



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Sguario Kemper, Elisandréa; Machado Mendonça, Ana Valeria; de Sousa, Maria Fátima
Programa Mais Médicos: panorama da produção científica
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 9, septiembre, 2016, pp. 2785-2796
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047411017>

- 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: panorama da produção científica

The *Mais Médicos* (More Doctors) Program: panorama of the scientific output

Elisandrée Sguario Kemper¹
Ana Valeria Machado Mendonça¹
Maria Fátima de Sousa¹

Abstract Despite the progress achieved by the Primary Health Care and Family Health Strategy in the Unified Health System (SUS) challenges still remain with regard to the universality of access and the quality of services, one of the factors being the unequal distribution of physicians. The Brazilian Government established the Mais Médicos Program (More Doctors Program), in order to move forward in the provision, placement and training of physicians in the SUS. This study consists of a review of the literature of the Mais Médicos Program, in order to map and assess the scientific production on the Program, as well as summarize the findings and present the results of the analysis. Fifty-four publications were selected, which evaluate the Program in terms of effectiveness, analysis of the implementation process, the media and the statements of the actors and assessment of the legal and constitutional precepts. The criticisms and limitations found were also systematically analyzed. With respect to the analysis, evaluations of the Program are overwhelmingly positive, showing important changes in the work processes in services and training. The studies that show the Program as being an important instrument for the effective implementation of the right to health are highlighted.

Key words Primary Health Care, Mais Médicos Program, Access, Universal coverage

Resumo Apesar dos avanços conquistados pela Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família no SUS, ainda persistem desafios com relação à universalização do acesso e à qualidade dos serviços, tendo como um dos fatores a defasagem e a distribuição desigual de médicos. O Governo brasileiro propôs o Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil, considerado como um conjunto de medidas para avançar no provimento, fixação e formação de médicos no SUS. Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica do Programa Mais Médicos, com o objetivo de mapear e dimensionar a produção científica sobre o mesmo, bem como sistematizar os achados e apresentar os resultados a partir de uma análise crítica. Foram selecionadas 54 publicações, as quais avaliam o Programa Mais Médicos em termos de efetividade, de análise do processo de implantação, de análise da mídia e dos discursos de atores, da formação e da análise jurídica e constitucional. Foram também sistematizadas as críticas e as limitações encontradas. Com relação à análise, de forma geral, as avaliações do Programa são positivas, apresentando mudanças importantes no processo de trabalho nos serviços e na formação. Destaque para os estudos que apontam o Programa como um importante instrumento para a efetivação do direito à saúde.

Palavras-chave Atenção Primária em Saúde, Programa Mais Médicos, Acesso, Cobertura universal

¹ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Setor de Embaixadas Norte, lote 19. 70800-400 Brasília DF Brasil.
elisaskemper@gmail.com

Introdução

A universalização do acesso e a prestação de serviços de qualidade são desafios enfrentados pelos sistemas de saúde, os quais buscam estratégias e políticas que possam superá-los e responder às necessidades em saúde da população. Mesmo em países com sistemas universais e garantia constitucional, como é o caso do Brasil, na prática enfrentam dificuldades na concretização do Direito à Saúde.

Com suporte científico das evidências, é possível afirmar que países que possuem sistemas de saúde organizados a partir da Atenção Primária a Saúde (APS) apresentam melhores resultados, traduzidos em menores custos da assistência, melhores níveis, maior satisfação dos usuários e diminuição das desigualdades sociais¹⁻⁷.

A APS deve ser compreendida como um nível de atenção e cuidados essenciais em saúde, sustentada pelo princípio da integralidade, baseada em métodos e tecnologias cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, garantindo a plena participação popular⁸. Deve estar baseada nos elementos essenciais ou atributos que são acesso e primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além da atenção individual com foco na família e na comunidade⁹.

No Brasil, o fortalecimento da APS tem sido um processo gradativo, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a forma brasileira de organizar a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), mantendo os princípios do SUS e apoiada nos atributos da APS. Em 20 anos, a ESF ampliou a cobertura de 5% para 60%⁷, e com isso, trouxe impactos positivos na saúde da população, além de fortes evidências que demonstram que os resultados da ESF são muito superiores se comparados ao modelo tradicional da APS no SUS^{6,10}.

Apesar da importante expansão da ESF nos últimos anos, a capacidade de formação de médicos não acompanhou a mesma velocidade, assim como não se desenvolveram tecnologias suficientes para o planejamento adequado de recursos humanos em saúde⁷. A escassez de profissionais com perfil adequado para o cuidado integral, aliada à insuficiência e à má distribuição, é uma das principais barreiras para a universalização do acesso em saúde, sendo necessárias medidas que fortaleçam as habilidades e as competências e a distribuição equitativa dos profissionais nos serviços^{11,12}.

Nesse contexto é lançado o Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil, instituído pela Lei

nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, como uma proposta para avançar na solução dos problemas da APS no SUS, com medidas que intervêm na formação, na estrutura e no provimento de médicos nos serviços de APS. A vinda de médicos estrangeiros para atuar na Atenção Básica causou grande reação negativa das entidades médicas, com inúmeras disputas ideológicas e judiciais⁷.

Apesar das críticas, o PMM vai além da vinda em caráter emergencial de médicos estrangeiros, propondo também ações estruturantes para o SUS⁷, visando à ampliação do acesso e o fortalecimento do processo de trabalho na Atenção Básica (AB), intervindo na qualidade e na integralidade da atenção e no ordenamento da formação médica. Se trata de um Programa com um espectro de ações que variam de curto a longo prazo; de emergenciais a estruturais e que se desenvolvem em três eixos: (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 SUS¹³.

Frente a essa iniciativa do governo, em que se propõe a fortalecer a APS no SUS, com ampliação do acesso e cobertura aos serviços de saúde, dentre outras medidas, tornam-se necessárias pesquisas científicas que possam avaliar essa recente e complexa política pública, bem como, subsidiar a tomada de decisão e o aperfeiçoamento de estratégias futuras.

O PMM ainda não gerou um grande volume de artigos publicados, especialmente para a avaliação dos resultados efetivos do Programa¹⁴. Devido ao pouco tempo de criação do Programa, a hipótese é que muitas pesquisas estejam em desenvolvimento ou concluídas recentemente e ainda sem publicação. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo mapear e dimensionar a produção científica sobre o PMM, sistematizar os achados e apresentar os resultados a partir de uma análise crítica. A expectativa é de acrescentar elementos para a reflexão e a discussão sobre essa importante estratégia para o SUS.

Método

Trata-se de uma revisão bibliográfica do PMM, com a finalidade de fornecer um panorama científico e análise crítica da literatura selecionada. Este estudo se encaixa na definição de Vosgerau e Romanowski¹⁵, para revisão bibliográfica, que consiste em uma forma de mapear um campo do conhecimento, com a finalidade de compreensão dos movimentos da área, da configuração, das

propensões teóricas metodológicas e das análises críticas indicando tendências, recorrências e lacunas.

Esta revisão iniciou com a busca eletrônica nos bancos de dados do Medline, SciELO, Lilacs e BVS/Bireme, utilizando como descritor o termo 'programa mais médicos'. Em seguida, fez-se a busca por outros artigos a partir das referências citadas em estudos selecionados. Foi também utilizada como ferramenta de busca a Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos (<http://apsredes.org/mais-medicos/>), utilizando o título das pesquisas cadastradas na Plataforma para a busca no Google Acadêmico. Essa busca foi realizada entre os meses de janeiro, fevereiro, até 20 de março de 2016.

Para a seleção das publicações foram considerados como critérios de inclusão os estudos, artigos e demais publicações que citam o termo Programa Mais Médicos no título ou que tiveram como foco de estudo o Programa e que foram publicados entre os anos de 2014, 2015 e 2016. No total foram localizadas 82 publicações, sendo excluídos os trabalhos apresentados em congressos, os que não geraram artigos e publicações, ou matérias jornalísticas em mídias eletrônicas, blogs, páginas institucionais e redes sociais, chegando em 54 publicações consideradas para esta revisão bibliográfica (Gráfico 1). Além destes textos, outros 12 artigos foram selecionados como referência conceitual e metodológica ao texto.

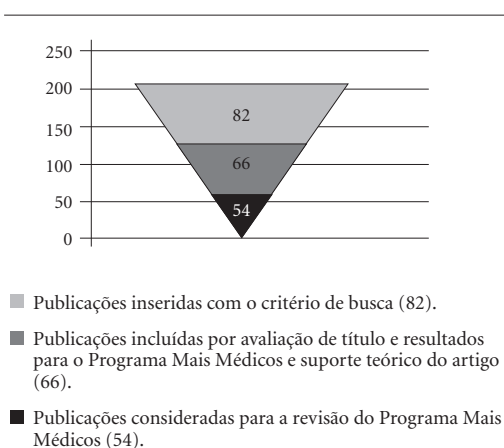


Gráfico 1. Número de publicações selecionadas neste artigo, a partir da aplicação de critérios de exclusão - Brasil, 2016.

Resultados e discussão

Foram considerados para a revisão do PMM o total de 54 publicações, sendo 37 em formato de artigo e 17 trabalhos acadêmicos, divididos em nove trabalhos de conclusão de curso ou monografias e oito dissertações de mestrado.

Os textos revisados foram organizados em seis categorias considerando o foco principal do estudo ou dos resultados apresentados. As categorias são: a) Análise da implantação do PMM (15 publicações); b) Efetividade (15); c) Mídia (8); d) Limitações e críticas (6); e) Formação (5); e f) Análise jurídica/ constitucional (5) (Quadro 1). O tema da efetividade foi dividido cinco subtemas, que são: acesso, cobertura e equidade; integralidade e longitudinalidade; mudanças do processo de trabalho e modelo de atenção; satisfação dos usuários; e intersetorialidade. Apesar de a maioria das publicações apresentarem resultados em mais de uma área ou tema, para fins dessa categorização, foram incluídos em apenas uma delas.

As áreas que tiveram mais publicações selecionadas foram as que incluíram os estudos da análise de implantação do PMM e sobre efetividade. A hipótese é que, por ser uma política recente, justifica-se o quantitativo de estudos que avaliam o PMM em relação ao processo de implantação ser mais elevado que as outras áreas e o interesse em avaliá-lo em termos de efetividade, trazendo subsídios para a sua legitimação e também produzir evidências para respaldar tanto as ações governamentais como dar respostas à sociedade.

Em suma, os estudos se propuseram a analisar e resgatar o processo histórico do PMM, a analisar o Programa com relação ao cumprimento das regras e sob a perspectiva dos atores sociais, tiveram análises comparativas, tanto com outros países quanto com as regras de recrutamento e fixação da Organização Mundial de Saúde (OMS), estudos sobre a satisfação dos usuários, sobre a ampliação do acesso e cobertura, com foco na equidade, sobre os impactos na formação, análises das principais mídias do País e estudos jurídicos na perspectiva da constitucionalidade do Programa e do Direito à Saúde. Destaca-se que oito trabalhos acadêmicos foram produzidos em área distintas da saúde, como por exemplo, na área de Direito, Administração, Ciências Sociais, Filosofia, entre outras, apontando para um despertar de interesse interdisciplinar gerado pelo PMM.

A seguir serão apresentados, de forma sistematizada e estratificada por categoria, os resultados da análise das publicações, com o foco nos resultados apresentados.

Quadro 1. Artigos selecionados para a revisão bibliográfica segundo o autor e a categoria.

Análise implantação do PMM	Efetividade	Mídia	Limitações e críticas	Formação	Análise jurídica/constitucional
Alessio M (2015)	Santos L. et al. (2015)	Segallin M. (2013)	Schefer M. (2015)	Castro T. (2015)	Carvalho G. (2015)
Baião D et al. (2014)	Silva R. e Sousa D. (2015)	Luz C. (2015)	Schanaider A. (2014)	Sousa MF. et al. (2015)	Silva S. e Santos L. (2015)
Couto M (2015)	OPAS (2015)	Morais I. et al. (2014)	Robespierre C. (2015)	Cyrino E. et al (2015)	Vasconcelos D. (2014)
Pinto H et al. (2014)	Pereira L. et al. (2015)	Scremin L. e Javorski E. (2013)	Caramelli B. (2013)	Santos B. et al. (2015)	Di Jorge F. (2013)
Santos M (2015)	Mendes B. (2014)	Carvalho F. (2014)	Campos G. (2015)	Sena I. et al. (2015)	Kamikawa G. e Motta I. (2014)
Bull WHO (2013)	Florentino A. (2014)	Souza L. (2014)	CEBES (2013)		
Mádson A (2015)	Souza B. e Paulette A. (2015)	Santos R. (2014)			
Campos G (2013)	Rojas V. (2015)	Landim I. (2013)			
Molina J et al. (2014)	Cruz M. (2015)				
Lima R et al. (2015)	Gonçalves R. et al. (2014)				
Collar J et al. (2015)	Bertão I. (2015)				
Rovere M (2015)	Silva R. et al. (2015)				
Oliveira F et al. (2015)	Brito L. (2014)				
González J. et al. (2015)	Silva I. (2014)				
Carvalho K. (2015)	Almeida E. et al. (2015)				

Análise da Implantação PMM

Para iniciar a reflexão sobre a análise da implantação do PMM, cabe citar os fatores desencadeantes do Programa, os que trouxeram à tona o debate político, geraram uma janela de oportunidade e se tornaram uma Questão Social. As mobilizações populares em junho de 2013, a marcha

dos prefeitos também naquele ano e a articulação dos tomadores de decisão, no âmbito político e institucional, agindo imbuídos do objetivo de eleger suas alternativas como a solução mais adequada ao problema evidenciado^{16,17}.

O processo de implantação do PMM foi permeado por disputas judiciais e embates ideológicos, tendo sido creditada pelas entidades médicas

como uma medida unilateral do Governo Federal, eleitoreira e sem planejamento⁷.

Mesmo considerando a hipótese de resposta as mobilizações sociais, autores ousam classificar a implantação do PMM como um modelo *top down* de políticas públicas, considerando que as estratégias e as soluções vieram de cima para baixo, apesar de reconhecer os esforços da política em efetivar o Direito à Saúde¹⁸.

Em agosto de 2013, iniciou a chegada dos primeiros médicos estrangeiros no âmbito do PMM. A demanda dos gestores municipais por médicos chegou a 15.460 vagas, as quais não foram preenchidas por profissionais brasileiros. Após um ano do início, o Programa contava com 14.462 médicos, atuando em 3.785 municípios e assistindo uma população de cerca de 50 milhões de pessoas⁷.

Considerando o alcance dos objetivos propostos para o processo de implantação, um dos artigos classifica o PMM como exitoso, uma vez que os editais de chamamento cumpriram os seus objetivos de contratação imediata, a adesão de médicos brasileiros no Programa aumentou e, com gestão descentralizada, mas com papéis bem definidos, a estrutura de contratação é clara e organizada¹⁹.

O PMM surge como resposta à necessidade legítima de fortalecimento da Atenção Básica, de expandir a cobertura da ESF, a qual vinha apresentando crescimento lento (1,5% ao ano), também com a proposta de distribuição mais equitativa dos médicos nos serviços, com foco na ampliação e universalização do acesso à saúde e, consequentemente, produzir impactos na qualificação da atenção^{17,18}.

Para além da provisão imediata de médicos, o PMM traz estratégias para reordenar a formação em saúde no País, como uma tentativa de cumprimento do papel regulador do Estado em efetivar o Direito à Saúde, conforme preconiza a Constituição Federal^{5,20-22}.

Em termos de possibilidades e potencialidades, o PMM se configura como um projeto transformador efetivo em defesa do SUS, como uma oportunidade de transformar a APS e de implantar o modelo de cuidados concebido pela ESF, contribuindo para a organização e o desenvolvimento das redes de atenção em saúde e a transformação do modelo de atenção^{23,24}.

Permite construir uma proposta de regionalização da formação médica fora dos grandes eixos populacionais e se configura como uma estratégia que possibilita novos compartilhamentos à equipe de atenção, podendo gerar um incremen-

to na produção de conhecimento e novas formas de cuidado²⁵.

Em perspectiva internacional comparada, o PMM se destaca pela magnitude e dimensão para atender a demanda dos municípios e também pelo diferencial, em termos de ética, já que, países com proporção de médicos por habitantes igual ou inferior ao Brasil não são elegíveis^{26,27}.

Com relação ao Projeto Mais Médicos (provisamento emergencial), é visto pelos cubanos como uma nova modalidade de colaboração, com diferencial em relação às outras missões de ajuda ou de cooperação médica, pela proposta de educação continuada, por meio de estratégias de aprendizagem durante todo o tempo de trabalho no projeto e diversas ofertas educacionais^{28,29}.

Efetividade

Cobertura, Acesso e Equidade

A falta de acesso à Atenção Básica atinge grande parte da população brasileira de regiões remotas, vulneráveis e nas periferias das grandes cidades, ocasionada em grande proporção pela escassez de profissionais médicos. O PMM contribui para a permanência de equipes completas em regiões de alta rotatividade profissional, permitindo o acesso e a equidade nos serviços a populações historicamente com restrições de acesso, a exemplo da população Quilombola. Dessa forma, é possível evidenciar que o PMM contribuiu para reduzir iniquidades, atendendo os municípios mais necessitados, os quais tinham as piores razões médico/ habitante, em situação de miséria e com mais necessidades em saúde²⁹⁻³³.

Em relação à cobertura e acesso efetivo às ações e serviços de saúde, o PMM, ao fixar profissionais médicos nas equipes, amplia a atenção à saúde em regiões carentes de profissionais e contribui para o incremento necessário à expansão da ESF³⁴. A ampliação do acesso pode ser verificada também pelo aumento na produção dos serviços e a produtividade das equipes³⁵.

Destaca-se que a cobertura do PMM é qualificada, uma vez que os profissionais cumprem a carga-horária preconizada, possuem formação adequada para atuar na Atenção Básica e estão em constante processo de aprendizagem e educação em serviço³⁵.

Em números, podemos observar que a quantidade de equipes de Saúde da Família aumentou no País mais de 10% entre maio de 2013 e maio de 2014. A cobertura populacional do PMM nos 10 primeiros meses era de cerca de 30 milhões de pessoas, especialmente em municípios caracterizados como 20% de maior pobreza³⁶.

A cobertura populacional da ESF no Estado de Pernambuco aumentou 5%, comparando os anos de 2011 e 2013 com 2014 e, considerando o parâmetro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de três mil pessoas por equipes, o PMM proporcionou acesso à população estimada de dois milhões de pessoas (junho de 2014). Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, com o PMM foi possível implantar 25 equipes de Saúde da Família no município^{37,38}.

Em termos de distribuição equitativa, observa-se que o número de municípios com escassez desses profissionais passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%). Na região Norte, 91,2% dos municípios que apresentavam escassez em 2013 foram atendidos, com provimento de 4,9 médicos por município em média (a maior razão entre regiões). No Estado de Pernambuco, dos 143 municípios participantes, 103 (72%) estão enquadrados na situação de pobreza e neles foram alocados 58% dos médicos do Projeto^{17,29,37}.

Dos municípios com cobertura do PMM, cerca de 400 nunca haviam tido profissionais médicos. Destaca-se ainda os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos em todo País, que nunca tiveram médicos e contam hoje com 300 profissionais. Por exemplo, os Ianomâmis em 2013 tiveram cerca de 500 atendimentos médicos, em 2014 o número de atendimentos passou para sete mil, com 15 médicos cubanos dedicados à etnia com exclusividade (99% dos médicos que atendem a população indígena no Programa são cubanos)³⁹.

Integralidade e longitudinalidade

As pesquisas demonstram que no PMM foram identificadas práticas e ações em saúde na perspectiva da atenção integral, bem como, uma concepção ampliada do processo saúde-doença. O PMM ampliou a oferta de ações e serviços desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos e proporcionou uma relação de vínculo e maior proximidade com os usuários que, além de fortalecer a integralidade, contribui para a longitudinalidade (continuidade dos cuidados ao longo do tempo), sendo facilitada pela permanência do profissional médico na equipe por mais tempo^{32,39,40}.

O atributo da longitudinalidade na Atenção Básica foi identificado, considerando que o médico conhece os aspectos pessoais da vida dos seus pacientes, podendo representar o estabelecimento de uma relação pessoal de longa duração. Foi possível perceber a construção de uma rela-

ção mais aberta e comunicativa entre médico-paciente, bem como, de respeito e proximidade entre o médico e a equipe de saúde, o que tem fortalecido a integralidade nas ações em saúde desenvolvidas³⁹.

Mudança no Processo de trabalho e Modelo de Atenção

Assim como outros sistemas de saúde, o SUS enfrenta o desafio da tripla carga de doenças e a crise causada pelo desencontro entre as condições de saúde e um sistema voltado para o atendimento de condições agudas, que é reativo, episódico, focado na doença e sem o protagonismo dos usuários no próprio cuidado^{2,5}.

A inserção dos médicos nas equipes de Saúde da Família fortalece e expande a capacidade de intervenção na perspectiva da adoção de um modelo de atenção que atenda as necessidades em saúde. Agrega novas práticas e formas de cuidado, traz novos compartilhamentos, fortalece a integração das equipes, apoiando a organização dos serviços e contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica^{25,29,32}.

Os estudos apresentam evidências de melhoria nos processos de trabalho, como por exemplo, os relatos de gestores e profissionais de saúde, citando que a integração do profissional médico ampliou a capacidade de diagnóstico dos problemas do território, bem como trouxe mais agilidade e continuidade no tratamento dos usuários. Mudanças também foram observadas na qualidade da atenção a partir do PMM^{25,41}.

Com relação à atenção a grupos populacionais específicos é possível destacar a melhora na organização e oferta dos serviços à população Quilombola, o fortalecimento das relações entre a equipe e a maior articulação entre os profissionais. Da mesma forma em uma comunidade indígena, com o peso da formação acadêmica dos médicos intercambistas, especialmente os cubanos, foi possível interferir positivamente na atenção à saúde, com destaque para o conhecimento sobre plantas medicinais e as visitas domiciliares com uma visão mais holística^{33,42}.

Satisfação dos usuários

Além de demonstrar que os usuários das Unidades Básicas de Saúde estão mais satisfeitos com o atendimento médico dos profissionais do PMM, são pontuadas diferenças concretas na assistência prestada pelo médico cubano e pelo médico brasileiro. Em muitos aspectos, o aten-

dimento do médico cubano é qualificado pelos usuários como superiores aos dos brasileiros, com ênfase na questão de ouvir, olhar ou dar atenção, interesse, educação e respeito⁴³.

Observou-se também, em um dos estudos, o alto grau de satisfação dos usuários considerando as dimensões de “tempo de espera para agendar a consulta” e “atendimento durante a consulta”²⁹.

Resultados de uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (Ipespe) em 2014 revelou que 85% dos usuários avaliaram que o atendimento médico ficou ‘melhor’ ou ‘muito melhor’ após a chegada de profissionais estrangeiros por meio do PMM. Outros 87% apontaram melhora na atenção profissional durante a consulta. Ainda de acordo com a pesquisa, 60% destacaram como ponto positivo a presença constante do médico e o cumprimento da carga horária e 46% disseram que o acesso às consultas melhorou³⁹.

Intersetorialidade

Além da natureza do PMM ser intersetorial, ou seja, já iniciou como uma política articulada entre os Ministérios da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC) e Ministério do Planejamento, destaca-se o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em que todas as ações prevista na Lei fazem referência a atos conjuntos do MS e do MEC⁴⁴.

No decorrer das ações de execução do PMM é possível identificar a materialização da intersetorialidade, seja pela discussão da formação, voltada para as necessidades do SUS, tanto nos cursos de graduação como de residência, na abertura de novas vagas de medicina e no espaço dado a Atenção Básica nas discussões das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)⁴⁴.

Um exemplo claro de articulação intersetorial é a estratégia de apoio integrado ao Programa implantada pelo MEC, que tem se apresentado como uma ação de gestão articulada, que exige diálogo e colaboração, aproximando os diferentes níveis de gestão e execução do PMM e contribuindo para a melhoria da Atenção Básica e do Sistema de Saúde brasileiro⁴⁵.

Limitações e críticas

Esta revisão não tem a intenção de contrargumentar as limitações e as críticas apresentadas, assim como os outros temas deste artigo, a ideia foi de sistematizar e apresentá-las ao leitor, forne-

cendo subsídios para o debate e a reflexão. Cabe ressaltar que os textos incluídos neste tema – limitações e críticas – são, em sua maioria, textos de opinião, editorial ou debate.

Como limitação, destaca-se a preocupação com a sustentabilidade do PMM, considerado como uma medida de caráter provisório e imediatista, corre o risco de se tornar apenas um modelo paliativo, de curto prazo e com custo elevado, permanecendo os mesmos problemas quando finalizado o seu prazo de duração^{16,35}.

Nessa linha, também são identificadas críticas no sentido de o PMM ser considerado como uma resposta aos problemas estruturais do SUS, no sentido de que, respostas políticas e temporárias como o PMM, não são suficientes para enfrentar problemas estruturais, os quais exigem medidas estruturantes e de longo prazo, com maior disponibilidade de recursos para a área da saúde como um todo, com investimento em infraestrutura, recursos humanos, tecnologia, entre outros^{20,35}. Para um dos autores, uma saída apontada é a necessidade de se definir uma Política de Pessoal do SUS, condizente com a complexidade das necessidades em saúde dos brasileiros²².

Um dos artigos aponta, de forma mais incisiva, o PMM como uma medida que caminha na contramão da história, privilegiando a quantidade em detrimento da qualidade. A abertura de novas vagas de medicina, de residência e a ampliação numérica de médicos, segundo os autores, não irá contribuir efetivamente para a mudança de estilo de vida da população, tampouco resolverá a questão da alocação equitativa dos profissionais, os quais, na primeira oportunidade irão buscar o setor privado, com suposta alternativa profissional mais compensadora e o contato com os grandes centros^{46,47}.

Outros aspectos do PMM também são alvo de críticas, como a autorização dos profissionais para o exercício da medicina sem treinamento adequado e sem ambientação cultural e linguística, o valor pago aos médicos intercambistas cubanos, a restrição ao trânsito livre dos familiares dos médicos cubanos, o limite da disponibilidade de migração de médicos, as inadequações na execução das atividades de supervisão e tutoria, as substituições de médicos contratados por médicos intercambistas, a alocação de médicos em locais já saturados, a forma de contrato e o processo de recrutamento, a extensão do curso de medicina e o apoio à expansão de universidades privadas^{48,49}.

Outro ponto destacado como uma limitação é o fato de o Brasil apresentar um contexto

mais adverso que outros países, pois, somado às desigualdades regionais de distribuição de médicos, está o subfinanciamento do SUS e a disputa acirrada com o setor privado. Além disso, com o PMM ficou evidente a impossibilidade dos municípios implementarem a Atenção Básica com qualidade, sustentabilidade e cobertura da população. Somente com a interferência direta do MS, foi possível contratar e fixar médicos ao SUS em curto tempo^{22,34,49}.

Por fim, em artigo que analisa as tendências e os elementos que aparecem em discursos ligados a médicos e suas entidades representativas é possível inferir que o PMM pode não estar sendo compreendido na sua totalidade, que vai além da provisão imediata de médicos em lugares desassistidos, assim como, a interpretação equivocada de que o Estado, cumprindo o seu papel na regulação da formação, está interferindo na autonomia da profissão médica⁷.

Mídia

Desde o anúncio oficial, o PMM vem gerando intenso debate e movimentando as mídias e redes sociais, estando presente na cobertura jornalística, no debate público, nos pronunciamentos do Governo Federal e das entidades médicas. A mídia se constitui como uma importante ferramenta a um determinado propósito, bem como, uma peça chave na implementação de uma Política Pública, podendo contribuir para seu fracasso ou sucesso⁵⁰.

Em geral, as análises destas pesquisas demonstram clara divisão de interesses e de posicionamentos sobre o PMM e um forte viés político, com pautas que priorizam a contraposição das entidades representativas da corporação médica com o Governo Federal, o pouco aprofundamento dos conteúdos relativos à área da Saúde Pública e a ausência da voz do usuário. Foram destacados os aspectos relativos à nacionalidade dos médicos, a validação do diploma estrangeiro e o registro profissional. Sugerem o PMM como uma política eleitoreira e aponta supostas falhas na organização e nas regras⁵¹⁻⁵³.

Com relação aos estudos que apontam análises dos discursos dos médicos e das entidades representativas, percebe-se um posicionamento discriminatório, desqualificando os médicos estrangeiros e sugerindo a superioridade dos brasileiros, havendo uma mudança do discurso com relação aos médicos cubanos à medida que o Programa se consolida. Os resultados também apontam para a conclusão que os médicos bra-

sileiros apresentam dificuldades em aceitar mudanças que possam beneficiar um público, que não somente o da medicina, enquanto coletivo profissional⁵⁴⁻⁵⁶.

Um estudo analisou o debate sobre o PMM na página do *Facebook* do Ministério da Saúde e concluiu que pode até representar um tipo de participação por ter argumentos circulando, porém, esses não se sustentam pela pouca adesão e baixa legitimidade, considerando que apenas 0,18% da população teceu comentários acerca das postagens⁵⁷.

Formação

Um importante objetivo que consta na lei que cria o PMM é a transformação do processo de formação de médicos no Brasil, em uma tentativa clara de apontar a formação para o cuidado integral e as necessidades da população e do SUS. Finalmente, o Estado vem ao encontro do reordenamento da formação em saúde¹⁷.

As análises demonstram evidente incompatibilidade no Brasil entre o atual modelo de prática médica e o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde. Apontam também que o PMM constrói medidas estruturantes para aprimorar a formação médica e responde à legislação do SUS, que ordena novas práticas⁵⁸⁻⁶⁰.

As mudanças que são apontadas na Lei se referem aos cursos de graduação de medicina, ordenando os locais de abertura de novas vagas e exigindo a adequação dos currículos às novas Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). A Lei também aponta para mudanças nas residências de algumas especialidades, sendo necessário fazer no mínimo um ano de Medicina Geral e Comunitária.

As políticas públicas atuais parecem estar indo ao encontro dos apontamentos internacionais de se investir na formação de médicos de família, em número suficiente para um sistema de saúde centrado na APS. Resultados apontam que a Lei que cria o PMM representa uma importante evolução nas ferramentas de gestão de recursos humanos em saúde, além de mudanças e maior rigor na aplicação das DCN para formação de médicos no país, com ênfase na Atenção Básica⁷.

Com relação à formação em serviço, ficou demonstrado que o PMM tem um grande potencial pedagógico⁵⁸, contribuiu para a melhoria dos processos de aprendizado e que, a integração ensino, serviço e comunidade, aumentou o grau de satisfação dos estudantes de medicina e o en-

tendimento dos alunos sobre a importância das práticas na comunidade e o potencial de aprendizado na graduação de medicina^{61,62}.

Análise jurídica/constitucional

Os estudos que trazem análises jurídicas e constitucionais do PMM apontam para o Programa como uma Política Pública que reafirma o Direito à Saúde, sob a perspectiva de garantir a efetividade jurídica e constitucional e com a prerrogativa de melhorar os níveis de saúde da população. O PMM obedece e é compatível com arcabouço jurídico-constitucional brasileiro e apresenta-se como instrumento indispensável de eficácia social ao Direito à Saúde^{18,63-65}.

Contraditoriamente, um único estudo encontrado, realizado ainda sobre a Medida Provisória (MP 621/13) anterior a Lei que cria o PMM, conclui que a MP viola as regras básicas constitucionais e impede a correta prestação de serviço público de saúde. Considera a MP como um ato de império do governo, incompatível com o que se espera dos atos discricionários da Administração Pública⁶⁶.

Considerações finais

O SUS avançou no processo de reorganização da Atenção Básica, inclusive com a ampliação da cobertura e implementação da ESF, como uma proposta de um novo modelo assistencial. Porém, ainda persistem desafios no sentido de melhorar a qualidade da atenção e a ampliação do acesso, rumo a um sistema universal em saúde. Com a intenção de enfrentar um dos nós críticos da Atenção Básica, o governo brasileiro propôs o PMM, considerado como um conjunto de medidas para avançar no provimento, fixação e formação de médicos para o SUS.

O processo de implementação do PMM foi permeado por debates e críticas em torno da forma como foi estruturado, da real efetividade e, principalmente, com relação à sustentabilidade, uma vez que se trata de um Programa ancorado no Ministério da Saúde e de caráter provisório. Porém, com o apoio de pesquisas científicas, é possível analisá-lo sob a ótica das mudanças positivas que estão acontecendo, pelo processo de cooperação e troca de conhecimentos entre os profissionais e, em especial, a satisfação dos usuários.

Com relação à análise das publicações selecionadas, destaca-se que, de forma geral, os resultados das avaliações do PMM são positivos,

apontando resultados satisfatórios em relação à ampliação do acesso, à equidade, à satisfação dos usuários e à humanização do cuidado. Foram identificadas práticas inovadoras e mudanças nos processos de trabalho, com destaque para a prática do cuidado integral e a longitudinalidade. Há que destacar também a troca de conhecimentos, em âmbito bidirecional, entre profissional médico intercambista e as equipes de saúde na produção do cuidado, contribuindo para o aperfeiçoamento das práticas e formação em serviço e consequentemente para a melhoria dos resultados em saúde.

Resultados indicam que o PMM tem um forte potencial para o reordenamento da formação em saúde, voltados para a necessidade do País e do Sistema de Saúde, com a retomada do papel regulador do Estado na condução desse processo, o que se caracteriza como uma resposta a um problema estrutural do SUS.

Do ponto de vista deste artigo, o resultado mais importante são as evidências de que o PMM representa uma Política Pública que obedece aos preceitos constitucionais e é um importante instrumento para a efetivação do Direito à Saúde.

Colaboradores

ES Kemper participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e da redação do artigo. AVM Mendonça participou da revisão do artigo. MF Sousa participou da aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos

Agradecimento especial a Ariel Delgado Ramos pelo apoio na elaboração do gráfico.

Referências

- Giovanella L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Saúde em Debate* 2014; 51:30-37.
- Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Souza CRP. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde Soc* 2011; 20(4):991-1004.
- Chueiri PS. *Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela Atenção Primária no Brasil* [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina; 2013.
- Diretoria Nacional (CEBES). O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!. *Saúde em Debate* 2013; 37(97):200-207.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OCDE) Countries. *HSR* 2003; 38(3):831-865.
- Alessio MM. *Análise da Implantação do Programa Mais Médicos* [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde; 2015.
- Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):1325-1335.
- Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- Frenk J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *Lancet* 2015; 385(9975):1352-1358.
- Cassiani SHB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22(6):891-892.
- Brasil. 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* 2013; 23 out.
- Baião DC, Leônidas SR, Lins CFM. Avaliação do Programa Mais Médicos: uma revisão da literatura. *XIV Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2014.
- Vosgerau DSAR, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Rev. Diálogo Educ.* 2014; 14(41):165-189.
- Couto MP. *O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil* [dissertação]. Curitiba: Pós-Graduação em Políticas Públicas; 2015.
- Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg. Saúde Debate* 2014; 51:105-120.
- Santos MCF. *Programa Mais Médicos. Estrutura do Programa Mais Médicos e Implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil* [monografia]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2015.
- Bull World Health Organ. *Funding, Flexible management needed for Brazil's health worker gaps* 2013. Francisco Eduardo de Campos – Entrevista. [acessado 2016 mar 10] Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-031113/en/>
- Mádson AMD. *Dificuldades de se proporcionar mais médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS)* [dissertação]. Brasília: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FACE; 2015.
- Campos GWS. A Saúde, o SUS e o Programa “Mais Médicos” 2013. *RADIS Comunicação e Saúde* [acessado 2016 mar 10] Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos>
- Molina J, Suárez J, Cannon LRC, Oliveira G, Fortunato MA. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil Mais Médicos. *Divulg. Saúde Debate* 2014; 52:190-201.
- Lima RCGS, Garcia Jr CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4):67-80.
- Collar JM, Almeida Neto JB, Ferla AA. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. *Saúde em Redes* 2015; 1(2):43-56.
- Rovere MR. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):635-636.
- Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. “Mais Médicos”: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
- González JEC, Morales ECL, Ramos AD. Proyecto “Mais Médicos para Brasil”: nueva modalidad de colaboración cubana en el exterior. *Rev Edumecentro* 2015; 7(1):171-177.
- Carvalho KSR. *Programa Mais Médicos e as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre atração, retenção e recrutamento de médicos para áreas rurais e remotas* [monografia]. Brasília: Faculdade de Saúde Coletiva; 2015.
- Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552.
- Silva RJO, Sousa D. O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua Implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão, PB. *REUNIR: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade* 2015; 5(3):59-75.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas*. Brasília: OPAS; 2015.

32. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de caso em Comunidades Quilombolas. *Revista da ABPN* 2015; 7(16):28-51.
33. Schefer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):637-640.
34. Mendes BC. *O Programa Mais Médicos trará bons resultados?* [monografia]. Brasília: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade; 2014.
35. Florentino Júnior AL. *Mais Médicos e Mais Cobertura? Efeitos iniciais do Projeto Mais Médicos na cobertura da Atenção Básica no Brasil* [monografia]. Brasília: UNB; 2014.
36. Souza BPA, Paulette AC. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4):11-34.
37. Rojas VC. *Impactos na Atenção Básica no município de Pelotas-RS com a implantação do Programa Mais Médico* [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Administração; 2015.
38. Cruz MAC. *A integralidade nas práticas de saúde após a implantação do Programa Mais Médicos: A experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia-Juatuba/MG* [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2015.
39. Gonçalves RC, Ribeiro CLM, Medeiros MR, Souza MT, Kunitake CST. Projeto Mais Médicos para o Brasil – Uso de instrumentos de avaliação e acompanhamento dos profissionais – município de São Paulo (julho-dezembro 2014). XXIX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. [acessado 2016 mar 10] Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sms-10210>
40. Bertão IR. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4):217-224.
41. Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares TO. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(1):1005-1014.
42. Brito LM. *Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico* [monografia]. Brasília: Graduação em Saúde Coletiva; 2014.
43. Silva IEP. “Tem hora que a gente se pergunta por que é que não se junta tudo numa coisa só?” *Programa Mais Médicos para o Brasil: Caminhos da Intersetorialidade* [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Educação; 2014.
44. Almeida ER, Germany H, Firminiano JGA, Martins AF, Dias AS. Projeto Mais Médicos para o Brasil: A experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4):49-66.
45. Schanaider A. Mais ou menos médicos! *Rev. Col. Bras. Cir.* 2014; 41(5):303-304.
46. Robespierre CR. Programa Mais Médicos: um equívoco conceitual. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):421-424.
47. Caramelli B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2013; 59(5):407-408.
48. Campos 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):641-642.
49. Segallin M. *O Programa Mais Médicos: Um estudo de imagem a partir da revista Veja* [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação; 2013.
50. Luz CA. *O Programa Mais Médicos em uma abordagem lexical: representação social e repercussão científica* [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina; 2015.
51. Moraes I, Alkimin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, Rosas W, Mendonça AV, Sousa MF. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(2):112-120.
52. Scremin L, Javorski E. O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do Programa Mais Médicos. In: *9º Ciclo de Debates sobre Jornalismo UniBrasil*. Curitiba: UniBrasil; 2013.
53. Carvalho FC. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. In: *XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul*; 2014.
54. Souza L. *Representações do “Programa Mais Médicos” pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina* [dissertação]. Brasília: Instituto de Letras; 2014.
55. Santos RSO. *Médicos Brasileiros Conservadores: O Programa Mais Médico pela Retórica da Intransigência* [dissertação]. Brasília: Graduação em Saúde Coletiva; 2014.
56. Landim IC. Um estudo sobre a relação entre a Democracia Digital e a Participação Política a partir do debate sobre o Programa Mais Médico no Facebook: *Mídia e Cotidiano* 2013; 3(3) [acessado 2016 mar 10]. Disponível: <http://www.ppgmidiaecotidiano.uff.br/ojs/index.php/Midecot/article/view/60>
57. Castro TF. *Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
58. Sousa MF, Franco MS, Rocha DG, Andrade NF, Prado EAJ, Mendonça AV. Por que mais médicos no Brasil? Da política à formação. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4):159-174.
59. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2015; 19(1).
60. Santos BEF, Sena IS, Alves CP, Batista NA, Nazina MTST, Moraes LSS. Avaliação discente sobre interação ensino, serviços e comunidade em equipes de saúde integradas ao Programa Mais Médico no Estado da Amazônia. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4):123-136.

61. Sena IS, Guerreiro LC, Ribeiro AC, Morais LSS, Nazima MTST, Santo BEF. Percepções de estudantes de medicina sobre a experiência de aprendizado na comunidade dentro do programa mais médicos: análise de um grupo focal. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4):81-95.
62. Carvalho GL. *Enfrentando paradoxos: A análise constitucional do Programa Mais Médico como afirmação ao direito à saúde* [dissertação]. Pouso Alegre: Faculdade de Direito do Sul de Minas; 2015.
63. Silva SM, Santos LMP. Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2015; 4(2):68-82.
64. Vasconcelos D. Programa Mais Médicos: Exegese Constitucional da Política, Direitos Sociais e Políticas Públicas III CONPEDI, Florianópolis, SC; 2014.
65. Di Jorge FM. Estudo jurídico do Programa Mais Médicos. *ADV: Advocacia Dinâmica - Seleções Jurídicas* 2013; 14-26.
66. Kamikawa GK, Motta ID. Direito à Saúde e Estudo da Política Pública do Programa “Mais Médicos”. *Revista Jurídica Cesumar – Mestrado* 2014; 14(2):341-367.

Artigo apresentado em 28/03/2016

Aprovado em 30/06/2016

Versão final apresentada em 02/07/2016