu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, no mesmo ano. Desde então, o tema de Recursos Humanos em Saúde estaria presente em todas as CNS¹, tendo, em 1994, a 9ª CNS sugerido a criação de uma Política Nacional de Recursos Humanos².

Pouco antes de ser lançado o edital de adesão de municípios para o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), foi publicado, em julho de 2013, o primeiro edital de chamamento de médicos para o projeto. A demanda dos gestores municipais por médicos para atuarem em equipes de Saúde da Família chegou a 15.460 vagas³, que não foram preenchidas apenas por médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país e, como previsto na legislação⁴, os médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras foram convocados para suprir essa necessidade. Outros ciclos de chamamento de médicos foram estabelecidos até que se atingisse a meta de atender à demanda de todos os gestores, respeitando o teto da Atenção Básica (AB) de cada município. Um ano após o início do Programa Mais Médicos (PMM), 14.462 médicos estavam atuando em 3.785 municípios de todos os estados do país e assistindo cerca de cinquenta milhões de pessoas^(c). Pela primeira vez, todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Disei) registraram a presença de médicos de maneira ininterrupta nos seus territórios. Entre estes mais de 14 mil médicos, apenas 1.846 eram brasileiros⁶.

O PMMB é um dos cinco capítulos da Lei que institui o PMM, que, por sua vez, possui espectros de ações que variam de curto a longo prazo e se desenvolve em três eixos fundamentais: (i) ampliação e melhoria da infraestrutura de unidades de saúde; (ii) provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas; e (iii) formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Dessa maneira, a participação de médicos estrangeiros na AB é parte, e não o todo do PMM.

Acusado pelas entidades médicas de ter lançado tal programa como medida eleitoreira^{7,8} para aplacar os ânimos das massas, que expuseram sua insatisfação em relação a diferentes temas sociais na forma de volumosos protestos de rua em junho de 2013, após a edição da Medida Provisória (MP) nº 621/2013, o governo consegue aprovação da Lei nº 12.871, de 2013, consolidando, assim, o PMM⁴. Em abril do mesmo ano, a presidente Dilma já havia sido clara quanto à possibilidade de contratação de médicos estrangeiros pelo Governo Federal durante encontro com gestores municipais em Brasília⁹ e após ter recebido abaixo-assinado do movimento “Cadê o médico”, organizado pela Frente Nacional de Prefeitos, em janeiro¹⁰.

Sousa e Mendonça¹ fazem um amplo resgate de episódios históricos de construção coletiva na evolução da saúde pública brasileira e que, forçosamente, desembocam no PMM, contradizendo o discurso de muitos atores da sociedade civil e, de maneira mais contundente, das entidades médicas, de que a deflagração do programa seria fruto de um ato impensado, não planejado e autoritário do Governo Federal¹¹⁻¹³.

Paralelamente a esse momento vivido no Brasil, o mundo discute o tema da crise dos recursos humanos em saúde^{14,15}.

^(c) A Política Nacional da Atenção Básica define que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000⁵.

Este artigo é parte da dissertação do Mestrado Profissional do Programa de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e pretende resgatar momentos do processo histórico que deram origem ao PMM, fora os protestos de junho de 2013, além de destacar os elementos de tensão gerados nesse processo entre governo e sociedade civil, com recorte para as entidades médicas. Trata-se de estudo exploratório com uso de pesquisa bibliográfica não sistemática e análise documental no qual foram analisados documentos oficiais, artigos de periódicos, apresentações oficiais e artigos de jornal em meio eletrônico. Todas as fontes consultadas são de livre acesso à consulta pública, não tendo sido necessária a aprovação pelo Comitê de Ética.

As condições de acesso à formação médica e aos serviços médicos no país

O PMM foi anunciado em um ano de efervescência política no país, quando protestos de rua se alastraram por diversas cidades brasileiras. Mesmo que de forma pouco ordenada, heterogênea e pouco coesa, o movimento de junho de 2013 expressava o “descontentamento com as ações dos Poderes Executivos municipal, estadual e federal, assim como as do Poder Legislativo”¹⁶.

Entre tantos outros, o tema “saúde” apareceu frequentemente nesses protestos. Em fevereiro de 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) já havia divulgado estudo sobre a percepção que aponta a falta de médicos como um dos principais problemas identificados pela população, usuária ou não do SUS¹⁷.

De fato, em dezembro do mesmo ano, o Conselho Federal de Medicina (CFM) entregou estudo sobre demografia médica ao Ministério da Saúde, que revelava uma distribuição desigual de médicos no território brasileiro, mas também entre sistemas público e privado de saúde¹⁸.

Um trabalho do Observatório de Recursos Humanos em Saúde de Minas Gerais, de 2010, já havia trazido resultados em relação à construção de um índice para medir a intensidade da escassez de médicos. Apesar de identificarem a razão média de cerca de um médico em atividade registrada no Brasil para 540 habitantes (1,8 médico por 1000 habitantes), “em torno de 25% dos municípios brasileiros contavam com a razão de um médico para mais de 3.000 habitantes”¹⁹.

Em abril de 2011, o Ministério da Saúde promoveu o Seminário Nacional Sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade, cujo objetivo foi “debater e oferecer subsídios para a construção de propostas e de viabilidade política e técnica que assegurem acesso universal aos serviços de atenção à saúde [...]”²⁰. Contou com a participação de instituições e entidades representativas dos poderes legislativo e executivo; dos setores da saúde, da educação e do trabalho; do controle social; e dos entes federados dos níveis estadual e municipal.

Em fevereiro de 2012 é instituído o Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento da Qualidade da Formação de Profissionais de Saúde e de Estudos de Necessidade de Profissionais de Saúde e de Especialistas para o SUS, que previa a participação de representantes de entidades profissionais, de ensino e gestores da área da saúde²¹. Em outubro de 2013 acontece, em Recife, o III Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde em Recife, intitulado “Enfrentar o grande desafio que representam os Recursos Humanos em Saúde”. Edições anteriores do Fórum aconteceram em Kampala – Uganda, em 2008, e em Bangkok – Tailândia, em 2011, abordando a questão da crise de recursos humanos em Saúde ao redor do mundo¹⁴. Em recente artigo do *The New England Journal of Medicine*¹⁵, são feitas importantes considerações a respeito da crise de severa diminuição e evidente má distribuição de profissionais de saúde em diversos países de diferentes graus de desenvolvimento social e econômico.

Enquanto a Lei nº 12.871/2013, em seu artigo 30, delimita o número de médicos estrangeiros no PMMB a 10% do número total de médicos com inscrição definitiva no Brasil, os Estados Unidos da América (EUA) contam com 25% da sua força de trabalho médico composta por médicos estrangeiros (ou que se formaram no exterior); a Inglaterra, com 28,3%; o Canadá, com 23,1%; e a Austrália, com 26,5%, sendo que mais de 50% desses médicos com diploma estrangeiro dos EUA e da Inglaterra (60,2% e 75,2%, respectivamente) vêm de países de baixa renda, como Filipinas e Índia²². Até

o fim de 2012, o Brasil contava com 388.015 médicos^(d) com registro ativo; destes, apenas 1,75% eram estrangeiros ou brasileiros formados no exterior^{23(e)}. O Revalida é um exame nacional para revalidação de diplomas de médicos formados no exterior e hoje um dos principais instrumentos existentes no país para tal. Existe desde 2011, mas vem apresentando aprovações decrescentes, como revela o Gráfico 1, e nunca passou por “nivelamento” com formandos brasileiros, o que não nos permite avaliar se trata-se de avaliação inclusiva ao nível dos conhecimentos da média dos médicos brasileiros ou um teste de caráter excludente.

^(d) O estudo do CFM considera a população de médicos ativos por cada registro ativo. Portanto, se um médico possuir registro ativo em dois estados diferentes, ele contará por dois. Dos 388.015 médicos com registro ativo, 93,6% deles têm apenas um registro ativo²³.

^(e) Há números divergentes apresentados no estudo em questão; para este trabalho, consideramos 6.822 o número total de médicos estrangeiros atuando no país em 2012²³.

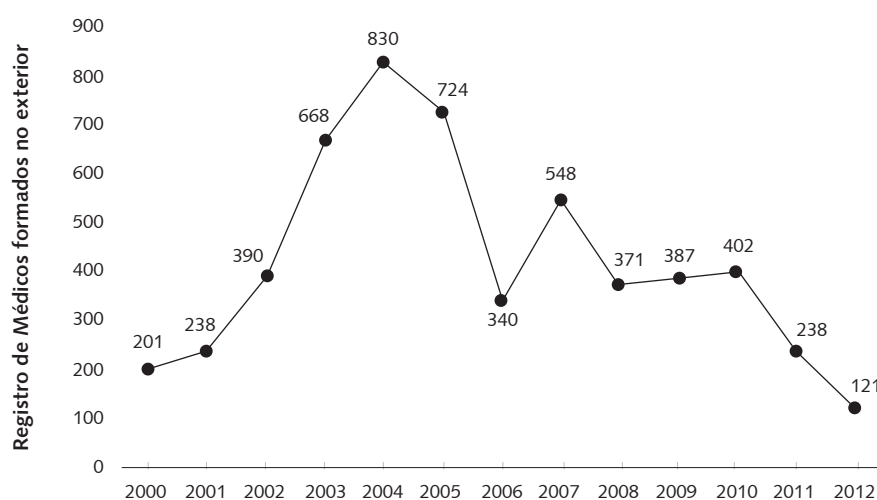


Gráfico 1. Entrada de médicos formados no exterior entre 2000 e 2012

* No ano de 2012, foram computados os registros até o mês de julho.

Fonte: CFM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2013.

Por outro lado, o Brasil possui cerca de 7,6 concluintes em graduação em Medicina por 100.000 habitantes, frente aos 6,91 dos EUA (Tabela 1), o que tem sido motivo de argumentação das entidades médicas contra o aumento de vagas em cursos de Medicina no Brasil e que remontam a campanhas como a lançada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) em 1999 intitulada “Novos cursos de Medicina fazem mal à saúde”²⁴. Portanto, não nos parece que os EUA tenham menos vagas em cursos de Medicina por habitante porque têm médicos estadunidenses suficientes sendo formados no seu território, mas porque fizeram a opção pela importação de médicos, e não no investimento na abertura de novas vagas de graduação. Outros exemplos não são infrequentes; em matéria para o jornal Folha de São Paulo, Abramczyk destaca a manifestação da Associação Médica Brasileira (AMB), da Associação Paulista de Medicina e de outras entidades médicas contra a criação de novas escolas médicas²⁵. Em site do

CFM, Brandão afirma que a abertura de novos cursos de Medicina não resolverá o “caos do atendimento”²⁶ e, em 2012, o CFM criticou o anúncio do governo da abertura de novas vagas em cursos de Medicina, alegando que não há falta de médicos no Brasil²⁷.

Tabela 1. Razão de concluintes de cursos de Medicina por 100.000 habitantes

País	2008	2009	2010	2011
Austrália*	11,24	10,89	12,08	13,48
Canadá*	6,37	6,94	7,18	7,35
Reino Unido*	11,12	11,30	11,31	11,43
EUA*	6,42	6,70	6,62	6,91
Brasil**	5,71	6,20	6,81	7,61

Fonte: * OECD.StatExtracts, ([s.d.]); ** Martins, Silveira e Silvestre (2013) e IBGE.

Em outra análise, o CFM indica que o Brasil conta com 197 escolas médicas e os Estados Unidos, com 137 escolas de Medicina, mesmo com uma população superior à brasileira²⁸. Dessa forma, também não nos parece adequado comparar países pelo número absoluto de escolas médicas, pois este não revela o número de vagas de graduação pela população. Exemplo para ilustrar o viés em tal comparação é o fato de a Universidade Estadual de Maringá (PR) oferecer 40 vagas anuais de Medicina²⁹ e a University of Minnesota Medical School (EUA), 230 vagas ao ano³⁰. Este último parâmetro, por sua vez, não pode ser comparado tampouco entre países sem levar em conta a política de importação de médicos, além, evidentemente, das necessidades nos processos saúde-doença e do crescimento demográfico particulares.

Fazendo um recorte dos últimos 15 anos, o Brasil ensaiou algumas estratégias para enfrentar o desafio do provimento de profissionais de saúde no país, especialmente no interior, não sendo esta uma novidade da atual gestão do governo Federal (Quadro 1). Em artigo intitulado “Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil”³¹, evidenciam-se três principais fatores de estrangulamento para o desenvolvimento do SUS, desde meados dos anos 1980:

- (i) competências insuficientes e acesso limitado a treinamentos dos profissionais de saúde e má distribuição destes; (ii) baixa capacidade de lidar com questões locais de gerenciamento de Recursos Humanos em Saúde (RHS) e (iii) falta de ligação entre os setores de educação e treinamento dos profissionais de saúde e o sistema de saúde. Foi igualmente reconhecido que o sistema de saúde não podia esperar que o sistema educacional tivesse iniciativa própria em preparar profissionais para novos papéis.^(f)

^(f) Tradução livre.

Quadro 1. Iniciativas federais para enfrentamento dos temas sobre provimento de profissionais de saúde e reorientação profissional em saúde a partir do ano 2000

Ano	Programa	Marco legal	Descrição
2001	PITS	Decreto Presidencial nº 3745, de 5 de fevereiro de 2001	Cria o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Encerrado em 2004, o Programa teve 4.666 médicos inscritos nos quatro anos em que esteve ativo, mas apenas 469 deles assumiram as atividades nos municípios (Maciel Filho, 2008).
2001	Fies	Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001	Institui o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior.
2002	Promed	Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002	Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas, com o objetivo de incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina.
2003	SGTES	Decreto Presidencial nº 4.726, de 9 de junho de 2003	Cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde, composta pelos Departamentos de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Gestão da Educação em Saúde (Deges).
2005	Pró-Saúde	Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005	Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. O Programa visa incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença.
2007	Ciges	Decreto nº 20/2007	Cria a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.
2007	Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil	Portaria Conjunta nº 1, de 23 de outubro de 2007	Ciges cria a Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil.
2009	Pet-Saúde	Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008	Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, que objetiva, entre outros fins, contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do país e sensibilizá-los e prepará-los para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira.
2009	Pró-Residência	Portaria interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009	Institui o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. Financia bolsas de residências médicas para Programas de Residência Médica (PRM) em especialidades e regiões prioritárias para o SUS. Das 21.110 vagas de primeiro ano (R1) existentes em 2014, o Ministério da Saúde disponibilizou financiamento para 5.125 delas. Antes do programa, este ministério financiava apenas poucas vagas de projetos isolados.
2010	Fies Atenção Básica	Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010	Institui carência estendida para médicos que optarem por PRM em áreas prioritárias para o SUS, além de abatimento da dívida para médicos que atuarem na Atenção Básica de regiões prioritárias do país.
2013	Programa Mais Médicos	Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013 – convertida na 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.
2013	DPREPS e DDES	Decreto Presidencial nº 8.065, de 7 de agosto de 2013	Cria o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), no âmbito da SGTES/MS, e a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), no âmbito da SESU/MEC.

Autoria: Alessio MM

As tensões decorrentes dos interesses defendidos pelas entidades médicas e a responsabilidade pública

Apesar do histórico das políticas públicas para saúde trabalhadas e debatidas com ampla participação de diferentes atores, as entidades médicas se detêm, essencialmente, em quatro linhas de argumentação centrais para se contrapor ao PMM e que aparecem em documentos distintos, como a carta aberta aos médicos e à população brasileira “Os médicos na luta em defesa da saúde pública”³², a petição de anulação do PMM elaborada pela AMB ao Supremo Tribunal Federal³³ e a nota divulgada pelo CFM e Conselhos Regionais de Medicina (CRM) sobre balanço de um ano do PMM feito pelo governo federal³⁴:

1. A atuação de médicos estrangeiros sem revalidação de diploma pelo Revalida – Discursos mesclam preocupação com a liberdade de exercício da Medicina com preocupação com a população, que seria atendida por profissionais sem qualificação comprovada.
2. Abertura de novas escolas médicas – Aqui, mesclam-se a preocupação com a qualidade da formação das novas escolas médicas e a preocupação com a desvalorização do profissional médico caso comece a haver um excedente destes profissionais no mercado.
3. Faltam planos de carreira para o médico – Ressaltam a importância do papel de uma carreira para o provimento e fixação do profissional médico, mas omitem os papéis constitucionais de cada ente federativo do País nesse quesito.
4. Não há falta de médicos, mas uma má distribuição deles no território nacional – Discursos ignoram a urgência do provimento de atenção médica, junto com a desassistência médica e o fato de que a simples existência de médicos – das mais diversas especialidades – no território nacional não os tornam necessariamente disponíveis para trabalhar na AB.

O impacto da AB nos indicadores de internação hospitalar é amplamente conhecido, como revela o estudo de Mafrá³⁵, reforçado pela Pesquisa Nacional de Saúde, cuja publicação de 2013 evidenciou que, entre 2008 e 2012, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Brasil passou de 49,2% para 55,3%, enquanto as internações por condições sensíveis à AB caíram de 35,8% para 33,2%³⁶.

Entre dezembro de 2013 e abril de 2014, houve um “aumento médio de 33% na média mensal de consultas nos municípios que receberam o Programa”³⁷, com redução do número de internações hospitalares por hipertensão arterial sistêmica e diabetes³⁸. Ainda assim, após um ano do PMM, o Cremesp publica artigo dizendo: “O PMM completou um ano, em 22 de outubro último, registrando novos riscos à saúde dos pacientes. [...] Fica claro, assim, que o Mais Médicos dificilmente ajudará, de fato, o Brasil a superar suas carências em saúde”³⁹. Os principais argumentos do autor em relação aos riscos trazidos pelo programa giram em torno da não exigência da revalidação do diploma do médico formado em instituição estrangeira e a supervisão médica deste profissional, contínua e permanente, segundo ele, não estar acontecendo a contento.

Importantes estudos versam sobre as repercussões da escolha por um sistema de saúde pautado pela AB: assistência de menor custo, menor uso de medicamentos, melhores níveis de saúde, maior satisfação dos usuários e até mesmo a diminuição da desigualdade social^{40,41}.

A Constituição Federal (CF) de 1988 traz o conceito de dever do Estado à garantia do direito à saúde nos seus artigos 196 e 197; evidentemente, o PMM não está sendo entendido como uma estratégia de garantia imediata de direitos.

Entende-se que o que está fundamentalmente em confronto é o dever do Estado de garantir acesso universal à assistência à saúde prevista na CF *versus* o entendimento de que tal política tem a intencionalidade de intervir no exercício liberal da profissão, tal como ela é concebida no imaginário de atuação liberal-privatista, descrito por Ceccim et al.⁴² em artigo que analisa os imaginários presentes na formação dos profissionais de saúde em relação à regulação e ao exercício da profissão. Um trecho de um artigo publicado no site do CFM ilustra com nitidez tal percepção quando o autor analisa o PMM como “[...] medida inconstitucional e autoritária, decorrente exclusivamente de uma mentalidade

esquerdista que acredita que o indivíduo (neste caso, o médico) deve existir em função da sociedade [...]”⁴³.

Santos e Merhy⁴⁴ trazem o conceito de regulação como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando sua execução. Em Saúde, entendem o processo de regulação como a “intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde”⁴⁴. Parece-nos que não há o entendimento, por parte de muitos médicos e das entidades médicas, da necessidade de regulação, por parte do Estado, para a garantia da prestação de um serviço e a consequente entrega da assistência prometida pela legislação pertinente.

Desde o primeiro anúncio da vinda de médicos estrangeiros ao Brasil, em junho de 2013, as entidades médicas vêm apresentando fortes críticas ao PMM e realizando campanhas contra o programa voltadas à comunidade médica e sociedade brasileira como um todo, além de acionamentos judiciais frequentes (Figura 1).

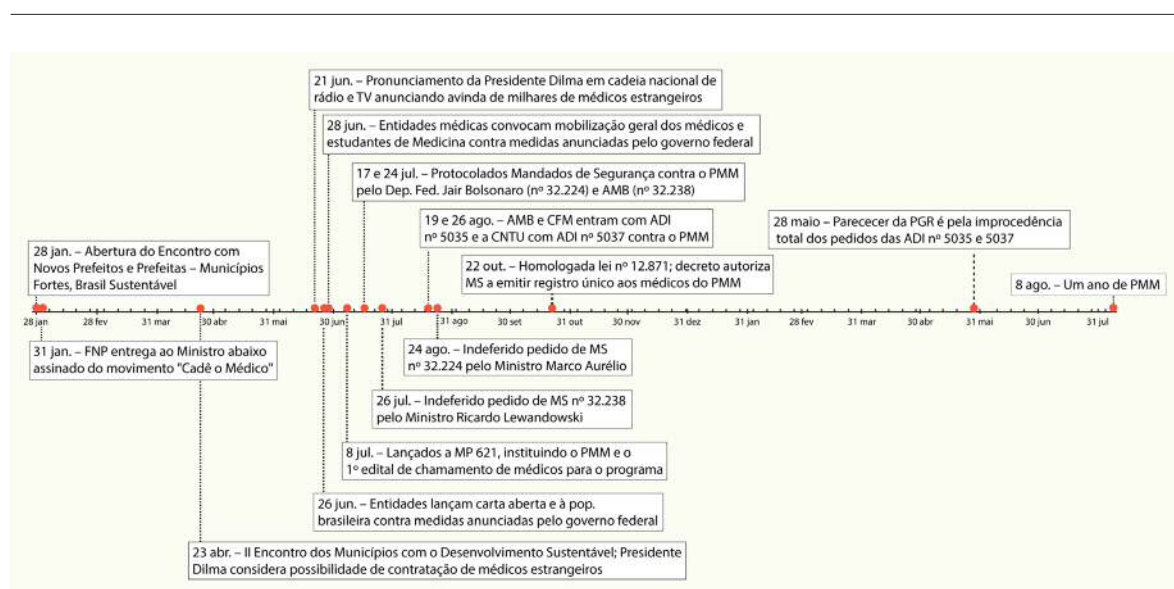


Figura 1. Linha do tempo com os principais marcos das tensões entre governo e entidades médicas

Autoria: Alessio MM

Mas essa não seria a primeira vez que as entidades se manifestariam contrariamente a políticas governamentais de regulação da força de trabalho médico no Brasil e no mundo. Exemplos recentes das reações de entidades e médicos ocorreram na Venezuela à ocasião da implantação do “Misión Barrio Adentro” naquele país em 2003, programa semelhante ao PMMB. Movimentos de depreciação do médicos estrangeiros e negação de atendimento a encaminhamentos feitos por estes à atenção secundária ou assistência farmacêutica aconteceram lá como acontecem aqui⁴⁵⁻⁴⁷. Médicos brasileiros chegam a submeter colegas estrangeiros a julgamentos sumários públicos ao expor suas prescrições identificadas em redes sociais e blogs⁽⁸⁾, negando-lhes o direito ao contraditório, à investigação e ao julgamento por órgão competente, no caso, os CRMs.

© <http://www.perito.med.br/p/cubanadas-na-saude-do-brasil.html>

Estes, por sua vez, entraram com ações judiciais para não serem obrigados a fornecer o registro temporário dos médicos estrangeiros do programa. No entanto, em sua decisão negando tal pedido, a justiça entendeu que tal negação visa à preservação de uma reserva de mercado aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidados no país e vitimiza os doentes e usuários dos órgãos do sistema público de saúde⁴⁸.

As ações mais contundentes contra o programa pelas entidades médicas foram os Mandados de Segurança (MS) pedindo suspensão imediata do PMM cerca de 10 dias do seu anúncio e as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) contra a MP nº 621/2013. Todas as ações questionam a urgência e emergência da situação de saúde no país, necessárias para justificar a edição de uma MP prevista na CF. A justificativa da urgência na suspensão do programa, por outro lado, residiria no “dano irreparável ou de difícil reparação à saúde do povo brasileiro”³³ quanto mais demorasse a decisão pela suspensão dos efeitos da MP nº 621/2013. Os pedidos foram apreciados e indeferidos¹¹.

Dessa forma, é possível perceber os importantes embates ocorridos no âmbito do PMM entre médicos e entidades médicas e o governo federal. O sentimento de que tal programa teria sido um ataque pessoal aos médicos do Brasil, culpabilizando-os pelos serviços de saúde insuficientes e desvalorizando o profissional brasileiro frente ao estrangeiro, também foi uma ideia amplamente difundida entre os médicos pelas entidades. A gestão, ao dizer que médicos estrangeiros eram necessários naquele momento por não haver médicos brasileiros interessados em trabalhar em determinadas localidades do país em número suficiente, teve a interpretação, por parte das entidades, de que tal escolha era entendida pelo governo como uma questão de caráter. Portanto, se a premissa do governo é de carência do profissional no mercado, o entendimento é de que os médicos não se disponibilizariam a atender a uma chamada para o programa, pois já estariam exercendo a Medicina em outras especialidades e ocupando um outro posto de trabalho que não na AB.

Morais e colaboradores⁴⁹ fizeram um levantamento, em dois grandes veículos de comunicação impressa, do caráter das notícias publicadas sobre o tema, bem como a sua implicação social para os leitores, no qual intentava-se analisar o impacto que o PMM alcançou na mídia. Percebeu-se que, tanto no conteúdo quanto nos títulos das matérias, prevaleceram as conotações pessimistas ou de cunho negativo.

No entanto, de junho a novembro de 2013, Carvalho⁵⁰ percebe que a imprensa passou a publicar mais informações e menos declarações sobre o tema. A autora cita a pesquisa da CNT/MDA de julho, setembro e novembro de 2013, na qual as opiniões a favor em relação à vinda de médicos estrangeiros para as regiões mais pobres do Brasil passaram de 49,7% para 84,3% e as contrárias, de 47,4% para 12,8%. “Dentro da perspectiva habermasiana, pode-se dizer que as necessidades do ‘mundo da vida’, do cotidiano do povo brasileiro, se sobressaíram às declarações e ao posicionamento das entidades médicas e daqueles que eram contra o PMM”⁵⁰.

Não deixa de ser preocupante perceber que grande parte dos que se opõem ao PMM, ao fazê-lo, assumem que realmente não há urgência ao acesso à assistência médica para quem não tem, sem se fazerem a pergunta se é razoável que as pessoas e famílias tenham que esperar anos até que se configurem centros formadores de excelência próximos às suas localidades e que os planos de carreira tenham sido projetados e estabelecidos para atrair os profissionais médicos.

Outros elementos para o debate

É preciso compreender o PMMB como iniciativa autolimitada dentro do PMM para entendê-lo e porventura apoiá-lo e é imprescindível reafirmar a urgência do investimento na provisão imediata de médicos, mas nem por isso negar as ações estruturantes e de longo prazo, visto que são complementares e não excludentes. São ações diferentes para problemas diferentes e, portanto, distintos resultados esperados. Importantes recursos federais já foram aplicados nas reformas e construção de novas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para qualificar a assistência⁵¹, mas o desafio de atrair médicos, que não depende apenas de condições de trabalho e remuneração, permanece intenso. A importante demanda das diferentes categorias da saúde por uma carreira que valorize e confira estabilidade e segurança ao trabalhador enfrenta dificuldades em sua execução em função do arranjo federativo e nas diferentes responsabilidades e capacidades de cada ente federativo na gestão de recursos humanos nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A expansão e interiorização de universidades federais entre 2003 e 2010 é notável⁵², melhorando o acesso de jovens e adultos ao ensino superior. Novas regras para abertura de cursos de Medicina também prometem propiciar acesso à profissão a milhares de jovens que nunca teriam a oportunidade de se deslocar para uma capital onde se concentram tal graduação, melhorando as taxas de fixação de médicos nessas localidades. Entretanto, é preciso destacar a preceptoria e os cenários de prática como nós críticos para o sucesso do programa de expansão de vagas de graduação e residência médica e da mudança curricular pretendida e reiterar a importância de investimento nesses setores.

É preciso ficar atento ao desenvolvimento do PMM na construção coletiva do SUS para garantirmos conquistas duradouras para o sistema de saúde brasileiro prometidas pelo programa, tais como qualificação de equipamentos e infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, mudanças curriculares efetivas que promovam a formação de profissionais com perfil para atuar no SUS e para as demandas do SUS e a criação do Cadastro Nacional de Especialistas. Condições de trabalho e qualidade do campo de prática para estudantes se formarem adequadamente também são questões indiscutíveis para o sucesso da ousada proposta do governo, que promete dobrar o número de vagas de graduação em Medicina e universalizar as vagas em programas de residência médica em um curto espaço de tempo. O foco no atual momento é a escassez do profissional médico, o que não pode desviar o foco da equipe multiprofissional, característica maior da AB.

Sugere-se ao Ministério da Saúde plano de comunicação adequado a respeito dos seus programas de governo, visando profissionais de saúde que ficam à mercê dos seus conselhos e representações de classe para fazer-lhes a síntese, tantas vezes distorcida por interesses diversos e que muitas vezes fogem ao coletivo, dos acontecimentos e contextos nacionais e internacionais. Particularmente em relação ao PMM, é necessário fazer-se entender que não há desvalorização do médico brasileiro na contratação emergencial de médicos estrangeiros para um fim específico.

Colaboradores

Maria Martins Alessio realizou a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo, tendo participado ativamente da discussão dos resultados e da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Maria Fátima de Sousa colaborou com a concepção do projeto e participou ativamente da discussão dos resultados e da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Sousa MF, Mendonça AVM. Mais Equipes de Saúde para o Brasil. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas, SP: Saberes; 2014. p. 629–68.
2. Ministério da Saúde (BR). 9ª Conferência Nacional da Saúde - relatório final [Internet]. 1992 [citado 3 Abr 2016]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf
3. COSEMS/SP Primeiro mês de seleção do Mais Médicos tem adesão de 3.511 Municípios [Internet]. 2013 [citado 29 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/227/primeiro-mes-de-selecao-do-mais-medicos-tem-adesao-de-3-511-municipios.html>
4. 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]. 2013 [citado 03 Feb 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2011 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
6. Chioro A. Mais Médicos: um ano - coletiva de imprensa [Internet]. 2014 [citado 25 Jan 2016]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/04/apresentacao-COLETIVA-1-ANO-MAIS-M-DICOS---04-09-1.pdf>
7. Callegari DC. Um ano depois, programa Mais Médicos ainda gera polêmica [Internet]. 2014 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24923:um-ano-depois-programa-mais-medicos-ainda-gera-polemica&catid=46:artigos&Itemid=18
8. Sá D. CFM diz que o programa Mais Médicos é “demagógico” e “eleitoreiro” [Internet]. 2013 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1341847-cfm-diz-que-o-programa-mais-medicos-e-demagogico-e-eleitoreiro.shtml>
9. Palácio do Planalto (BR). Discurso da Presidenta da República, Dilma Rousseff, na cerimônia oficial de abertura do II Encontro dos Municípios com o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2013 [citado 23 Abr 2016]. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos/discursos-da-presidenta/discurso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-na-cerimonia-oficial-de-abertura-do-ii-encontro-dos-municipios-com-o-desenvolvimento-sustentavel>
10. Frente Nacional de Prefeitos. Ministro da Saúde Alexandre Padilha, recebeu o abaixo-assinado com mais de 4.600 assinaturas recolhidas em 3 dias [Internet]. 2013 [citado 31 Jan 2016]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/2013/01/ministro-da-saude-alexandre-padilha.html>
11. Supremo Tribunal Federal (BR). Mandado de Segurança nº 32.238 - Decisão do Ministro Ricardo Lewandowski [Internet]. 2013 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/MS_32238_Programa_Mais_Medicos_MLewandowski.pdf
12. Nunes L. Deputado afirma que Mais Médicos não resolverá problema da saúde [Internet]. 2013 [citado 25 Mar 2016]. Disponível em: <http://cidadeverde.com/deputado-afirma-que-mais-medicos-nao-resolvera-problema-da-saude-140771>
13. Conselho Federal de Medicina. Entidades médicas confirmam saída das Câmaras e Comissões governamentais [Internet]. 2013 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24008:entidades-medicas-confirmamsaida-das-camaras-e-comissoes-governamentais&catid=3

14. WHO. Global forums on human resources for health [Internet]. Geneva: WHO; s.d. [citado 12 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/en/>
15. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014; 370(10):950–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1111610>
16. Chauí M. As manifestações de junho de 2013 na cidade de São Paulo [Internet]. 2013 [citado 25 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.teoriaedebate.org.br/materias/nacional/manifestacoes-de-junho-de-2013-na-cidade-de-sao-paulo?page=full>
17. IPEA. SUS é mais bem avaliado por quem utiliza o serviço [Internet]. 2011 [citado 12 Dez 2016]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7187
18. Conselho Federal de Medicina. CFM repassa dados de pesquisa sobre demografia médica ao Ministério da Saúde [Internet]. 2011 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22523:cfm-repassa-dados-de-pesquisa-ao-ministerio-da-saude&catid=3
19. Girardi SN, Carvalho CL, Farah JM, Araújo JF. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde [Internet]. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/FM/UFMG; 2010 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional Sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade [Internet]. Brasília; 2012 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf
21. Portaria nº 266, de 15 de fevereiro de 2012: Institui o Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento da Qualidade da Formação de Profissionais de Saúde e de Estudos de Necessidade de Profissionais de Saúde e de Especialistas para o SUS [Internet]. 2012 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0266_15_02_2012.html
22. Mullan F. The metrics of the Physician Brain Drain. *N Engl J Med*. 2005; 353(17):1810–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa050004>
23. Scheffer M, organizador. Demografia médica no Brasil. v. 2 [Internet], 2013 [acesso em 15dez2015]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>
24. CREMESP. Novos cursos de Medicina fazem mal à saúde [Internet], 2004 [acesso em 03abr2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=297>
25. Abramczyk J. Para AMB, há escolas médicas demais [Internet], 2006 [acesso em 03 abr 2016]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2910200623.htm>
26. Brandão J. Conselho de Medicina contra abertura de novas escolas médicas. [Internet]. 2011 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://blog.opovo.com.br/fisioterapiaesauade/conselho-de-medicina-contrabertura-de-novas-escolas-medicinas/>
27. Conselho Federal de Medicina. CFM condena decisão do Governo de abrir mais vagas em cursos de Medicina [Internet]. 2012 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22982:cfm-condena-decisao-do-governo-de-abrir-mais-vagas-em-cursos-de-medicina&catid=3
28. Laboissière P. Brasil não precisa de novas escolas de medicina, mas de mais vagas de residência médica, diz CFM [Internet]. 2012 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-12-11/brasil-nao-precisa-de-novas-escolas-de-medicina-mas-de-mais-vagas-de-residencia-medica-diz-cfm>

29. ABEM. Escolas Médicas [Internet]. s.d. [citado 10 Abr 2016]. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/escolas_medicas_sul2.php
30. StartClass. University of Minnesota Medical School Twin Cities [Internet]. s.d. [citado 10 Abr 2016]. Disponível em: <http://medical-schools.startclass.com/l/30/University-of-Minnesota-Medical-School-at-Twin-Cities>
31. Buchan J, Fronteira I, Dussault G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. *Hum Resour Health*. 2011; 9:17. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-9-17>
32. Silvestre A. Protesto - mobilização geral dos médicos [Internet]. 2013 [citado 15 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2917>
33. AMB, CFM. ADI nº 5035. [Internet]. 2013 [acesso em 22 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.conectas.org/arquivos/editor/files/ADI%20-%20mais%20m%C3%A9dicos%202.pdf>
34. CREMESP. CFM e CRMs divulgam comunicado conjunto sobre os dados do balanço do Programa Mais Médicos apresentados pelo Governo Federal [Internet], 2014 [acesso em 03abr2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3365>
35. Mafra F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil [Internet]. Brasília - DF [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011 [citado 29 Nov 2015]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/9156>
36. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas; Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet], 2014 [acesso em 12dez2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>
37. Tribunal de Contas da União (BR). Ata nº 25, de 1º de julho de 2015 - Sessão Ordinária [Internet]. 2015 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/CONSES/TCU_ATA_0_N_2015_25.pdf
38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mais Médicos - Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros [Internet]. 2015 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/livro-maismedicos-2015.pdf>
39. Rosa JL. Um ano de Mais Médicos: situação preocupante [Internet]. 2014 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3416>
40. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. 1994; 344(8930):1129–33. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
41. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *The Lancet*. 2008; 372(9647):1365–7. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61524-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61524-X)
42. Ceccim RB, Armani TB, Oliveira DLLC de, Bilibio LF, Moraes M, Santos ND. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(5):1567–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500021>.
43. Coutinho CMC. Programa “Mais Médicos”: a farsa [Internet], 2013 [citado 03 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24012:programa-qmais-medicosq-a-farsa&catid=46
44. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface (Botucatu)* 2006; 9(18):25–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>

45. da Ros MA, Henrique F, de Almeida Gama L, Goronzi TA, Soares GB. Atenção primária em saúde na Venezuela - Misión Barrio Adentro I [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 117 p. [citado 25 Set 2015]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/pdf/05_11_2009_10.01.59.0bdb12a2a59e248adcbc58733d001b8d.pdf
46. Martins D. No AP, farmácias recusam receitas prescritas por médicos cubanos [Internet]. 2014 [citado 22 Abr 2016]. Disponível em: <http://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2014/01/no-ap-farmacias-recusam-receitas-prescritas-por-medicos-cubanos.html>
47. Resende F. Clínica de MG que recusou exames de médica cubana pode ser punida [Internet]. 2014 [citado 22 Abr 2016]. Disponível em: <http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2014/08/clinica-de-mg-que-recusou-exames-de-medica-cubana-pode-ser-punida.html>
48. Palma N. STF e Justiça Federal indeferem liminares contra o programa Mais Médicos. 2013 [citado 22 Mar 2016]. In: Ministério da Saúde (BR). Blog da Saúde [Internet]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/?view=archive&month=8&year=2013>
49. Morais I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(2):112–20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800017>
50. Carvalho FC. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística [Internet]. In: Anais do 15º Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul; 2014; Palhoça - SC. [Internet]. São Paulo: Intercom; 2014 [citado 13 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.portalintercom.org.br/anais/sul2014/resumos/R40-0325-1.pdf>
51. Ministério da Saúde (BR). Departamento da Atenção Básica. Requalifica UBS [Internet]. s.d. [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/requalifica_ubs
52. Ministério da Educação (BR). SIMEC - Painel de Controle do Ministério da Educação [Internet]. s.d. [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: <http://painel.mec.gov.br/academico/mapaSupProf/acao/S>

Alessio MM, Sousa MF. Programa Más Médicos: elementos de tensión entre gobierno y entidades médicas. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1143-56.

En 2013 llegaron los primeros médicos del Programa Más Médicos. Su proceso de implantación estuvo cargado por disputas judiciales y embates ideológicos provenientes de médicos brasileños y sus entidades representativas. La iniciativa de creación del Programa fue considerada por las entidades médicas como una medida unilateral del Gobierno Federal, con fines electorales y sin planificación. El artículo rescata el proceso histórico que dio origen al Programa, destacando la tensión entre gobierno y entidades médicas. Se trata de un estudio exploratorio con investigación bibliográfica y documental. Analizando datos y tendencias nacionales e internacionales y discursos de médicos y sus entidades representativas, es posible inferir que el Programa no se ha entendido en su totalidad, que va más allá de la provisión inmediata de médicos. Además, el papel regulador del estado para cumplir la Constitución Federal se está confundiendo con interferencia en la autonomía de la profesión médica.

Palabras clave: Políticas públicas de salud. Recursos humanos en salud. Demografía, provisión y distribución. Internado y residencia. Planificación en Salud.

Submetido em 31/08/2016. Aprovado em 21/04/2017.