

MARIA MARTINS ALESSIO

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS

BRASÍLIA, 2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA MARTINS ALESSIO

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^ª Dra^ª Maria Fatima de Sousa

BRASÍLIA, 2015

MARIA MARTINS ALESSIO

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Maria Fátima de Sousa (Presidente)

- Universidade de Brasília (UnB) -

Prof^ª Dr^ª Dais Gonçalves Rocha (Examinadora)

- Universidade de Brasília (UnB) -

Prof^ª Dr^ª Eliana Goldfarb Cyrino (Examinadora)

- Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) -

Prof^ª Dr^ª Karin Eleonora Sávio de Oliveira (Examinadora Suplente)

- Universidade de Brasília (UnB) -

*A todos(as) que se
aventuraram a sair da
gaiola para conhecer
o céu azul*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e ao meu pai, Malu e Ricardo, pelo amor incondicional e guias para vida inteira;

Aos meus irmãos, Filipe e Pedro e minhas cunhadas Renata e Julieta, pelas corujices de irmãos(ãs), pelo exemplo de Vida e de Academia;

Aos meus sobrinhos, Samuel, Tobias e Tomás, pela explosão de amor e alegria de cada encontro;

A Samuel, pelo amor, cuidado e paciência e à sua família, pelo carinho e acolhimento nos primeiros e seguidos tempos de Brasília;

Aos amigos do DEGES, Silvia, Monica, Fabíola, Wandrei, Fernão, Bárbara, Wania, Valéria e Claudinha, Nubia e Ivanildes...pelo companheirismo e alegria das primeiras e muitas horas no Ministério e cada um que faz e fez a SGTES, que represento com Marizete, Paulinha, Anninha, Rapha, Léo e Jucélia;

Aos amigos do DEPREPS, Erikinha, Evellin, Luciana, Cristiano, Luana, Tim, Liu, Talita e toda a equipe que, com muita alegria e algumas lágrimas, levaram o Programa Mais Médicos adiante para ser o que é;

À minha equipe da CPLAD, Gal, Aline, Fabiana, Cassia, Cintia, Vanessa, Sid, Felipe, Tiago e Denise Mafra. Obrigada, aprendi e cresci tanto com vocês!

A Paulo Abati, Renato Antunes e Paulo Seixas pela sintonia, amizade e aprendizado;

Aos amigos do DAMUC, que estão comigo ontem e hoje e mantêm a medicina como uma linda profissão, plural e generosa;

A Clezio, meu exemplo de médico e de mestre; a Paulette e Bernadete Antunes pelo exemplo de militância pelo SUS, na Academia e fora dela;

Às amigas e companheiras de Mestrado, Aline, Charleni, Janaína, Kelly, Mayara e Pauline, que tornaram a caminhada mais leve e colorida;

A Eliana Cyrino e Dais Rocha, por terem aceitado compor minha banca examinadora e pelas valiosas contribuições e discussões geradas das suas intervenções;

A Fatima Sousa, pelo seu exemplo, por acreditar e me apoiar;

A Monica Sampaio, por me abrir os caminhos e me ensinar que competência combina com carinho e humanização nas agruras de uma Gestão Federal;

A Felipe Proenço, pela dedicação ao trabalho, pelo apoio e aprendizado;

A Mozart Sales, pela competência e dedicação ao SUS; por me incentivar sempre a ir em frente;

A Heider Pinto, pela garra e dinamismo;

A Alexandre Padilha, pela coragem de enfrentar os poderosos em nome dos pequeninos e abrir novos tempos para o SUS;

A Brasília, por ser linda por ter me apresentado novos e preciosos amigos e ter me acolhido com sua diversidade de sotaques, seus ipês, seu lago e seu céu;

*“O mundo, redargüiu
o canário com certo
ar de professor, o
mundo é uma loja de
belchior, com uma
pequena gaiola de
taquara, quadrilonga,
pendente de um
prego; o canário é
senhor da gaiola que
habita e da loja que o
cerca. Fora daí, tudo
é ilusão e mentira”*

Idéias do Canário

(Machado de Assis)

RESUMO

A Atenção Básica vem ampliando sua cobertura populacional de forma acelerada desde sua implantação no Brasil, na década de 1990. Em 20 anos, a Estratégia de Saúde da Família estendeu sua cobertura de 5% para 60%, mas a capacidade de formação de médicos para ocupar tais posições não se desenvolveu na mesma velocidade, assim como não se desenvolveram tecnologias suficientes para o planejamento adequado de recursos humanos em saúde. Neste contexto é lançado o Programa Mais Médicos em julho de 2013 com ênfase na vinda de milhares de médicos estrangeiros para atuar na Atenção Básica, causando grande reação negativa das entidades médicas com inúmeras disputas ideológicas e judiciais. Este trabalho se propõe a lançar um olhar sobre os elementos de tensão entre Entidades Médicas e Governo no processo de implantação do Programa Mais Médicos e estudar o processo de evolução da regulação da formação de especialistas no país, na modalidade Residência Médica. Para tanto, optou-se por uma abordagem qualitativa no formato de estudo exploratório, utilizando-se de pesquisa bibliográfica e documental, assim como uma abordagem quantitativa na análise dos números de vagas de residência médica no país, com análise estatística descritiva dos dados. Os resultados apontam para melhora na capacidade de regulação de vagas para formação de especialistas no Brasil nos últimos cinco anos, sobretudo com o advento do PRÓ-RESIDÊNCIA e outras políticas de incentivo de abertura de vagas. A Lei nº12.871/2013 também aponta para importante evolução nas ferramentas de gestão de recursos humanos em saúde, além de mudanças e maior rigor na aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para formação de médicos no país, com importante ênfase na Atenção Básica. Os resultados também sugerem uma falta de compreensão, por parte dos médicos, do Programa Mais Médicos em sua totalidade que não somente a provisão imediata de médicos, assim como a compreensão do papel regulador do Estado para cumprir a Constituição, cuja uma das missões é o acesso universal à saúde. É preciso ficar atento ao desenvolvimento do Programa para que ações estruturantes previstas em seu arcabouço legal, como as mudanças curriculares, a criação do Cadastro Nacional de Especialistas e o investimento na reestruturação de unidades básicas de saúde não fiquem em segundo plano em relação à política de provisão. Além do mais, importantes desafios deverão ser enfrentados para a ampliação de vagas de residência de qualidade, como a necessidade de investimento em campo de prática adequado, formação de preceptores em número que atenda à expansão prevista e política de valorização desta competência pedagógica.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Demografia/provisão & distribuição; Internato e Residência; Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

The population coverage of Primary Care has increased rapidly since its implementation in Brazil in the 1990s. Over 20 years, the Family Health Strategy extended its coverage from 5% to 60%, but the ability to train doctors to occupy such positions did not develop at the same rate, and sufficient technology for the proper planning of human resources for health has not evolved. In this context, the Mais Médicos Program was launched in July 2013 with emphasis on the coming of thousands of foreign doctors to work in Primary Care, causing an overwhelmingly negative reaction by medical organisations with numerous ideological and legal disputes. This paper aims to cast an eye on the elements of tension between Medical Entities and Government in the implementation process of the Mais Médicos Program and to study the process of development of the regulations of training specialists in the country, in Medical Residency. Therefore, we chose a qualitative approach in the exploratory format of the research, using bibliographic and documentary research, as well as a quantitative approach in the analysis of the numbers of medical residency positions in the country, with descriptive statistical analysis. The results indicate improvement in the capacity to regulate positions for training specialists in Brazil in the last five years, particularly with the advent of PRO-RESIDÊNCIA and other vacancy incentive policies. Law no. 12.871/2013 also points to important developments in human resource management tools in health, as well as changes and stricter application of the National Curriculum Guidelines for training doctors in the country, with major emphasis on Primary Care. The results also suggest a lack of understanding, on the part of doctors, regarding the Mais Médicos Program in its entirety, not only in the immediate provision of doctors, but also in the comprehension of the role of the State regulator to comply with the Constitution, one of the missions of which is universal access to healthcare. It is necessary to be attentive to the development of the Programme so that structuring actions provided for within the legal framework, such as curriculum changes, the creation of the National Register of Experts and the investment in primary healthcare units, do not remain in the background in relation to the provision of policy. Furthermore, significant challenges need to be tackled for the expansion of quality residency positions, such as the need for investment in appropriate fields of practice, tutor training of a number that meets the expected growth and valuation policy of this pedagogical competence.

Keywords: Primary Health Care; Health Manpower; Demography/supply & distribution; Internship and Residency; Health Planning.

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Tabela 1 - Distribuição das vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica de Acesso Direto (AD) e que exigem Pré-Requisito (PR), em número total e por 100 mil habitantes em 2014, nas capitais por região	39
Tabela 2 - Evolução do número de bolsas financiadas pelo PRÓ-RESIDÊNCIA entre 2010 e 2014 em especialidades de Áreas Básicas e Psiquiatria	40
Tabela 3 - Evolução do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica nas especialidades prioritárias* da Portaria nº 1.248/13, entre 2009 e 2014	41
Tabela 4 - Evolução do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica entre 2009 e 2014 em especialidades de Áreas Básicas e Psiquiatria, por Estado.....	42
Tabela 5 - Razão de concluintes de cursos de medicina por 100.000 habitantes.....	76
<hr/>	
Gráfico 1 - Evolução do número de Bolsas de residência médica de primeiro ano financiadas pelo Ministério da Saúde entre 2010 e 2014	43
Gráfico 2 - Total de vagas de primeiro ano em Programas de Residência no Brasil entre 2004 e 2014	44
Gráfico 3 - Situação das vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), entre 2011 e 2014.....	45
Gráfico 4 - Entrada de médicos formados no exterior entre 2000 e 2012	77
<hr/>	
Figura 1 - Distribuição nas Regiões do Brasil das vagas de primeiro ano de Programas de Residência Médica de Acesso Direto e das vagas que exigem Pré-Requisito em 2014, em número total e por 100 mil habitantes	46
Figura 2 - Variação do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica de Acesso Direto (AD), por 100 mil habitantes, nos anos de 2009 e 2014	47
Figura 3 - Variação do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica que exigem Pré-Requisito (PR), por 100 mil habitantes, nos anos de 2009 e 2014.....	48
Figura 4 - Linha do tempo com os principais marcos das tensões entre Governo e Entidades Médicas	78
<hr/>	
Quadro 1 - Número de bolsas de primeiro ano de Programas de Residência Médica financiadas pelo Ministério da Saúde, por Edital	49
Quadro 2 - Programas de Residência em especialidades e áreas de atuação prioritárias existentes em 2014 e que não existiam em 2009, por estado	50
Quadro 3 - Especialidades e áreas de atuação prioritárias inexistentes em Programas de Residência em 2014, por estado.....	52
Quadro 4 - Iniciativas federais para enfrentamento dos temas sobre provimento de profissionais de saúde e reorientação profissional em saúde a partir do ano 2000	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ADI	Ações Diretas de Inconstitucionalidade
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIGES	Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DDES	Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde
DEGERTS	Departamentos de Gestão do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamentos de Gestão da Educação em Saúde
DEPREPS	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
DISEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FIES	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MP	Ministério da Saúde
MS	Mandado de Segurança
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
Pet-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PRM	Programa de Residência Médica
PROMED	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
Pró-Residência	Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa Nacional de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
SESU	Secretarias de Ensino Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Apresentação	11
2. Objetivos.....	13
3. Percurso Metodológico.....	14
4. Referenciais Teóricos	16
5. Resultados.....	18
<i>Artigo 1 - Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos</i>	<i>18</i>
<i>Artigo 2 - Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre Governo e Entidades Médicas</i>	<i>55</i>
6. Considerações Finais	81
Referências	82

1. APRESENTAÇÃO

A motivação para o presente estudo surgiu do meu trabalho no Ministério da Saúde como coordenadora da área de Planejamento e Dimensionamento do DEPREPS (Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde) da SGTES, Secretaria do Ministério da Saúde responsável pela gestão do Programa Mais Médicos (PMM). Ao participar dos preparativos da chegada dos primeiros médicos estrangeiros e ter trabalhado diretamente com o processo de distribuição destes por todo o território nacional, acompanhei de muito perto as tensões geradas por interesses conflitantes na implementação de programa de tal magnitude e que mexeu em muitas estruturas cristalizadas das profissões e suas relações com o poder público e a sociedade. Foi muito mobilizador estar intimamente imbricada a uma política pública e observar opiniões e notícias negativas, além de críticas destrutivas veiculadas sobre o Programa e que não condiziam com o que os trabalhadores do Ministério da Saúde viam e viviam em relação às repercussões imediatas na vida real das pessoas e suas famílias e nos sistemas de saúde municipais provocadas pelo referido Programa.

A reação de parte da categoria médica foi tão forte e agressiva à implementação do PMM, que levou ao questionamento se o Programa estaria sendo compreendido na sua totalidade e que papel as entidades representativas da profissão em questão estariam tendo como comunicadores intermediários entre o Governo e os profissionais médicos. Resultados reais e visíveis sobre saúde e qualidade de vida das pessoas – razão maior da existência das profissões de saúde – estavam sendo relegados a um segundo plano nos debates sobre o Programa e suas repercussões na profissão médica.

O meu processo de trabalho como coordenadora do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, o PRÓ-RESIDÊNCIA, também foi fundamental para a motivação de trabalhar o tema da regulação da formação de especialistas em consonância com o PMM, que trouxe novas e importantes perspectivas para o tema frente às atuais dificuldades técnicas em planejar Recursos Humanos em Saúde – que vão desde as ferramentas para parametrizar necessidades de especialistas no país ao diálogo com todos os atores envolvidos na formação destes especialistas.

Visto que o PMM vai muito além da vinda em caráter emergencial de médicos estrangeiros para atuar na Atenção Básica, mas também propõe ações estruturantes para o SUS e o ensino médico, e que as críticas e protestos maiores ao Programa giravam em torno do

primeiro ponto, foi sentida a necessidade de responder à pergunta: “O Programa Mais Médicos está sendo compreendido na sua globalidade?”

Desta forma, pretendo analisar o processo de implantação do PMM focando nas dificuldades enfrentadas para sua implementação e desenvolvimento e as motivações para sua concepção e implementação. Modalidade contratual dos médicos estrangeiros, construção do arcabouço jurídico para execução do projeto, modelo de gestão descentralizada do SUS, limitações orçamentárias, questões logísticas, dentre outras, ilustram as dificuldades enfrentadas. Por serem muito vastas tais dificuldades e motivações, decidiu-se pelo foco das disputas com médicos e entidades médicas e, dentre as motivações, a desassistência provocada pela falta de médicos para postos específicos e sua má distribuição decorrentes, dentre outras coisas, da dificuldade de gerir a formação de especialistas no país.

O presente trabalho se apresenta na forma de dois artigos originais e não pretende esgotar o debate acerca dos temas aqui levantados, mas lançar um olhar cuidadoso sobre algumas questões que possam vir a ajudar nos processos de comunicação da Gestão Federal com os trabalhadores do SUS, relativos a diferentes políticas públicas. Propõe-se também a contribuir na sistematização e documentação dos resultados das políticas voltadas à regulação da formação de especialistas nos últimos cinco anos, desde que foi criado o PRÓ-RESIDÊNCIA, além de apontar os avanços em relação à formação de especialistas pela Lei nº 12.871/2013 e os desafios colocados neste processo.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Analisar a implantação do Programa Mais Médicos (PMM) à luz das tensões entre entidades médicas e Governo Federal em torno do Programa.

Objetivos específicos:

- Contextualizar o marco teórico-político da formulação do PMM;
- Identificar, nas políticas federais de indução à regulação da formação de especialistas, elementos de inter-relações com o PMM;
- Compreender as razões para a necessidade de formular a política do PMM;
- Identificar os elementos de tensionamento entre Governo Federal e sociedade civil na implantação do PMM;
- Apontar estratégias para a consolidação dos processos regulatórios na formação dos médicos especialistas com a Lei nº 12.871/2013;
- Apontar os limites e potencialidades do PMM.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Muitos embates ideológicos e judiciais ocorreram entre entidades médicas e Governo no processo de implantação do PMM, especialmente à época das primeiras medidas relacionadas à vinda dos médicos estrangeiros, o que levou ao desejo de sistematizar, de alguma forma, tal observação para ajudar na compreensão dos interesses vigentes na disputa e nas dificuldades que tal fato remete no planejamento e implantação de políticas públicas. Para tanto, optamos pela abordagem qualitativa da Pesquisa Social, que se propõe a estudar a realidade social, definida por Gil (1989, pag. 43) como “envolvendo todos os aspectos relativos ao homem e seus múltiplos relacionamentos com outros homens e instituições sociais”.

Minayo (2004) aponta as metodologias qualitativas como

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Apoiada nas ideias de Vygotsky, Bakhtin e Luria, Freitas (2002, pag. 25) traz em seu artigo "A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa" que "O pesquisador [...] faz parte da própria situação de pesquisa, a neutralidade é impossível [...]". Além disso:

A contextualização do pesquisador é também relevante: ele não é um ser humano genérico, mas um ser social, faz parte da investigação e leva para ela tudo aquilo que o constitui como um ser concreto em diálogo com o mundo em que vive. Suas análises interpretativas são feitas a partir do lugar sócio-histórico no qual se situa e dependem das relações intersubjetivas que estabelece com os seus sujeitos (Freitas, 2002, pag. 29).

De fato a neutralidade é impossível, considerado o meu ponto de vista como pesquisadora intimamente imbricada no processo de implantação e desenvolvimento o PMM como trabalhadora do Ministério da Saúde, mais especificamente no DEPREPS, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), mas também como médica e com alguma intimidade com a categoria profissional a que pertencço e já tendo sido membro de entidades representativas da profissão, tal qual diretoria do Sindicato dos Médicos de Pernambuco.

Em seu trabalho de sistematização das formas de pesquisa social, classificadas por diferentes autores, Gil (1989, pag. 45) traz o conceito de Pesquisas Exploratórias como

“desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”, o que parece se assemelhar ao que buscamos nesse trabalho, já que não é aqui objetivo aprofundar-se nas teorias da origem das profissões e da construção de poderes e status quo, nem no mérito do debate político Neoliberalismo/Estado Mínimo versus Socialismo/Estado de Bem-estar Social. Ainda segundo o mesmo autor, a Pesquisa Exploratória se utiliza comumente de levantamentos bibliográfico e documental. As principais fontes bibliográficas são materiais já elaborados, tais quais livros e artigos científicos, e as do levantamento documental, materiais que ainda não receberam tratamento analítico, quais sejam: documentos oficiais, reportagens de jornal e até mesmo relatórios de pesquisa (Gil, 1989).

Nos dois artigos apresentados como resultados deste trabalho, foram utilizadas abordagens metodológicas semelhantes, exceto pelo enfoque quantitativo do primeiro. Desta forma, no artigo “*Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos*”, valeu-se da Pesquisa Exploratória para a aproximação das produções de autores diversos acerca do tema da regulação de recursos humanos no Brasil e no Mundo. Nesta primeira etapa foi feita pesquisa bibliográfica não sistemática de livros, artigos científicos e dissertações de mestrado, mas também pesquisa documental, tendo sido analisados relatórios técnicos, notícias em sítios eletrônicos e legislações pertinentes. Neste mesmo artigo, fez-se uso da abordagem quantitativa para analisar os números relativos à formação de especialistas no país na modalidade Residência Médica. Para tanto, foi feita pesquisa documental nas portarias de concessão das bolsas do Pro-Residência publicadas em Diário Oficial da União (DOU), além de bases de sistemas de informação do Ministério da Educação (SIS-CNRM), com análise estatística descritiva dos dados e produção de tabelas e gráficos em Microsoft Excel®.

Já o artigo “*Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre Governo e Entidades Médicas*”, focou-se na Pesquisa Exploratória utilizando a pesquisa bibliográfica não sistemática em artigos de periódicos e livros, além da pesquisa documental em documentos oficiais, apresentações oficiais, legislações nacionais, relatórios técnicos, artigos de jornal em meio eletrônico e artigos de blogs e sentenças judiciais, dentre outros. Destaca-se o uso da Pesquisa Exploratória por ser o Programa Mais Médicos tema ainda pouco estudado, com poucos dados ou referenciais a respeito. Todas as fontes consultadas são de livre acesso à consulta pública, não tendo sido necessária a aprovação pelo Comitê de Ética.

4. REFERENCIAIS TEÓRICOS

Alguns trabalhos foram referências importantes na concepção deste estudo, tais quais o livro de Ros, *et al.* (2008), que traz a história da implantação do programa *Missión Barrio Adentro* na Venezuela, muito semelhante ao PMM e que contou com a chegada de milhares de médicos cubanos para a expansão da Atenção Básica daquele país, além da monografia de Pinto (2006), que destaca as fortes pressões dos médicos e entidades médicas venezuelanos apoiados pela grande mídia local para ir de encontro ao Programa.

Machado (1997), com seu livro *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*, traça o perfil dos médicos brasileiros e resgata estudos da má distribuição de médicos no país à sua época, além de trazer para o centro do debate a transformação da medicina em uma profissão autorregulada.

A recente dissertação de Carvalho, (Carvalho, 2013), ao analisar mais especificamente o caso do PROVAB, também conseguiu expandir seu olhar para além da necessidade do provimento e fixação de médicos para o processo formativo destes médicos como instrumento para favorecer a modificação da realidade

Campos (1988), com seu livro *Os médicos e a política de saúde: entre a estatização e o empresariamento, a defesa da prática liberal da medicina*, estuda as relações da categoria medica brasileira com a estrutura de assistência médico-sanitária.

Por fim, o trabalho de Santos e Merhy (2006), *A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão*, remete o leitor às origens da regulação em saúde pelo Estado no Brasil, passando pelas Caixas de Pensão e Institutos de Aposentadorias e Pensões, e trazem que “A regulação da assistência propriamente dita foi o aspecto mais relegado na construção e consolidação de um marco regulatório” do sistema de saúde brasileiro. Segundo os autores, a intervenção da regulação pode se dar por meio de indução, normalização, regulamentação e restrição.

O processo regulatório pode se dar tanto do ponto de vista do acesso cotidiano das pessoas (a micro regulação), quanto no aspecto das definições das políticas mais gerais das instituições, o que podemos chamar de macro regulação. [...] O processo se insere dentro de um cenário de disputas, de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance Podemos afirmar que não existe sistema sem regulação, a diferença se estabelece sobre as premissas e disputas que orientam a regulação existente.

Desta forma, se fazia premente a maior participação do Estado brasileiro na regulação na Saúde, quando o aspecto era o acesso e a assistência à saúde diretamente (Santos e Merhy, 2006, pag. 23).

Além disso, destaca os interesses conflitantes nos processos regulatórios:

Neste entendimento, o ator social, dentro de dado contexto histórico, busca regular os serviços de saúde segundo os interesses da sua representação, ou seja, procura direcionar a produção da saúde para os seus macro objetivos. Os interesses e as disputas colocados entre os atores sociais se fazem dentro de dado contexto histórico e político. Os atores regulados respondem a esta regulação de maneiras distintas (Santos e Merhy, 2006, pag. 31).

5. RESULTADOS

ARTIGO 1

Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos

Specialists training regulation:

interrelationships with the Mais Médicos Program

Autoras

Maria Martins Alessio¹

Maria Fatima de Sousa²

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Consultora Técnica do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde/SGTES - Ministério da Saúde

Endereço: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / Faculdade de Ciências da Saúde - FS/UnB. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília. CEP 70910-900, Brasília, DF, Brasil

E-mail: maria.alessio@gmail.com

² Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da Universidade de Brasília. Departamento de Saúde Coletiva e da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde- FS/UnB. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília. CEP 70910-900, Brasília, DF, Brasil.

E-mail: mariafatimasousa@uol.com.br

RESUMO:

Até recentemente, inexistiam políticas indutoras da formação de especialistas voltadas ao Sistema Único de Saúde no Brasil. Um marco foi o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – PRÓ-RESIDÊNCIA, criado em 2009. Com o lançamento do Programa Mais Médicos pela Lei Federal nº12.871/2013, novas estratégias se configuraram para aprimorar a regulação da formação de especialistas no Sistema Único de Saúde. Este artigo pretende discutir as políticas de regulação da abertura de vagas de residência médica a partir do PRÓ-RESIDÊNCIA e abordar mudanças apontadas pela nova Lei, como a universalização das vagas com ênfase para Medicina de Família e Comunidade. Foi realizado estudo exploratório com pesquisa bibliográfica e análise documental, além de estudo quantitativo. Os resultados evidenciam efeitos positivos de políticas públicas no número e distribuição de vagas de residência médica com a duplicação destas entre 2009 e 2014 com aumento mais expressivo nas regiões Norte e Nordeste, além do surgimento de especialidades antes inexistentes nestas regiões. Novos desafios se colocam para expandir residência com velocidade e qualidade necessárias, como a melhoria de ferramentas para a gestão de recursos humanos em saúde, com expansão e qualificação da preceptoria e campos de prática para formação.

Palavras-chave: Políticas de Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Demografia /provisão & distribuição; Internato e Residência.

ABSTRACT:

Until recently, there were no policies that induce the formation of specialists geared to the Unified Health System in Brazil. A milestone was the National Program to Support Training of Medical Specialists in Strategic Areas - PRO-RESIDÊNCIA, created in 2009. With the launch of the Mais Médicos Program by Federal Law nº12.871/2013, new strategies were shaped to enhance the regulation of training specialists in the Unified Health System. This article discusses the regulatory policies of the opening of medical residency positions from the PRO-RESIDÊNCIA and addresses changes suggested by the new Law such as universal vacancies with emphasis on Family Medicine. This is a quantitative and qualitative study that uses bibliographic and documentary research. The results show the positive effects of public policies in the number and distribution of medical residency positions. The number of professionals has been doubled between 2009 and 2014 with more significant increase in the North and Northeast regions. Furthermore, there is also the emergence of specialties previously nonexistent in these regions. New challenges arise to expand residency with necessary quality and speed, such as improved tools for the management of human resources for health, with expansion and qualification of preceptorship and practice fields for training.

Keywords: Health Policies; Health Manpower; Demography / supply & distribution; Internship and Residency.

INTRODUÇÃO

A Residência Médica, no Brasil, data de 1944, com a implantação dos primeiros Programas no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (Nunes, 2004). Trata-se de uma pós-graduação *lato sensu*, considerada padrão-ouro na formação de médicos especialistas no país. Tal modalidade de pós-graduação só seria regulamentada, entretanto, três décadas depois de criada, em 1977, pelo Decreto nº 80.821, que também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O Decreto define Residência Médica como “pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço [...]”. Já em 1981, a Lei nº 6.932, que regulamenta as atividades do médico residente, vedou o uso da expressão “Residência Médica” para Programas de Residência Médica (PRM) que não tenham sido aprovados pela CNRM e definiu que os PRM devem funcionar sob responsabilidade de instituições de saúde credenciadas pela CRNM (Brasil, 1981).

Atualmente são reconhecidas 53 especialidades e 54 áreas de atuação que podem ser ofertadas na modalidade Residência Médica (CFM, 2013a). O reconhecimento de uma especialidade médica é hoje definido conjuntamente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela CNRM que decidiram adotar, em 2002, condutas comuns relativas à criação e reconhecimento de especialidades médicas no país. O processo se dá por meio da Comissão Mista de Especialidades, instituída por convênio próprio, aprovado e regido pela Resolução nº 1634/2002 do CFM, atualizada pela Resolução nº 2.068/2013, além de outras que a antecederam (CFM, 2002; CFM, 2013a) Antes disso, este reconhecimento ficava a cargo da AMB mediante solicitação de entidade civil organizada que reunisse pelo menos cem especialistas afins e existisse há pelo menos dois anos (AMB, 1994).

Existem duas formas de se obter o título de especialista em uma destas 53 especialidades e 54 áreas de atuação: por meio da Residência Médica, concluindo um PRM em uma delas ou por meio de exames periódicos aplicados pelas sociedades de especialidades, após ter cursado uma especialização ou estágio credenciados por estas sociedades, que são entidades filiadas à AMB com poderes para oferecer títulos de especialistas, de acordo com a Comissão Mista de Especialidades (Scheffer, 2013).

Neste trabalho, será considerado o termo “especialista” para o médico que tiver obtido o título em uma das 53 especialidades e 54 áreas de atuação e “generalista” àquele que exerce a medicina sem tal título. Para este último conceito, tomou-se como parâmetro as Diretrizes

Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, que propõem que a Graduação em Medicina tenha como meta a formação do médico “generalista, propositivo e resolutivo” (Brasil, 2014).

Apesar da Constituição Federal, em seu Art. 200, definir que “ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete [...] III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, tal prerrogativa não aparece na legislação referente às Residências Médicas até 2011, quando foi lançado o Decreto nº 7.562 que altera a composição da CNRM e dispõe sobre sua função de regulação, supervisão e avaliação das instituições que ofertam residência médica e de seus respectivos programas. Além disso, tal Decreto deixa expresso que “A regulação das instituições e dos PRM deverá considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS” (Brasil, 2011b). A alteração da composição da CNRM causou grande desconforto nas entidades médicas à época e em dias atuais, evidente na “carta aberta aos médicos e ao povo brasileiro” defendendo a derrubada do Decreto dois anos depois (Silvestre, 2013): a comissão passaria a contar com a presença do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (Brasil, 2011b), sendo Estados e Municípios grandes ofertantes e financiadores das residências médicas no país, além de gestores dos campos de prática dos PRM (Feuerwerker, 2010).

Em 2007, havia sido criada a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES) pelo Decreto nº 20/2007 (Brasil, 2007) de função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e com as competências de:

- I. Subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior, incluindo a especialização na modalidade residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde;
- II. Subsidiar a definição de critérios para a autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos superiores na área da saúde;
- III. Subsidiar a definição de critérios para a expansão da educação profissional, tecnológica e superior, incluindo a pós-graduação lato-sensu nas modalidades de especialização, residência médica, multiprofissional e em área profissional na área da saúde;

- IV. Identificar, periodicamente, a demanda quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde no âmbito do SUS, de forma a subsidiar políticas de incentivo à fixação de profissionais de saúde, conforme as necessidades regionais;
- V. Identificar, periodicamente, a capacidade instalada do SUS, a fim de subsidiar a análise de sua utilização no processo de formação de profissionais de saúde;
- VI. Estabelecer diretrizes para a educação na promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde na rede pública de educação básica

A Comissão, por sua vez, criou a “Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil” por meio da Portaria Conjunta nº 1, de 23 de outubro de 2007 e cujos trabalhos influenciaram a criação do PRÓ-RESIDÊNCIA – Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. O Programa, instituído em outubro de 2009 pela Portaria Interministerial nº 1.001, “tem como objetivo favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica, [...] em especialidades e regiões prioritárias, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS.” (Brasil, 2009a). Este incentivo para a formação de residentes em regiões e especialidades prioritárias se dá com: (i) criação de novos programas de residência médica e ampliação de vagas em programas já existentes nos Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; (ii) concessão de bolsas para os residentes destas novas vagas; e (iii) parceria com instituições selecionadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação para ações de apoio matricial a PRM.

Até então, inexistiam políticas indutoras de vagas de formação de especialistas, voltadas para a necessidade do SUS, apesar de o poder público ser sabidamente o maior financiador das bolsas dos residentes. O pedido de credenciamento de novas vagas de Residência Médica dependia, essencialmente, da tradição da instituição de saúde ou Unidade da Federação em oferecer PRM ou mesmo do desejo e disponibilidade de alguns especialistas, com algumas parcerias, em passar a oferecer PRM em suas instituições.

Do estudo da Subcomissão acerca da distribuição de vagas de residência médica nas diferentes especialidades e Estados, além de pesquisa junto aos gestores na época, foi identificada importante desigualdade nessa distribuição e grande dificuldade na contratação de profissionais médicos de diversas especialidades (Brasil, Ministério da Educação e Ministério da Saúde, 2008). O relatório da subcomissão aponta, portanto, no sentido de priorizar: (a) Intervenções estruturantes para a Residência Médica, com a definição de diretrizes nacionais

pra cada PRM, avaliação das condições de oferta dos programas e monitoramento da qualidade; (b) Áreas para formação das Redes de Atenção; foram definidas, portanto, grandes áreas prioritárias: atenção básica, saúde mental, atenção oncológica, atenção obstétrica e pediátrica e urgências/emergências; e (c) Priorização das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, nos quais se identificavam a inexistência de oferta de vagas de residência médica em diversas especialidades essenciais, como Medicina de Família e Comunidade (MFC), Anestesiologia, Ortopedia e Traumatologia, Neonatologia, Psiquiatria, dentre outros.

Diversos autores têm se debruçado sobre fatores que levam à escolha ou à recusa da MFC como especialidade a ser seguida pelos jovens médicos e questões como remuneração, prestígio da especialidade entre os pares, valorização da especialidade na carreira e o pouco contato com especialistas em MFC durante a graduação aparecem com frequência (Schafer *et al.*, 2000; Senf, Campos-Outcalt e Kutob, 2003; Neto *et al.*, 2009; Scott *et al.*, 2011). Globalmente, investimentos estão sendo encorajados no sentido de a formação de recursos humanos em saúde ser integrada aos sistemas de saúde locais e voltada às suas necessidades. Além disso grande ênfase é dada, em relatórios internacionais, para a priorização como campo de prática de formação, as unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e para a formação de médicos comprometidos socialmente (Frenk *et al.*, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) mantém como meta que a proporção de médicos na Atenção Básica ultrapasse 40% do total da força de trabalho medico local/regional. (OPAS/OMS, 2007)

A magnitude dos principais desafios em relação aos recursos humanos em saúde que os países da região enfrentam, exigiu alterações radicais e intervenções inovadoras por parte dos governos. Estas mudanças serão mais sustentáveis à medida em que as autoridades sanitárias de cada país assumam liderança forte e desenvolva planos de ação de colaboração necessários. Para atingir o máximo impacto sobre os resultados de saúde, estes planos devem se concentrar essencialmente no desenvolvimento de sistemas baseados na atenção primária à saúde e fortalecimento da infraestrutura de saúde pública.

Em 2013 foi homologada a Lei nº 12871/2013 (BRASIL, 2013), mais conhecida como a Lei do Mais Médicos, mas que, para além da provisão imediata de milhares de médicos brasileiros e estrangeiros para atuarem na Atenção Básica nas regiões de maior vulnerabilidade, traz mudanças fundantes na graduação médica e contribuições inéditas e estruturantes para a regulação da formação de médicos especialistas no país, como a exigência de um ou dois anos

de RMFC para o acesso à maioria das demais especialidades que hoje são de acesso direto e a criação do Cadastro Nacional de Especialistas, ferramenta para aprimorar a gestão de recursos humanos em saúde.

O presente artigo é parte da dissertação do Mestrado Profissional do Programa de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, no qual se estudou o processo de regulação da formação de especialistas no Brasil e sua inter-relação com o Programa Mais Médicos. O estudo abordou o cenário da formação de especialistas no país na modalidade Residência Médica; as políticas de regulação da abertura de vagas de residência médica a partir do PRÓ-RESIDÊNCIA, da Portaria nº 1.248/2013 e de encontros promovidos pelo Ministério da Saúde com gestores de saúde e de Programas de residência Médica e discutiu os resultados destas políticas na ampliação e distribuição das vagas de formação de especialistas. Além disso, abordou as mudanças no âmbito da regulação de vagas para a formação de médicos especialistas no país apontadas pela Lei nº 12.871/2013, que criou o Programa Mais Médicos e os resultados pretendidos a médio e longo prazo pelo Programa.

A metodologia utilizada foi a de um estudo exploratório com pesquisa bibliográfica não sistemática e análise documental para nos valermos das contribuições que têm sido produzidas sobre o tema aqui abordado por meio de artigos publicados em revistas científicas, dissertações de mestrado, livros, relatórios técnicos, notícias em sítios eletrônicos e legislações pertinentes. Na abordagem quantitativa, para avaliar os resultados das políticas públicas, foram utilizados dados secundários de publicações em Diário Oficial da União (DOU), das portarias de concessão das bolsas do Pro-Residência, além de bases de sistemas de informação do Ministério da Saúde (SIGRESIDÊNCIAS) e do Ministério da Educação (SIS-CNRM), com análise estatística descritiva dos dados e produção de tabelas e gráficos em Microsoft Excel®.

AS INTER-RELAÇÕES DA REGULAÇÃO DA FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS COM O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Cada vez mais se consolida o modelo assistencial no Brasil tendo a Atenção Básica como principal “porta de entrada” para os demais serviços de saúde e que avança no seu papel de ordenadora das Redes de Atenção e na gestão e coordenação do cuidado do usuário junto a estas Redes de Atenção (Mendes, 2010). A expressiva expansão das Equipes de Saúde da Família (eSF) nos últimos 20 anos em todos os Estados e Municípios brasileiros não veio acompanhada, entretanto, de ampliação de vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade na mesma proporção. Em 2013 haviam cerca de 34.000 eSF implantadas no país, mas apenas 3.253 médicos titulados especialistas em MFC (Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014; Scheffer, 2013). Amplamente estudados, os efeitos de um sistema de saúde orientado pela APS se traduzem em menores custos da assistência, melhores níveis de saúde, maior satisfação dos usuários deste tipo de atenção e mesmo a diminuição da desigualdade social, garantidos pelos elementos essenciais a uma APS de qualidade, quais sejam: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além da atenção individual ter seu foco na família e na comunidade (Starfield, 1994; Green *et al.*, 2001; Rawaf, Maeseneer, De e Starfield, 2008; Rocha, Silva e Barbosa, 2011). Em trabalho realizado em 2010, Lermen Junior (2011) evidencia a diferença entre médicos treinados na modalidade residência médica e aqueles que não tiveram esta formação, e mesmo entre aqueles que cursaram residência médica e os que cursaram outro tipo de especialização, embora menos significativa em relação à primeira comparação. Presente no Brasil desde a década de 1970, a Medicina de Família e Comunidade teve o seu primeiro PRM desenvolvido no Rio Grande do Sul, ainda sob a denominação de Medicina Geral Comunitária, mas somente oficializada como uma especialidade no Brasil pela CNRM em 1981 e pelo CFM, por meio da Comissão Mista de Especialidades, em 2002 (Falk, 2010).

Em trabalho de 1997 intitulado “Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)”, Campos e colaboradores (Campos *et al.*, 1997) já traziam como desafio inadiável a necessidade da definição do perfil dos profissionais a serem formados conforme necessidades de saúde e a lógica do sistema público, mas sem furtar-se à discussão da necessidade da valorização financeira e profissional dos médicos das áreas básicas.

Cada vez mais avançam estudos nacionais e internacionais acerca da definição de índices de escassez de médicos para planejar e priorizar investimentos na formação de especialistas em determinado território. Sabe-se que se trata de tema de alta complexidade, dependente de múltiplas variáveis e que não existe uma fórmula universal que consiga abraçar a diversidade de características políticas, geográfica, culturais e epidemiológicas entre países e, no Brasil, entre regiões, estados da federação, municípios e mesmo bairros em uma grande metrópole (Girardi *et al.*, 2010; Scheil-Adlung, 2013).

A análise dos dados do SIS-CNRM relativos a agosto de 2014 das vagas de PRM autorizadas a funcionar pela CNRM, revelou haver ao todo 21.110 vagas de primeiro ano de Residência (R1), sendo 13.795 vagas de programas de acesso direto e 7.715 vagas que exigem que o candidato tenha cursado um outro programa como pré-requisito. Proporcionalmente à população, o Norte possui quatro vezes menos vagas com exigência de pré-requisito em relação à média nacional e, semelhante ao Nordeste, duas vezes menos vagas de acesso direto (Figura 1).

Além disso, é clara a concentração destas vagas nas capitais, mais diluída no Sul e Sudeste pelo padrão distinto de existência e distribuição de municípios de médio e grande porte em relação aos Estados do Norte, Nordeste e Centro Oeste (Tabela 1). A concentração é ainda mais nítida em relação às vagas que exigem pré-requisito, certamente por serem estas especialidades e áreas de atuação que exigem maiores níveis de tecnologias duras (Merhy, 2000) que, por sua vez, exigem instalações e equipamentos de alto custo e maiores volumes de demanda para serem mais custo-efetivos.

Em 2009, ano anterior ao primeiro ano com vagas financiadas pelo PRÓ-RESIDÊNCIA, eram 12.965 vagas de R1, distribuídas em 8.571 de acesso direto e 4.394 naquelas que exigem pré-requisito.

O primeiro Edital do Programa (Edital nº 7/2009) foi lançado no final de 2009 para instituições de saúde que ofertavam PRM solicitarem bolsas de residência ao Ministério da Saúde referentes a novas vagas que fossem abertas em 2010 (Brasil, 2009b). Em 2013 foi publicado estudo analisando a distribuição das bolsas deste primeiro edital, cujos resultados indicaram priorização do financiamento para regiões prioritárias e especialidades estratégicas para o SUS (Petta, 2013). Depois deste edital, que gerou 785 bolsas financiadas pelo Programa, foram publicados outros cinco, um por ano, para solicitação de bolsas para novas vagas a serem abertas no ano seguinte ao lançamento de cada um deles (Quadro 1).

Somando os resultados dos Editais lançados de 2009 até 2013, o Ministério da Saúde disponibilizou um total de 5.125 bolsas para financiar novas vagas de Residência Médica, ou seja, um aumento de mais de cinco vezes neste período (Gráfico 1).

Ao aprofundarmos a análise, é possível destacar que algumas especialidades contribuíram especialmente para esse aumento, como MFC, que teve um aumento na oferta de bolsas em mais de três vezes, Psiquiatria nove vezes e Pediatria, mais de 10 vezes (Tabela 2).

No ano de 2013 foram apresentadas novas iniciativas voltadas à indução de abertura de novas vagas de residência, que podem ter sido fator importante para a diferença de crescimento da demanda das instituições e da consequente oferta de bolsas pelo Ministério da Saúde apresentada entre 2013 e 2014 em relação ao período de 2012 para 2013 (Gráfico 1). Foi o caso do Edital 29/2013, que ofertou a possibilidade de uma vaga que não fosse nova pudesse ser financiada pelo Ministério da Saúde a cada duas novas vagas abertas em especialidades prioritárias (Brasil, 2013a). Além da especificidade deste edital, foram realizadas oficinas com gestores de secretarias de saúde e gestores de PRM (CONASS, 2013) e foi lançada a Portaria nº 1248/2013 que, diferentemente das bolsas que são pagas diretamente ao médico residente, oferece verba para a instituição que ampliar vagas em áreas prioritárias, dentro de regras específicas (Brasil, 2013b). Foram 27 especialidades definidas como prioritárias para adesão à portaria e que sofreram considerável ampliação entre 2009 e 2014, ilustrada na Tabela 3.

Apesar de termos as especialidades básicas bastante presentes em PRM em todas as regiões do país, analisando a distribuição de vagas que exigem pré-requisito, podemos perceber que ainda há uma distribuição bastante desigual entre regiões, principalmente entre as regiões Norte e Nordeste e o restante do país. Segundo estudo de Seixas, a possibilidade de formação em especialidades complementares às básicas e às de acesso direto se revela importante fator de fixação de médicos; além disso, aproximadamente 80% dos médicos permanecem nos estados onde cursaram Residência Médica (Seixas, Corrêa e Moraes, 2011). Onde já há uma menor razão de médicos por habitante, a migração desses médicos para outras regiões em busca de continuidade de desenvolvimento profissional parece ser algo que pode ter sua intensidade diminuída pelo estímulo à abertura de vagas de determinadas especialidades direcionadas a localidades prioritárias e com potencialidades para desenvolvê-las.

Entre 2009 e 2014, entretanto, é possível perceber um movimento que parece redirecionar a abertura de vagas para as regiões Norte e Nordeste, uma vez que tivemos um

aumento de 71% de vagas de acesso direto na região Norte e de 60% na região Nordeste, frente a um aumento de 49% na região Sudeste. O mesmo acontece com as vagas que exigem pré-requisito, tendo havido um aumento de 75% na região Norte e 65% no Nordeste, comparados aos 55% no Sudeste (Figuras 2 e 3).

Observando-se a ampliação de vagas ocorrida entre 2004 e 2014, com o PRÓ-RESIDÊNCIA tendo sido lançado ao final de 2009, parece ficar claro o potencial de indução de abertura de vagas do Programa: o número total de vagas de primeiro ano passou de 12.965 para 21.110 entre 2009 e 2014. O aumento neste período foi praticamente o dobro do que ocorreu nos cinco anos anteriores, quando ainda não haviam políticas indutoras de formação de especialistas no Brasil (Gráfico 2 e Tabela 4).

Além disso, é possível observar o surgimento da oferta de formação em especialidades que não existiam anteriormente, com diversos novos PRM em estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Quadro 2). Apesar disso, existem ainda lacunas importantes nos estados destas regiões, com vazios de formação em dezenas de especialidades e áreas de atuação essenciais para o sistema de saúde local, como Psiquiatria no Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Espírito Santo; MFC no Amapá, Piauí e Rondônia; Neonatologia no Pará, em Rondônia e Tocantins; Anestesiologia no Piauí e em Tocantins, dentre outros tantos exemplos (Quadro 3).

Com a homologação da Lei nº 12.871/2013, foram estabelecidas diversas medidas que modificam de maneira importante aspectos ligados à formação de especialistas no país, sobretudo na modalidade Residência Médica, como a instituição de avaliação específica anual para os PRM e a forma de acesso a determinadas especialidades. Além disso, foi determinada a meta de universalização das vagas de residência para todos os egressos dos cursos de medicina a partir de 2019. Alcançada esta meta, passam a ser consideradas de acesso direto apenas MFC, Genética Médica, Medicina do Tráfego, Medicina do Trabalho, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Patologia e Radioterapia. As demais terão como pré-requisito mínimo um ou dois anos de residência de MFC. Com esta mudança na política de acesso às diversas especialidades médicas, a meta de universalizar as vagas de residência médica depende, portanto, essencialmente da universalização das vagas de MFC.

Atualmente há 1.277 vagas de MFC distribuídas por todas as regiões do país, mas ainda ausentes em alguns Estados, como Amapá, Piauí e Rondônia. Apesar de as vagas nesta

especialidade terem dobrado de 2009 a 2014, a ocupação das vagas é extremamente baixa, com taxa de ociosidade girando em torno de 70% (Gráfico 3).

Outra iniciativa fundamental trazida pela Lei nº 12871/2013, em seu Art. 34, é a previsão de condições para a criação do Cadastro Único de Especialistas, sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Até o momento, gestores carecem de um instrumento eficaz para diagnosticar e planejar a força de trabalho em saúde em âmbito Municipal, Estadual ou mesmo Federal uma vez que, dos principais bancos de dados sobre a força de trabalho médico existentes, cada um possui características e limitações distintas e não se comunicam entre si, dentre eles:

- CFM: mantem o banco de dados dos registros dos médicos que se formaram no Brasil ou que tiveram seus diplomas revalidados; tal banco não permite localizar o médico com precisão (município ou estabelecimento de saúde, ou mesmo estado, se o médico mantiver dois registros ativos) e nem saber qual sua ocupação atual ou mesmo se atuam no sistema público ou privado; os médicos não são obrigados a registrar seus títulos de especialistas nos seus conselhos regionais.

- Ministério da Educação/CNRM: mantem banco que de registros de médicos que concluíram determinado PRM, mas não é capaz de trazer dados sobre a atividade atual dos médicos como, por exemplo, se permanecem atuando na especialidade ou no estado ou município em que se formaram.

- AMB: mantem o banco de dados dos registros de especialistas emitidos pelas sociedades de especialidades; não são obrigados a publicizá-los, pois sua natureza jurídica não os submete à Lei de Acesso à Informação (Brasil, 2011a).

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): mantem um banco de dados sobre condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde do país, incluindo seus recursos humanos; para classificar a especialidade dos médicos de determinado estabelecimento; utilizam a Classificação Brasileira de Ocupações, diferente da Resolução/CFM nº 2.116/2015.

A expansão maciça da Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde 1994 não foi acompanhada de formação adequada para os postos de trabalho que seriam criados ao longo dos anos que se seguiriam. Apesar da instituição das DCN de 2001 que avançavam na superação

do chamado modelo Flexneriano da formação médica, além de iniciativas para a reorientação da formação profissional em saúde como o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED) em 2002 e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em 2005, estas importantes políticas públicas não foram suficientes para reorientar a formação médica para a necessidade do país, que estabeleceu modelo assistencial preponderantemente calcado na Atenção Básica, porta de acesso principal ao sistema e ordenadora do cuidado. Em 20 anos, de 1994 a 2014, o Brasil passou de menos de 5% de cobertura populacional pela ESF para mais de 60%. Grande parte destes novos postos de trabalho para médicos, entretanto, não foram preenchidos: no final de 2013, as solicitações de gestores por médicos ao lançamento Programa Mais Médicos chegaram a 15.460 (COSEMS/SP, 2013), tendo o Brasil, à época, pouco mais de 34 mil Equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas (Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014). As novas DCN, cujos prazos para sua implementação pelas escolas médicas no país constam no texto da Lei nº12.871/2013, apontam para importantes avanços no direcionamento da formação médica às necessidades do SUS ao estabelecer o mínimo de 30% da carga horária prevista para o internato médico a ser desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, além de enfatizar a Atenção Básica como campo de prática primordial para a formação médica durante toda a graduação (Brasil, 2014).

A Constituição Federal é clara quanto ao direito à saúde ser dever do Estado em seu Art. 196, “[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e também no Art. 197 “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...]” (Brasil, 1988). A função do Estado é ratificada pela Lei Orgânica do SUS “O dever do Estado de garantir a saúde consiste [...] no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1990).

“Mas como supor a alta legitimidade e ativa aceitação da regulação pública sem uma educação para a saúde suplementar no âmbito do SUS?” perguntariam Ceccim e colaboradores (Ceccim et al, 2008) no artigo “Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar, no qual procuram entender

“[...] os possíveis padrões de aceitação, de entendimento e de expectativa à extensão do papel de regulação pública a ser exercido pelo Estado sobre as práticas profissionais, na garantia dos direitos de cidadania, na oferta de padrões de acesso à atenção integral e na formulação do modelo tecnoassistencial.”

Parafrazeando os autores: como supor a alta legitimidade e ativa aceitação da regulação pública sem uma educação médica voltada para as necessidades da população brasileira no âmbito do SUS? Sem a necessária transformação curricular que interligue o ensino médico à realidade dos serviços e da necessidade da população, resta ao Estado o prejuízo “da manutenção de um ideário que lhe é distante e inadequado ao cumprimento de seu papel público [...]” (Ceccim *et al.*, 2008).

O QUE APONTA O FUTURO?

A discussão deste trabalho nos permitiu evidenciar uma mudança de rumo na regulação da formação de especialistas no Brasil por meio da indução da abertura de vagas de Residência Médica em determinadas especialidades e regiões. Há cinco anos do lançamento da primeira política voltada para este fim, o PRÓ-RESIDÊNCIA, juntamente com outras iniciativas, como portarias de financiamento de instituições e oficinas com gestores de secretarias de saúde e gestores de programas de Residência, se mostraram capazes de aumentar globalmente o número de vagas e induzir a abertura de novos PRM em regiões prioritárias onde ainda não havia formação na modalidade residência médica em diversas especialidades prioritárias. A Lei nº 12.871/2013 anuncia o aprofundamento desta política com mudanças importantes no mecanismo de acesso aos PRM e criação do Cadastro Nacional de Especialistas, prevendo-se resultados positivos em médio a longo prazo na gestão de recursos humanos em saúde, sendo hoje ainda tarefa hercúlea planejar o estímulo ou a restrição à abertura de vagas de residência de determinadas especialidades.

Ainda existem muitos desafios a serem enfrentados para atingirmos a meta de acesso a uma assistência à saúde adequada, que passa, dentre tantos outros fatores, pela formação de médicos especialistas em áreas básicas e subespecialidades em número e distribuição adequados no território nacional e assim garantir o acesso ao correto nível de assistência em tempo adequado.

Vários pesquisadores e grupos de pesquisa nacionais e internacionais têm se debruçado sobre o tema de recursos humanos em saúde, mas ainda é necessário que sejam construídas métricas de necessidade de médicos generalistas e especialistas cada vez mais sensíveis para as características do Brasil, com a singularidade de cada região, estado, municípios, bairros; singularidade do modelo assistencial misto em que o Brasil vive hoje, com o setor privado competindo com o público pelos recursos humanos em saúde; singularidades geográficas que determinam deslocamentos de minutos ou dias para acesso à assistência médica caso falemos de uma cidade de grande porte ou uma pequena comunidade ribeirinha na Amazônia; singularidades em relação à capacidade instalada; ao grau de resolutividade da Atenção Básica; à epidemiologia local; à prospecção de crescimento populacional e sua faixa etária; às características migratórias que fazem ganhar ou perder profissionais de saúde com maior intensidade e tantos outros elementos que tornam tão complexa a missão de planejar em saúde.

É grande também o desafio da conquista de novos médicos para atuarem na Atenção Básica, sendo o investimento na valorização da especialidade em MFC importante estratégia a ser empreendida pelos gestores, como remuneração e condições de trabalho adequadas e uma boa retaguarda da atenção secundária, além da valorização da titulação para o exercício da especialidade, visto que uma boa resolutividade na atenção primária depende da formação adequada deste especialista nas particularidades da assistência à família, na e à comunidade. Jovens médicos não vêm vantagem na escolha em se especializar em MFC, visto que, ao se formar, já podem atuar livremente na Atenção Básica sem a exigência de título algum para tal. Grande parte dos concursos para Médico de Família e Comunidade não exige a titulação como especialista, tampouco a valoriza para aprovação nos mesmos.

Finalmente, 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 que se pretenda centrado na atenção primária à saúde e em médicos com senso de responsabilidade social. Entretanto, o enfrentamento às iniquidades na formação de médicos e especialistas na região Norte deverá se dar com muito mais afinco.

Considerando que a escolha de determinada especialidade pelos estudantes de medicina seja um importante determinante da conformação dos recursos humanos em saúde, entender as variáveis que condicionam tal escolha e atuar nelas ainda na graduação parece ser uma potente estratégia para garantir a escolha preferencial do formando pela MFC.

Pode-se dizer que o planejamento do Ministério da Saúde, para o que se propôs à época dos estudos mais aprofundados em 2007, foi exitoso, mas que agora existem novas e não menos importantes etapas a serem enfrentadas, como atingir a universalização das vagas de residência indicada para o final de 2018 com adequada distribuição territorial. Por muitos anos prevaleceu e ainda perdura a visão hospitalocêntrica dos campos de prática da Residência Médica por parte dos membros da CNRM e sua câmara técnica, o que terá que ser superado para avançarmos no que tange a formar médicos nas mais variadas especialidades em número adequado e com perfil para atuar no SUS, ou seja, atuar em consonância com as redes de atenção e em equipe multiprofissional. É inegável a importância da CNRM no seu papel de autorizar, supervisionar e avaliar as instituições e os PRM, mas trata-se de uma instância colegiada que deve periodicamente revisar seus métodos e seus propósitos para zelar pela qualidade dos programas sob sua responsabilidade sem deixar de estar sempre atenta às políticas públicas do

país e às necessidades do principal público-alvo dos PRM: a população, para a qual vão trabalhar os médicos especialistas.

Este artigo não pretende esgotar-se em si, mas apontar para algumas tendências relacionadas à regulação da formação de especialistas que despontam com políticas específicas criadas ao final da primeira década dos anos 2010 e com as novas estratégias criadas em 2013 com o Programa Mais Médicos e que merecerão estudos subsequentes para compreender se os resultados estão caminhando rumo ao planejado.

REFERÊNCIAS

AMB. Regimento da Associação Médica Brasileira - AMB. 1994.

BRASIL. **Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981** - Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm>. Acesso em: 28 jan. 2015.

____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 5 fev. 2015.

____. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 30 jan. 2015.

____. **Decreto de 20 de junho de 2007** - Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=16&data=21/06/2007>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

____. **Portaria Interministerial no1.001, de 22 de outubro de 2009** - Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1682&Itemid=>. Acesso em: 28 jan. 2015a.

____. **Edital no 7, de 22 de outubro de 2009** - Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2009, 24 out. 2009b.

____. **Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011** - Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 29 jan. 2015a.

____. **Decreto no 7.562, de 15 de setembro de 2011** - Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7562.htm#art50>. Acesso em: 28 jan. 2015b.

____. **Edital no 29, de 27 de junho de 2013**. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=3&pagina=158&data=28/06/2013>>. Acesso em: 29 jan. 2015a.

____. **Portaria no 1.248, de 24 de junho de 2013** - Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=31&data=25/06/2013>>. Acesso em: 29 jan. 2015b.

BRASIL. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 29 nov. 2014.

BRASIL. **Resolução no 3, de 20 de junho de 2014** - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em: 5 jan. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **1º Relatório de Atividades - Subcomissão de estudo e avaliação das necessidades de médicos especialistas no Brasil. Brasília: [s.n.].** Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-24/relatorio1_subcom_especialistas.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 5 fev. 2015.

CAMPOS, G. W. DE S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. DE C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 141–144, 1997.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1567–1578, out. 2008.

CFM. **Resolução no 1634, de 11 de abril de 2002** - Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM. Disponível em: <http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1634_2002.htm>. Acesso em: 27 jan. 2015.

____. **Resolução no 2.068, de 13 de dezembro de 2013** - Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM no 2.005/12, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM. Disponível em: <http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2068_2013.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2015a.

CONASS. **I Seminário Regional de Apoio Matricial para a Formação de Especialistas do SUS. Brasília, 6 e 7 de agosto de 2013**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2030-2013%20-%20Apoio%20Matricial%20para%20a%20Formac%C3%A7%C3%A3o%20de%20Especialistas%20do%20SUS.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

COSEMS/SP. **COSEMS/SP. Primeiro mês de seleção do Mais Médicos tem adesão de 3.511 Municípios**. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias/227/primeiro-mes-de-selecao-do-mais-medicos-tem-adesao-de-3-511-municipios.html>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 1, p. 5–10, 19 nov. 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. Situação Atual da Residência Médica no Brasil: subsídios para uma política de especialização. In: SAMPAIO, S. A. P. (org). **Estudos e reflexões sobre a formação de especialistas na área da saúde**. São Paulo: Fundap, 2010. p. 317–356.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923–1958, dez. 2010.

GIRARDI, S. N. et al. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde** – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/FM/UFMG, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

GREEN, L. A. et al. The Ecology of Medical Care Revisited. **N Engl J Med**, v. 344, n. 26, p. 2021–2025, 28 jun. 2001.

LERMEN JUNIOR, N. **Análise comparativa da avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada por parte de Médicos com e sem especialização em Medicina de Família e Comunidade atuantes na Estratégia de Saúde da Família do município de Florianópolis – Brasil**. 2011. 49p. Dissertação (Mestrado em políticas e gestão de saúde Europa – América Latina) - Universidade de Bolonha: Bolonha - Itália, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–305, 2010.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 109–116, fev. 2000.

NETO, C. et al. **Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 2, p. 198–204, jun. 2009.

NUNES, M. DO P. T. **Residência médica no Brasil: situação atual e perspectivas**. Cadernos ABEM, v. 1, p. 30–33, maio 2004.

OPAS/OMS. **Metas regionais: 2007-2015**. Disponível em: <<http://www.observatoriorh.org/?q=node/145>>. Acesso em: 5 fev. 2015.

PETTA, H. L. Formação de Médicos Especialistas no SUS: Descrição e Análise da Implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 72–79, 2013.

RAWAF, S.; MAESENEER, J. DE; STARFIELD, B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. **The Lancet**, v. 372, n. 9647, p. 1365–1367, 2008.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. DA; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação do Desempenho na Estratégia de Saúde da Família no Brasil: a utilização dos princípios ordenadores para a constituição de métricas. *In*: PIERANTONI C. R. (Org). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1a ed ed. Rio de Janeiro: CEPESC : IMS/UERJ : ObservaRH, 2011. p. 217–230

SCHAFER, S. et al. Rejecting family practice: why medical students switch to other specialties. **Family Medicine**, v. 32, n. 5, p. 320–325, maio 2000.

SCHIEFFER, M. (ED.). **Demografia Médica no Brasil, v. 2**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2

SCHIEL-ADLUNG, X. Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 11, p. 888–888, 2013.

SCOTT, I. et al. Determinants of choosing a career in family medicine. **CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne**, v. 183, n. 1, p. E1–8, 11 jan. 2011.

SEIXAS, P. H. D.; CORRÊA, A. N.; MORAES, J. C. MigraMed - migração médica no Brasil: tendências e motivações. *In*: PIERANTONI C. R. (Org). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1a ed ed. Rio de Janeiro: CEPESC : IMS/UERJ : ObservaRH, 2011. p. 133–150.

SENF, J. H.; CAMPOS-OUTCALT, D.; KUTOB, R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. **The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice**, v. 16, n. 6, p. 502–512, dez. 2003.

SILVESTRE, A. **Protesto - mobilização geral dos médicos**. Notícias. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2917>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344 (8930), p. 1129–1133, 22 out. 1994.

TABELAS**Tabela 1** - Distribuição das vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica de Acesso Direto (AD) e que exigem Pré-Requisito (PR), em número total e por 100 mil habitantes em 2014, nas capitais por região

Região	AD Total	AD capitais	PR	PR capitais
Região Norte	591	535 (90,5%)	161	159 (98,8%)
Região Nordeste	2.152	1.829 (85%)	992	930 (93,8%)
Região Sudeste	7.838	4.293 (54,8%)	4.576	3.134 (68,5%)
Região Sul	2.292	1.122 (49%)	1.139	815 (71,6%)
Região Centro-Oeste	922	846 (91,8%)	447	435 (97,3%)

Fonte: SGTES/IBGE/autora

Tabela 2 - Evolução do número de bolsas financiadas pelo PRÓ-RESIDÊNCIA entre 2010 e 2014 em especialidades de Áreas Básicas e Psiquiatria

UF	Cirurgia Geral		Clínica Médica		G.O*		MFC**		Pediatria		Psiquiatria	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014
AC	1	1			1	1						
AL			6			5				2	2	2
AM							35			5	5	5
BA	12	12	20		1		23			24		2
CE	10	18	6	27	6	14	57		3	15	2	11
DF							41					
ES		7	2	12	2	4		2		11		
GO	2	14	3	27	3	12	6	12	2	18		5
MA		1			10		4	4	6	6		5
MG	2	73	8	105	10	59	2	79	8	57	2	16
MS	6	6	6	12			8	2	6	12	1	1
MT		4		2				12				1
PA		41	2	48		25	23	43		21	2	3
PB		10	6	16		3	2	39		16		
PE	6	6	8	26	4	4	20	28	4	4		11
PI		2				5						
PR		14		39		15		52		28		12
RJ		7	5	23	4	16		82	7	27		8
RN						4						
RN		3								5		
RO		2	4	6		4				4		
RR	3	5	2	2				11		6		
RS	3	28		48	2	13	14	26	2	27	1	17
SC		2		22		13	10	42		8	2	2
SE		3		7				4		2		2
SP	3	100	2	275	13	129	66	176	7	176	1	70
TO		3				2		15				
Total	36	362	54	723	45	339	272	815	45	474	18	173

* G.O: Ginecologia e Obstetrícia; **MFC: Medicina de Família e Comunidade

Fonte: SGTES/MS

Tabela 3 - Evolução do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica nas especialidades prioritárias* da Portaria nº 1.248/13, entre 2009 e 2014

Especialidade	2009	2014	Aumento (%)
Anestesiologia	496	898	81 %
Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica	79	132	67 %
Cancerologia/Cancerologia Clínica	120	256	113 %
Cancerologia/Cancerologia Pediátrica	54	73	35 %
Cardiologia	411	728	77 %
Cirurgia Cardiovascular	85	103	21 %
Cirurgia do Trauma	47	103	119 %
Cirurgia Geral	1.209	1.782	47 %
Cirurgia Pediátrica	59	75	27 %
Clínica Médica	1.659	2.663	61 %
Geriatria	60	142	137 %
Medicina de Família e Comunidade	584	1.277	119 %
Medicina de Urgência	7	84	1.100 %
Medicina Intensiva	220	535	143 %
Medicina Nuclear	19	54	184 %
Nefrologia	185	325	76 %
Neonatologia	221	423	91 %
Neurocirurgia	116	154	33 %
Neurologia	162	251	55 %
Ginecologia e Obstetrícia	864	1.350	56 %
Ortopedia e Traumatologia	488	896	84 %
Patologia	109	149	37 %
Pediatria	1.166	1.763	51 %
Psiquiatria	306	520	70 %
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	287	497	73 %
Radioterapia	33	78	136 %
Total Geral	9.046	15.311	69%

* Foram omitidas informações das vagas de Programas de Residência Médica em Transplantes, por falta de informações no ano de 2009

Fonte: CNRM/MEC

Tabela 4 - Evolução do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica entre 2009 e 2014 em especialidades de Áreas Básicas e Psiquiatria, por Estado

UF	MFC		Pediatría		Clínica Médica		Cirurgia Geral		G.O*		Psiquiatria	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
AC	6	6	5	5	6	6	5	6	3	4		
AL	2	7	7	11	6	6	6	8	9	20	2	4
AM	10	43	5	18	21	26	13	16	13	15	3	5
AP			8	8	4	8	4	10	4	8		
BA	12	45	44	77	63	114	48	65	28	37	9	13
CE	100	85	38	64	47	83	28	45	24	42	15	21
DF	4	9	47	69	70	91	43	50	42	46	10	12
ES		8	20	41	16	39	8	37	5	20		
GO		12	17	28	37	48	19	24	15	25	4	11
MA	5	4	18	15	9	20	9	20	14	11		5
MG	77	160	113	187	176	335	117	228	86	157	28	42
MS	7	7	12	28	21	34	18	28	15	19	4	6
MT	4	12	10	18	8	18	10	18	7	12		1
PA	10	32	10	24	25	44	21	36	10	16	5	5
PB		45	11	32	15	32	10	20	4	12		7
PE	22	44	42	54	61	96	49	48	49	54	4	18
PI	10		5	8	7	13	8	14	6	23	3	3
PR	29	93	53	80	85	142	62	113	40	66	12	29
RJ	39	182	181	214	219	258	160	176	109	143	39	50
RN	15	32	15	23	14	19	11	16	8	19	7	9
RO			4	8	4	6	4	6	4	8		
RR		8	4	6	4	6	3	5	4	4		
RS	78	124	97	109	148	205	105	129	81	91	46	71
SC	30	56	23	53	58	126	40	86	16	46	5	13
SE	7	6	4	11	8	21	8	20	2	7		4
SP	117	237	373	565	527	851	400	547	266	437	110	189
TO		20		7		8		11		8		2
Total	584	1.227	1.166	1.763	1.659	2.663	1.209	1.782	864	1.350	306	520

*GO: Ginecologia e Obstetrícia

Fonte: SGTES/MS

GRÁFICOS

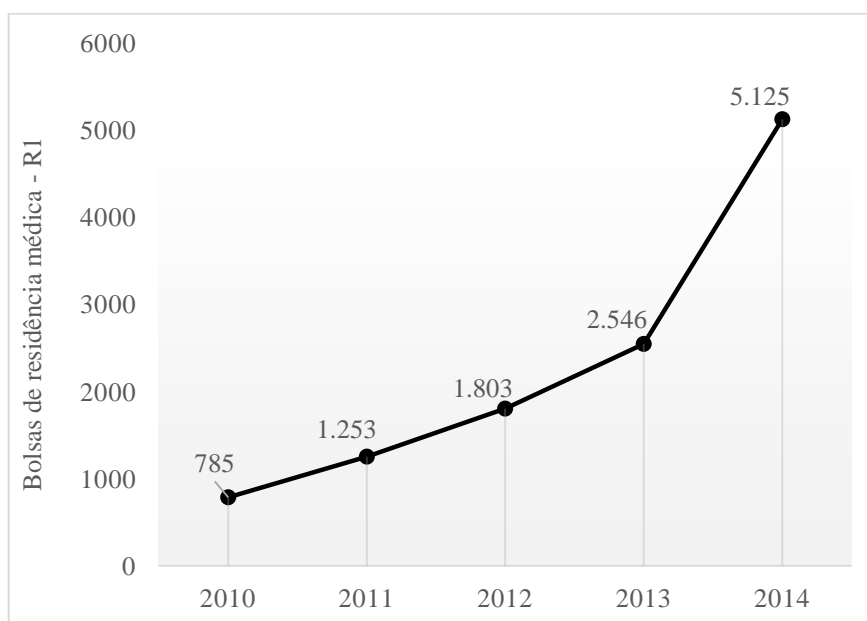


Gráfico 1 - Evolução do número de Bolsas de residência médica de primeiro ano financiadas pelo Ministério da Saúde entre 2010 e 2014

Fonte: DPREPS/SGTES/MS

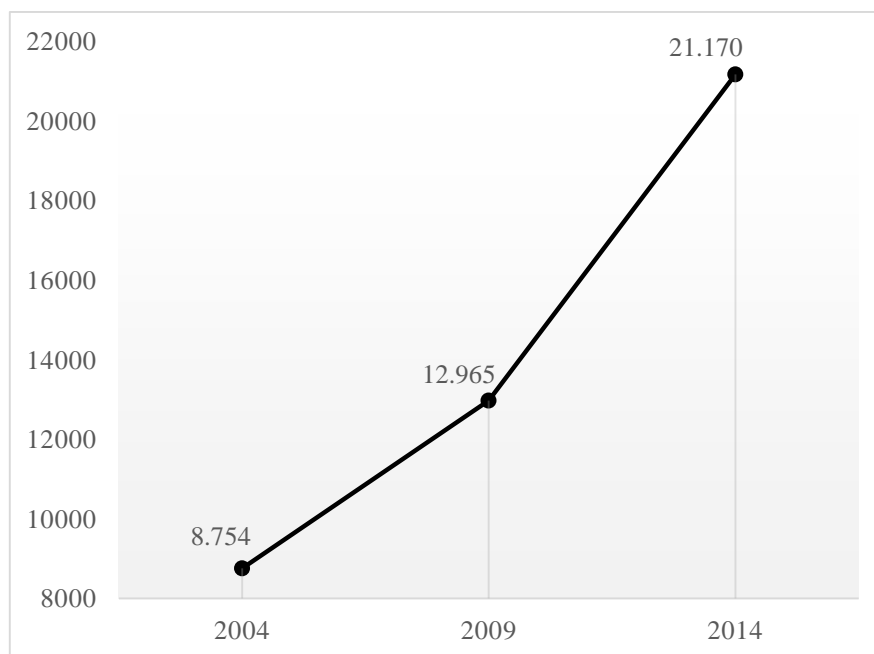


Gráfico 2 - Total de vagas de primeiro ano em Programas de Residência no Brasil entre 2004 e 2014

Fonte: ano de 2004 - Nunes, 2004; anos de 2009 e 2014 – CNRM/MEC

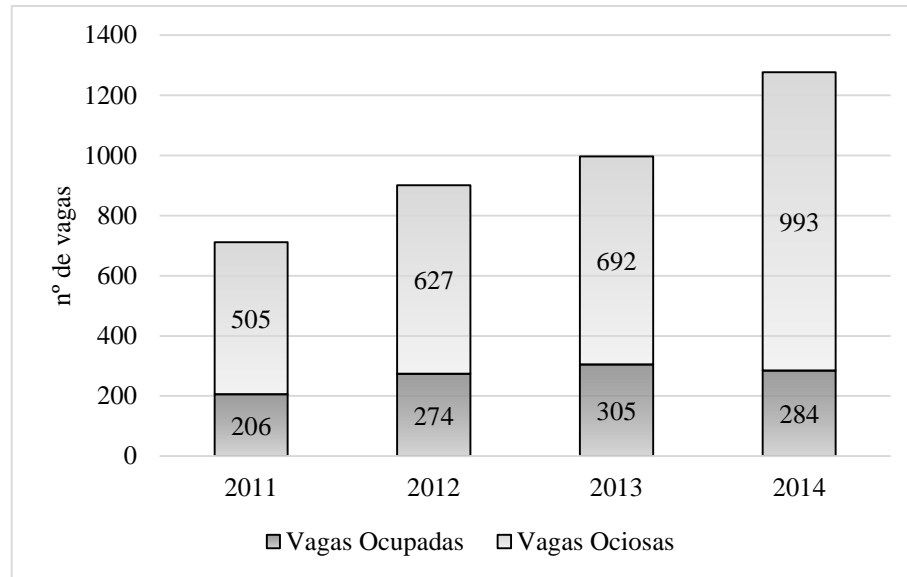


Gráfico 3 - Situação das vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), entre 2011 e 2014

Fonte: CNRM/MEC

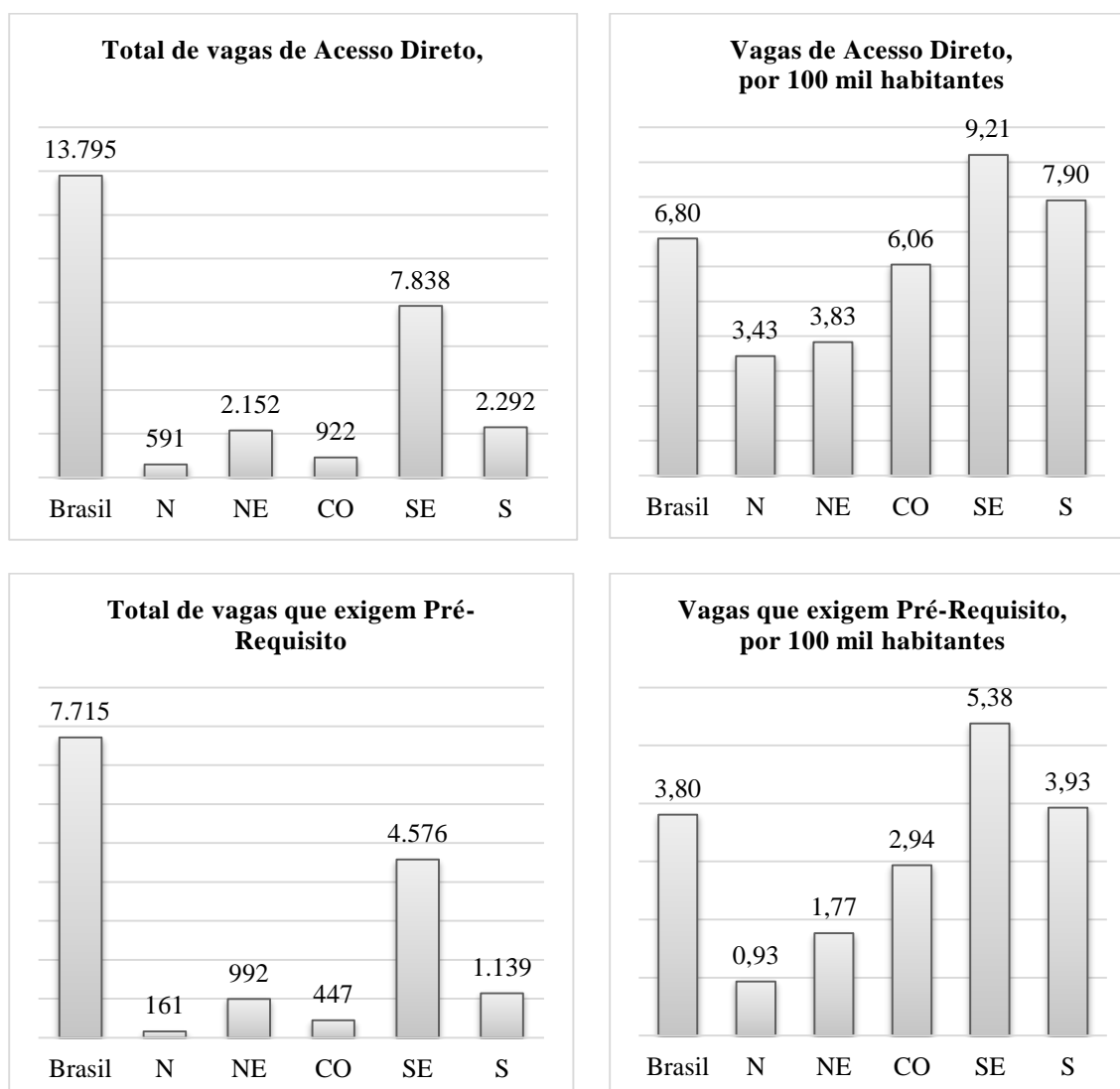
FIGURAS

Figura 1 - Distribuição nas Regiões do Brasil das vagas de primeiro ano de Programas de Residência Médica de Acesso Direto e das vagas que exigem Pré-Requisito em 2014, em número total e por 100 mil habitantes

Fonte: CNRM/IBGE/autora

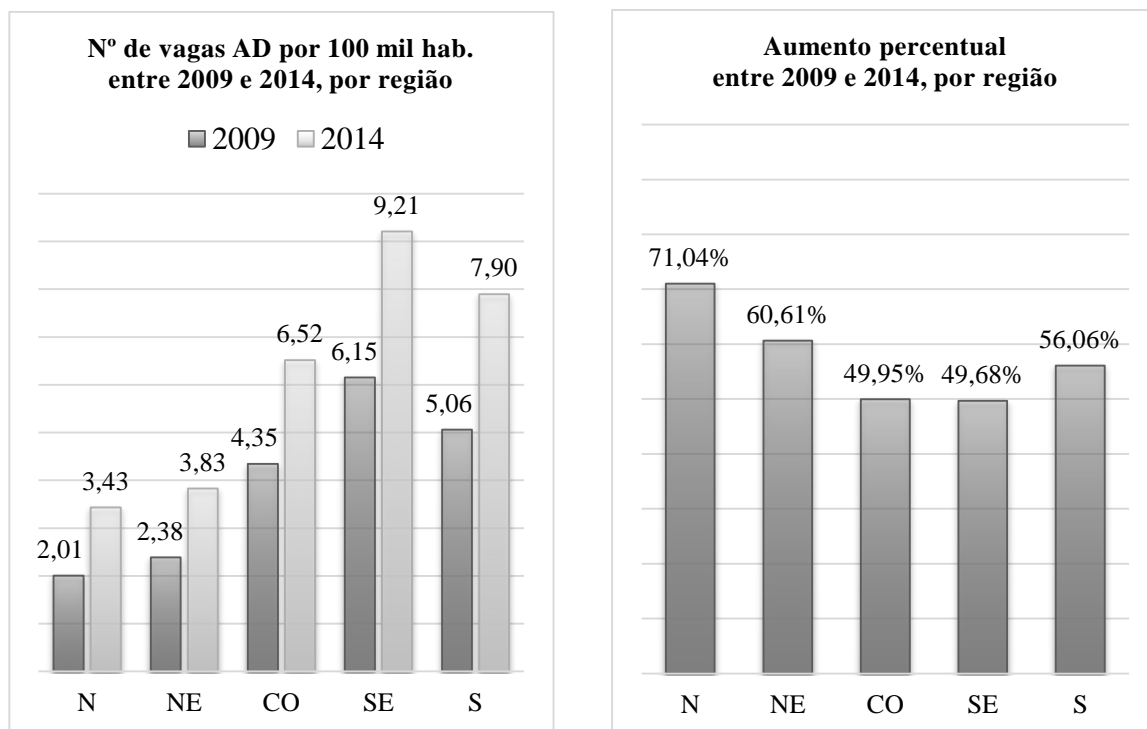


Figura 2 - Variação do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica de Acesso Direto (AD), por 100 mil habitantes, nos anos de 2009 e 2014

Fonte: DPREPS/SGTES/MS

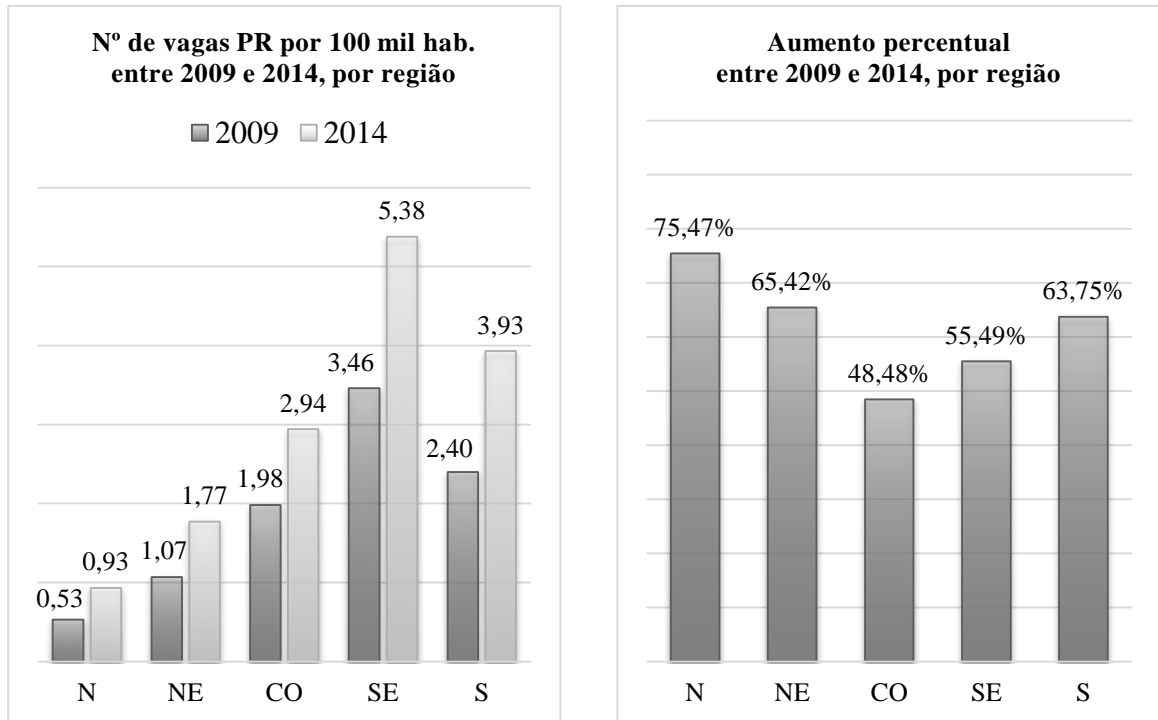


Figura 3 – Variação do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica que exigem Pré-Requisito (PR), por 100 mil habitantes, nos anos de 2009 e 2014

Fonte: DPREPS/SGTES/MS

QUADROS**Quadro 1** – Número de bolsas de primeiro ano de Programas de Residência Médica financiadas pelo Ministério da Saúde, por Edital

Edital	Ano de referência de oferta de novas vagas financiadas pelo edital	Número de bolsas de 1º ano financiadas pelo Ministério da Saúde
Edital nº 7, de 22 de outubro de 2009	2010	785
Edital nº 19, de 21 de julho de 2010	2011	468
Edital nº 18, de 7 de novembro de 2011 (renovado em 2012)	2012	550
Edital nº 18, de 7 de novembro de 2011 (renovado em 2012) II	2013	743
Edital nº 29, de 27 de junho de 2013	2014	2.579

Fonte: SGTES/MS

Quadro 2 - Programas de Residência em especialidades e áreas de atuação prioritárias existentes em 2014 e que não existiam em 2009, por estado (continua)

AC	
<ul style="list-style-type: none"> • Anestesiologia • Cancerologia/Cancerologia Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatologia • Radioterapia
AL	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica • Geriatria • Medicina Intensiva Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurocirurgia • Radiologia e Diagnóstico por Imagem
AM	
<ul style="list-style-type: none"> • Neonatologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiologia e Diagnóstico por Imagem
AP	
<ul style="list-style-type: none"> • Anestesiologia • Cirurgia do Trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatologia
BA	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica • Medicina de Urgência 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Nuclear • Radioterapia
CE	
<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria • Medicina de Urgência 	<ul style="list-style-type: none"> • Patologia
ES	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/Cancerologia Clínica • Cirurgia do Trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria • Medicina de Família e Comunidade
GO	
<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia Cardiovascular • Cirurgia do Trauma • Medicina de Família e Comunidade • Medicina de Urgência 	<ul style="list-style-type: none"> • Nefrologia Pediátrica • Neonatologia • Neurocirurgia
MA	
<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatria 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiologia e Diagnóstico por Imagem
MS	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/Cancerologia Pediátrica • Cirurgia Pediátrica • Medicina Intensiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Nefrologia • Radiologia e Diagnóstico por Imagem
MT	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica • Cancerologia/Cancerologia Clínica • Neurologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatria • Radiologia e Diagnóstico por Imagem
PA	
<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia do Trauma • Medicina de Urgência • Medicina Intensiva Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurologia • Ortopedia e Traumatologia
PB	
<ul style="list-style-type: none"> • Medicina de Família e Comunidade • Medicina Intensiva Pediátrica • Neonatologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ortopedia e Traumatologia • Psiquiatria

Quadro 2 (conclusão) - Programas de Residência em especialidades e áreas de atuação prioritárias existentes em 2014 e que não existiam em 2009, por estado.

PE

- Geriatria
- Medicina de Urgência
- Medicina Nuclear
- Neurologia Pediátrica
- Radioterapia

PI

- Cardiologia
- Cirurgia Pediátrica
- Medicina Intensiva
- Nefrologia

RN

- Medicina Nuclear

RO

- Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica
- Cancerologia/Cancerologia Clínica
- Medicina Intensiva

RR

- Anestesiologia
- Medicina de Família e Comunidade
- Medicina de Urgência
- Medicina Intensiva
- Neonatologia
- Ortopedia e Traumatologia

SE

- Anestesiologia
- Cirurgia Cardiovascular
- Cirurgia do Trauma
- Medicina Intensiva
- Neonatologia
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Psiquiatria

TO

- Anestesiologia
- Cirurgia do Trauma
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Ginecologia e Obstetrícia
- Medicina de Família e Comunidade
- Medicina Intensiva
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Nefrologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Pediatria
- Psiquiatria

Fonte: CNRM/MEC

Quadro 3 - Especialidades e áreas de atuação prioritárias inexistentes em Programas de Residência em 2014, por estado (continua)

AC	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica • Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica • Cirurgia Pediátrica • Geriatria • Medicina Intensiva • Medicina Nuclear 	<ul style="list-style-type: none"> • Nefrologia • Neurocirurgia • Neurologia • Patologia • Psiquiatria
AL	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/ Cancerologia Clínica • Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica • Cirurgia do Trauma • Cirurgia Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Nuclear • Neurologia • Radioterapia
AM	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica • Cirurgia do Trauma • Cirurgia Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria • Medicina Nuclear • Radioterapia
AP	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica • Cancerologia/ Cancerologia Clínica • Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica • Cardiologia • Cirurgia Pediátrica • Geriatria • Medicina de Família e Comunidade • Medicina Intensiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Nuclear • Nefrologia • Neurocirurgia • Neurologia • Ortopedia e Traumatologia • Patologia • Psiquiatria • Radioterapia
CE	
<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia do Trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Nuclear
DF	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Nuclear
ES	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica • Cirurgia Pediátrica • Medicina Nuclear 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurocirurgia • Psiquiatria • Radioterapia
GO	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Nuclear
MA	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica • Cancerologia/ Cancerologia Clínica • Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica • Cirurgia do Trauma • Cirurgia Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria • Medicina Nuclear • Neurocirurgia • Neurologia
MS	
<ul style="list-style-type: none"> • Cancerologia/ Cancerologia Clínica • Cirurgia do Trauma • Geriatria • Medicina Nuclear 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurologia • Patologia • Radioterapia

Quadro 3 (continuação) - Especialidades e áreas de atuação prioritárias inexistentes em Programas de Residência, por estado, em 2014 (continua)

MT

- Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica
- Cirurgia do Trauma
- Cirurgia Pediátrica
- Geriatria
- Medicina Nuclear
- Nefrologia
- Patologia
- Radioterapia

PA

- Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica
- Medicina Nuclear
- Neonatologia
- Patologia
- Radioterapia

PB

- Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica
- Cancerologia/ Cancerologia Clínica
- Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica
- Cardiologia
- Cirurgia do Trauma
- Cirurgia Pediátrica
- Geriatria
- Medicina Nuclear
- Nefrologia
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Patologia
- Radioterapia

PI

- Anestesiologia
- Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica
- Cancerologia/ Cancerologia Clínica
- Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica
- Cirurgia do Trauma
- Geriatria
- Medicina de Família e Comunidade
- Medicina Nuclear
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Patologia
- Radioterapia

PR

- Medicina Nuclear

RJ

- Administração em Saúde

RN

- Cirurgia do Trauma
- Cirurgia Pediátrica
- Geriatria

RO

- Anestesiologia
- Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica
- Cardiologia
- Cirurgia do Trauma
- Cirurgia Pediátrica
- Geriatria
- Medicina de Família e Comunidade
- Medicina Nuclear
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Patologia
- Psiquiatria
- Radioterapia

RR

- Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica
- Cancerologia/ Cancerologia Clínica
- Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica
- Cardiologia
- Cirurgia do Trauma
- Cirurgia Pediátrica
- Geriatria
- Medicina Nuclear
- Nefrologia
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Patologia
- Psiquiatria
- Radioterapia

Quadro 3 (conclusão) - Especialidades e áreas de atuação prioritárias inexistentes em Programas de Residência, por estado, em 2014**SC**

- Cirurgia do Trauma
- Medicina Nuclear

SE

- Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica
- Cancerologia/ Cancerologia Clínica
- Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica
- Cirurgia Pediátrica
- Geriatria
- Medicina Nuclear
- Patologia
- Radioterapia

TO

- Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica
- Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica
- Cardiologia
- Cirurgia Pediátrica
- Geriatria
- Medicina Nuclear
- Neonatologia
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Patologia
- Radioterapia

Fonte: CNRM/MEC

ARTIGO 2**Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre Governo e Entidades Médicas**

Mais Médicos Program: stress elements between Government and Medical Organizations

Autoras

Maria Martins Alessio³

Maria Fatima de Sousa⁴

³ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Consultora Técnica do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde/SGTES - Ministério da Saúde

Endereço: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / Faculdade de Ciências da Saúde - FS/UnB. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília. CEP 70910-900, Brasília, DF, Brasil

E-mail: maria.alessio@gmail.com

⁴ Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da Universidade de Brasília. Departamento de Saúde Coletiva e da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde- FS/UnB. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília. CEP 70910-900, Brasília, DF, Brasil.

E-mail: mariafatimasousa@uol.com.br

RESUMO:

Em agosto de 2013, se iniciou a chegada dos primeiros médicos estrangeiros no âmbito do Programa Mais Médicos. A demanda dos gestores municipais por médicos chegou a 15.460 vagas, que não foram preenchidas por médicos brasileiros apenas. Após um ano do seu início, o Programa contava com 14.462 médicos atuando em 3.785 municípios e assistindo uma população de cerca de 50 milhões de pessoas. O seu processo de implantação foi cercado de disputas judiciais e embates ideológicos advindas, de maneira mais contundente, dos médicos e suas entidades representativas. Ignoradas as construções coletivas em torno da criação e desenvolvimento do SUS, mas também em torno do tema de Recursos Humanos para Saúde, a iniciativa de criação do Programa foi creditada pelas entidades médicas como tendo sido uma medida unilateral do governo Federal, eleitoreira e sem planejamento. O artigo se propõe a resgatar alguns momentos do processo histórico que deu origem ao Programa, além de destacar os elementos de tensão entre governo e entidades médicas. Trata-se estudo exploratório com pesquisa bibliográfica e documental. Analisando dados e tendências nacionais e internacionais, além de elementos que aparecem em discursos ligados a médicos e suas entidades representativas, é possível inferir que o Programa Mais Médicos pode não estar sendo compreendido na sua totalidade, que vai além da provisão imediata de médicos em lugares desassistidos, assim como a compreensão do papel regulador do Estado para cumprir a constituição está sendo confundida com interferência na autonomia da profissão médica.

Palavras-chave: Políticas de Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Demografia /provisão & distribuição; Internato e Residência; Planejamento em Saúde.

ABSTRACT:

In August 2013, the first foreign doctors started to arrive in Brazil through the Mais Medicos Program. The demand for physicians by municipal managers reached 15.460 vacancies that were not filled by Brazilian physicians only. One year after its inception, the Program had 14.462 doctors working in 3.785 municipalities and attending to a population of about 50 million people. The implementation process was characterized by legal disputes and ideological confrontations, which were mostly brought forward by doctors and their union representatives. Ignoring the collective constructions around the creation and development of the SUS, but also around the topic of Human Resources for Health, the initiative for the creation of the Program was perceived by medical authorities as a unilateral, unplanned measure by the federal government for the purposes of winning votes. This article intends to rescue some moments of the historical process which led to the creation of the Mais Medicos Program, highlighting the tension between members of the government and medical organisations. This is an exploratory study with bibliographic and documentary research. Analysing domestic and international data and trends, as well as elements that appear in speeches related to doctors and their representative bodies, it can be inferred that the Mais Medicos Program is not being understood in its entirety, which goes beyond the immediate provision of doctors in places unaided. Furthermore, the regulatory role of the State to ensure compliance with the constitution is being confused with interference in the autonomy of the medical profession.

Keywords: Health Policies; Health Manpower; Demography / supply & distribution; Internship and Residency; Health Planning.

INTRODUÇÃO

Há mais de três décadas, o Brasil reconhece a necessidade de mais médicos no seu território; reconhece ainda que estes profissionais estão concentrados na região Sul e Sudeste e nas capitais. Por deliberação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em março de 1986, aconteceu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, em outubro do mesmo ano e que contou com a participação de mais de 500 pessoas. Em seu relatório final se afirmou:

A formação de mão-de-obra em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem às necessidades dos serviços (Brasil, Ministério da Saúde, 1986).

A partir de então, o tema de Recursos Humanos em Saúde estaria fortemente presente em todas as CNS (Sousa e Mendonça, 2014).

Em agosto de 2013, se iniciou a chegada dos primeiros médicos estrangeiros no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Pouco antes de ser lançado o edital de adesão de municípios, em 9 de julho de 2013 fora publicado 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 vagas (COSEMS/SP, 2013), que não foram preenchidas por médicos brasileiros apenas e, como previsto na legislação (BRASIL, 2013), os médicos estrangeiros foram convocados para suprir esta necessidade. Mais outros vários ciclos de chamamento de médicos brasileiros e estrangeiros viriam a ser estabelecidos até que se atingisse a meta: a de atender à demanda de todos os gestores, dentro do limite do teto da Atenção Básica de cada município. Completado um ano do início do Programa Mais Médicos (PMM), 14.462 médicos estavam atuando em 3.785 municípios de todos os Estados do País e assistindo uma população de cerca de 50 milhões de pessoas⁵. Pela primeira vez, todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DISEI) existentes no Brasil registraram a presença de médicos de maneira ininterrupta nos seus territórios. Dentre estes mais de 14 mil médicos, apenas 1.846 eram brasileiros (Chioro, 2014).

O PMM é um programa com um espectro de ações que variam de curto a longo prazo; de emergenciais a estruturais e que se desenvolve em três eixos fundamentais: (i) ampliação e

⁵ 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 3.000 (Portaria nº 2.488/2011)

melhoria da infraestrutura de unidades de saúde; (ii) provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas; e (iii) formação de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2013). Desta maneira, a participação de médicos estrangeiros na Atenção Básica é parte e não o todo do PMM. Das ações estruturantes para o SUS na Lei nº 12.871/2013, destacam-se a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, levando em conta a relação do número de vagas e número de médicos por habitante, assim como disponibilidade de campo de prática adequado (Art 2º); a efetiva implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina, definidas pelo Conselho Nacional de Educação (Brasil, 2014), com expansão da carga horária para um mínimo de 30% a ser desenvolvida na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS durante o internato na graduação (Art. 4º); as ações com vistas à universalização das vagas de Residência Médica para todos os egressos dos cursos de medicina do país (Art. 5º); a reorientação da formação de médicos especialistas para a necessidade do SUS (Art. 7º); a reestruturação das Unidades Básicas de Saúde com recursos da União (Art. 30) e a criação do Cadastro Nacional de Especialistas para parametrização das ações de saúde pública no país (Art. 34) (BRASIL, 2013). Além disso, instituições privadas de ensino já não podem protocolar pedidos de abertura de novas escolas de maneira livre como o faziam antes da Lei nº 12.871/2013, pela qual passam a ser regidas e por edital específico em que são listados municípios aptos a desenvolverem um curso de medicina e numa região com menores razões vaga/habitante ou médico/habitante (Brasil, Ministério da Educação, 2014).

Acusado pelas entidades médicas de ter lançado tal programa como medida eleitoreira (Callegari, 2014; Sá, 2013) 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 22 de outubro de 2013 consolidando, assim, o PMM (BRASIL, 2013). Em abril do mesmo ano, a presidente Dilma já havia sido clara quanto à forte possibilidade de contratação de médicos estrangeiros pelo Governo Federal durante encontro com gestores municipais em Brasília (Brasil, Palácio do Planalto, 2013) e após ter recebido abaixo-assinado do movimento “Cadê o Médico” organizado pela Frente Nacional de Prefeitos, em janeiro (Frente Nacional de Prefeitos, 2013).

No livro intitulado “Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro”, Sousa e Mendonça (2014) 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 Federal (Brasil, Supremo Tribunal Federal, 2013); Nunes, 2013). Onze dias após o lançamento do PMM, as entidades médicas anunciaram, no dia 19 de julho de 2013, que deixariam de participar de todas as Câmaras, Comissões e Grupos de Trabalho dos ministérios da Saúde e da Educação, assim como do Conselho Nacional de Saúde em protesto contra as “decisões unilaterais do Governo” (CFM, 2013b).

Paralelamente a esse momento vivido no Brasil, no Mundo se discute o tema da crise dos recursos humanos em saúde à exaustão em artigos, fóruns e conferências internacionais (WHO, [s.d.]; Crisp e Chen, 2014).

Este artigo é parte da dissertação do Mestrado Profissional do Programa de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e pretendeu resgatar alguns momentos do processo histórico que deu origem ao PMM, que não os protestos de junho de 2013, além de destacar os elementos de tensão gerados neste 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 SERVIÇOS MÉDICOS NO PAÍS

O Programa Mais Médicos foi anunciado em um momento de efervescência política no país, em um ano em que protestos de rua se alastraram por diversas cidades brasileiras, em um fenômeno já visto no país nas lutas pela redemocratização do Brasil, em décadas passadas. Distintamente de outrora, a negação da política e a “dimensão mágica” do “basta querer para fazer acontecer” (Chauí, 2013) tomou o lugar da valorização da política e atitudes propositivas dos atores do passado. Entretanto, 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” (Chauí, 2013).

Dentre tantos outros, o tema “saúde” apareceu frequentemente nestes protestos. Em fevereiro de 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) já havia divulgado estudo sobre a percepção da população sobre o SUS (IPEA, 2011).

A pesquisa gerou o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), que aponta a falta de médicos como um dos principais problemas identificados por aqueles que usam e os que não utilizam os serviços do SUS, enquanto o acesso universal e gratuito e a Estratégia Saúde da Família são os pontos mais elogiados (Rede Unida, 2011).

De fato, em dezembro do mesmo ano, o Conselho Federal de Medicina (CFM) entregou estudo sobre demografia médica ao Ministério da Saúde, no qual apresentava vários pontos importantes, como uma gritante desigualdade na distribuição de médicos no território brasileiro, mas também entre sistemas público e privado de saúde (CFM, 2011).

Um trabalho do Observatório de Recursos Humanos em Saúde de Minas Gerais, de junho de 2010, já havia trazido resultados em relação à construção de um índice para medir a intensidade da escassez de médicos considerando as brutais diferenças nas realidades geográficas e socioeconômicas em cada região do país, entendendo não ser adequado restringir-se ao parâmetro simplista de número de médicos pela população local. 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), “7% dos municípios brasileiros não contavam com médicos residindo em seus limites e em torno de 25% contavam com a razão de um médico para mais de 3.000 habitantes” (Girardi *et al.*, 2010 - pag. 4).

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, que teve como objetivo “debater e oferecer subsídios para a construção de propostas e de viabilidade política e técnica que assegurem acesso universal aos serviços de atenção saúde [...]” (Brasil, 2012). 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. Seu conteúdo certamente orientou o planejamento da política nacional de enfrentamento à questão do provimento e fixação de profissionais de saúde, como parte do objetivo estratégico de garantir o acesso universal e com qualidade às ações e serviços de saúde do país.

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”, por meio da Portaria nº 266, de 15 de fevereiro de 2012 e que previa a participação de representantes de entidades profissionais, de ensino e gestores da área da saúde (Brasil, 2012). Em outubro de 2013 acontece, em Recife, o III Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde em Recife – “Enfrentar o grande desafio que representam os Recursos Humanos em Saúde”, cujo tema fora “Recursos Humanos para a Saúde: base para uma Cobertura de Saúde Universal e para a agenda de desenvolvimento pós 2015”. Edições anteriores do Fórum aconteceram em Kampala - Uganda, em 2008 e Bangkok - Tailândia, em 2011, todos abordando a questão da crise de Recursos Humanos em Saúde ao redor do Mundo (WHO, [s.d.]). Em recente artigo do *The New England Journal of Medicine*, 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. Transições demográficas, epidemiológicas e de custos das doenças influem nesta crise e exercem força importante em mudanças nos sistemas de saúde, no papel dos diferentes profissionais de saúde e na maneira de formar estes profissionais. Os autores ponderam, ainda, que “profissionais de saúde estão migrando, assim como pacientes viajam a procura de tratamento”; desta forma, “profissionais da saúde estão interligados, encarando desafios compartilhados” (Crisp e Chen, 2014 - pag. 950).

Enquanto a Lei nº 12.871/2013, em seu Artigo 30, delimita o número de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil 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% destes médicos com diploma estrangeiro dos EUA e Inglaterra (60,2% e 75,2% respectivamente) vêm de países de baixa renda, como Filipinas e Índia (Mullan, 2005). Até o final de 2012, o Brasil contava com 388.015 médicos⁶ com registro ativo; destes apenas 1,75% eram estrangeiros ou brasileiros formados no exterior⁷ (Scheffer, 2013). 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 4 e nunca passou por “nivelamento” com formandos brasileiros, o que não nos permite avaliar se se trata de avaliação inclusiva ao nível dos conhecimentos da média dos médicos brasileiros ou um teste de caráter excludente.

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 5), o que tem sido motivo de argumentação das entidades médicas contra o aumento de vagas em cursos de medicina no Brasil, que remontam a campanhas como a lançada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) em 1999: “Novos cursos de Medicina fazem mal à saúde” (CREMESP, 2004). Outros exemplos não são infrequentes; em matéria para o jornal Folha de São Paulo, Abramczyk destaca a manifestação da Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Paulista de Medicina e outras entidades médicas contra a criação de novas escolas médicas (Abramczyk, 2006). Em sítio eletrônico do CFM, Brandão afirma que a abertura de novos cursos de medicina não resolverá o “caos do atendimento” (Brandão, 2011) 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 Brasil (CFM, 2012).

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 brasileira (Laboissière, 2012). Portanto, não nos parece que os EUA têm 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

⁶ 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 ativo.

⁷ Há números divergentes apresentados no estudo em questão; para este trabalho, consideramos 6.822 o número total de médicos estrangeiros atuando no país em 2012.

abertura de novas vagas de graduação. Desta 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 a Universidade Estadual de Maringá-PR oferecer 40 vagas anuais de medicina (ABEM, [s.d.]) e a University of Minnesota Medical School (EUA), 230 vagas ao ano (StartClass, [s.d.]). 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 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 4). Em artigo intitulado “Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil”, Buchan, Fronteira e Dussault, (2011 - pag. 3) evidenciam 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.”⁸

No entanto, concluem que, ao longo dos anos e com significativas mudanças no processo político brasileiro, nem todas as iniciativas obtiveram igual sucesso, mas a dinâmica de investimento em políticas para Recursos Humanos em Saúde foi mantida. Além disso, trazem recente revisão da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), na qual destacam que o setor público brasileiro exerceu importante papel em promover estabilidade e estabelecer condições para o desenvolvimento econômico e social (Buchan, Fronteira e Dussault, 2011).

⁸ Livre tradução

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” (Silvestre, 2013), a petição de anulação do PMM elaborada pela AMB ao Supremo Tribunal Federal (AMB, CFM, 2013), e a nota divulgada pelo CFM e Conselhos Regionais de Medicina sobre balanço de um ano do PMM feito pelo Governo Federal (CREMESP, 2014):

1. A atuação de médicos estrangeiros sem revalidação de diploma pelo Revalida – nesta linha de argumentação, os 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, que entregariam profissionais de qualidade duvidosa ao mercado de trabalho 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 – os discursos que permeiam esta ideia 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 neste quesito e as legislações vigentes a respeito do tema que facilitariam ou dificultariam o processo.
4. Não há falta de médicos, mas uma má distribuição deles no território nacional – nesta linha de pensamento, os discursos ignoram a urgência do provimento de atenção médica onde há desassistência ou sub assistência médica e o fato de que a simples existência de médicos – das mais diversas especialidades – no território nacional não os torna necessariamente disponíveis para trabalhar na Atenção Básica.

É amplamente sabido do incontestável papel da Atenção Básica em Saúde nos indicadores de internação hospitalar como revela o estudo de Mafrá (2011), 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 que as internações por condições sensíveis à atenção básica caíram de 35,8% para 33,2% (IBGE, 2014).

Nesse sentido, o PMM levou mais de 14 mil profissionais para atuar na Atenção Básica de cerca de 3,7 mil municípios, com um aumento da cobertura populacional em mais de 50 milhões de brasileiros em todo o país. Entre janeiro de 2013 e janeiro de 2014, o número geral de consultas realizadas na Atenção Básica cresceu cerca de 35%, tendo o encaminhamento a hospitais diminuído em 20% (Oliveira, 2014). Ainda assim, após um ano do PMM, o CREMESP publica artigo em seu sítio na internet, no qual é dito que “O Programa Mais Médicos 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” (Rosa, 2014).

A Constituição Federal de 1988 traz o conceito de dever do Estado a garantia do direito à saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...]

Evidentemente o Programa Mais Médicos não está sendo entendido como uma estratégia de garantia imediata de direitos, à medida que são construídas e consolidadas políticas públicas efetivas e de longo prazo para recursos humanos em saúde.

Entende-se que o que está fundamentalmente em confronto é o dever do estado de garantir acesso universal à assistência à saúde prevista na constituição (e a urgência exigida no atendimento desse direito) versus o entendimento equivocado 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. (2008) em artigo que

analisam os imaginários presentes na formação dos profissionais de saúde relativamente à regulação e ao exercício da profissão. Um trecho de um artigo publicado no sítio eletrônico 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 [...]” (Coutinho, 2013).

Santos e Merhy, (2006), em seu artigo intitulado *A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão* 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” (Santos e Merhy, 2006). 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. Uma explicação plausível repousaria sobre a evidente lacuna dos currículos dos cursos médicos sobre os sentidos da regulação pelo Sistema Único de Saúde (Ceccim *et al.*, 2008).

Desde o primeiro anúncio da vinda de médicos estrangeiros ao Brasil, em 21 de 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 4).

Mas esta 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 Projeto Mais Médicos para o Brasil. Movimentos de depreciação do médico estrangeiro e negação de atendimentos encaminhados por estes à atenção secundária ou assistência farmacêutica aconteceram lá como acontecem aqui (Ros, da *et al.*, 2008; Martins, 2014; Resende, 2014). Médicos brasileiros chegam a submeter colegas estrangeiros a julgamentos sumários públicos ao expor suas prescrições identificadas em redes sociais e blogs⁹, negando-

⁹ <http://www.perito.med.br/p/cubanadas-na-saude-do-brasil.html>

lhes o direito ao contraditório em investigação e julgamento por órgão competente, no caso, os Conselhos Regionais de Medicina (CRM).

Os CRM, 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 negar o registro provisório (Registro Único) aos médicos do programa causaria desamparo aos cidadãos das camadas mais pobres de nossa sociedade. Entendeu também 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 saúde (Ministério da Saúde, 2013). Em outubro de 2013 foi editado o decreto nº 8.126 que autoriza o Ministério da Saúde a emitir Registro Único aos médicos do PMM.

As ações mais contundentes contra o Programa pelas entidades médicas parecem ter sido 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, especialmente no que tange o acesso ao profissional médico, a urgência e emergência da situação de saúde no país, necessárias para justificar a edição de uma medida provisória prevista na Constituição Federal do Brasil. A justificativa da urgência na suspensão do Programa, por outro lado, residiria no “dano irreparável ou de difícil reparação à saúde do povo brasileiro” (AMB, CFM, 2013) quanto mais demorasse a decisão pela suspensão dos efeitos da MP nº 621/2013. Os pedidos foram apreciados e indeferidos; um dos argumentos centrais usados em uma das negativas foi exatamente a urgência de medidas em favor da população desassistida: “Assim, o cenário indica, ao contrário do sugerido na inicial, a existência de periculum in mora inverso, ou seja, o perigo na demora de fato existe, porém milita em favor da população” (Brasil, Supremo Tribunal Federal, 2013).

Desta forma, é possível perceber os importantes embates e disputas ocorridos no âmbito do Programa Mais Médicos 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 médicos 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 neste 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 Atenção Básica.

Morais e colaboradores, 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, quando nos títulos das matérias, prevaleceram as conotações pessimistas ou de cunho negativo (Morais *et al.*, 2014).

Em seu artigo intitulado *Comunicação e opinião pública*, Novelli traz que deve-se considerar que “a opinião pública é um processo contínuo em permanente evolução que decorre da troca mútua de experiências, argumentos e informações” (Novelli, 2007). De fato, de junho a novembro de 2013, Carvalho, F. C. (2014) percebe, em seu trabalho *A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística*, 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” (Carvalho, 2014).

Não deixa de ser preocupante perceber que grande parte dos que se opõem ao Programa Mais Médicos, 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 os planos de carreira tenham sido projetados e estabelecidos para atrair os profissionais médicos, ou se políticas afirmativas de curto prazo seriam imprescindíveis para garantir o acesso imediato ao direito universal à saúde.

OUTROS ELEMENTOS PARA O DEBATE

Assim como o bolsa família mostrou-se um programa efetivo na diminuição da desigualdade social e capaz de gerar mudanças duradouras numa sociedade criando toda uma rede permanente ao redor da distribuição de renda em uma comunidade e se mostrar paulatinamente dispensável a medida que as famílias vão se tornando autônomas financeiramente (Rasella *et al.*, 2013), é preciso compreender o Projeto Mais Médicos para o Brasil como iniciativa autolimitada dentro do Programa Mais Médicos para entendê-lo e porventura apoiá-lo. 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 na reformas e construção de novas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para qualificar a assistência (Brasil, Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica, [s.d.]), 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 as 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 notável (Brasil, Ministério da Educação, [s.d.]), 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 nestas localidades. Entretanto, é preciso destacar a preceptoria e os cenários de prática como nós críticos para sucesso do programa de expansão de vagas de graduação e residência médica e da mudança curricular pretendida e reiterar a importância de investimento nestes 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 quais 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 Atenção Básica.

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 muitas vezes fogem ao coletivo, dos acontecimentos e contextos nacionais e internacionais. Particularmente em relação ao PMM, fazer-se entender que não há desvalorização do médico brasileiro na contratação emergencial de médicos estrangeiros para um fim específico.

REFERÊNCIAS

ABEM. **Escolas Médicas**. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/escolas_medicas_sul2.php>. Acesso em: 5 fev. 2015.

ABRAMCZYK, J. **Para AMB, há escolas médicas demais**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2910200623.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

AMB, CFM. **ADI no 5035 - AMB e CFM**. Disponível em: <<http://www.conectas.org/arquivos/editor/files/ADI%20-%20mais%20m%c3%a9dicos%202.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

BRANDÃO, J. **Conselho de Medicina contra abertura de novas escolas médicas**. Disponível em: <<http://blog.opovo.com.br/fisioterapiaesaude/conselho-de-medicina-contra-abertura-de-novas-escolas-medicinas/>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

BRASIL. **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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0266_15_02_2012.html>. Acesso em: 21 jun. 2013.

BRASIL. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 29 nov. 2014.

BRASIL. **Resolução no 3, de 20 de junho de 2014** - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em: 5 jan. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria no 14, de 2 de junho de 2014** - Estabelece os procedimentos de habilitação para autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares, por instituições de educação superior privadas, precedida de chamamento público. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15740&Itemid=>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **SIMEC - Painel de Controle do Ministério da Educação**. Disponível em: <<http://painel.mec.gov.br/academico/mapaSupProf/acao/S>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Requalifica UBS**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/requalifica_ubs>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Seminário Nacional Sobre Escassez, Provisão e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade**. Brasília: Ministério da Saúde: [s.n.]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf>.

BRASIL, PALÁCIO DO PLANALTO. **Discurso da Presidenta da República, Dilma Rousseff, na cerimônia oficial de abertura do II Encontro dos Municípios com o Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos/discursos-da-presidenta/discorso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-na-cerimonia-oficial-de-abertura-do-ii-encontro-dos-municipios-com-o-desenvolvimento-sustentavel>>. Acesso em: 3 maio. 2014.

BRASIL, SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Mandado de Segurança no 32.238** - Decisão do Ministro Ricardo Lewandowski. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticia/NoticiaStf/anexo/MS_32238_Programa_Mais_Medicos_MLewandowski.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015.

BUCHAN, J.; FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. **Hum Resour Health**, v. 9, p. 17, 2011.

CALLEGARI, D. C. **Um ano depois, programa Mais Médicos ainda gera polêmica.** 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>. Acesso em: 1 dez. 2014.

CARVALHO, F. C. **A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística;** In: XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul, realizado de 8 a 10 de maio de 2014, Palhoça - SC. **Anais...**São Paulo: Intercom, 2014. Disponível em: <<http://www.portalintercom.org.br/anais/sul2014/resumos/R40-0325-1.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2014

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1567–1578, out. 2008.

CFM. **CFM repassa dados de pesquisa sobre demografia médica ao Ministério da Saúde.** 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>. Acesso em: 1 dez. 2014.

_____. **CFM condena decisão do Governo de abrir mais vagas em cursos de Medicina.** 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>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. **Entidades médicas confirmam saída das Câmaras e Comissões governamentais.** 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>. Acesso em: 18 jan. 2015.

CHAUI, M. **As manifestações de junho de 2013 na cidade de São Paulo.** Revista eletrônica. Disponível em: <<http://www.teoriaedebate.org.br/materias/nacional/manifestacoes-de-junho-de-2013-na-cidade-de-sao-paulo?page=full>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

CHIORO, A. Mais Médicos: um ano. In: **COLETIVA DE IMPRENSA.** Brasília, DF, 4 set. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/14474-governo-federal-autoriza-abertura-de-39-novos-cursos-de-medicina>>

COSEMS/SP. COSEMS/SP. **Primeiro mês de seleção do Mais Médicos tem adesão de 3.511 Municípios.** Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias/227/primeiro-mes-de-selecao-do-mais-medicos-tem-adesao-de-3-511-municipios.html>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

COUTINHO, C. M. C. **Programa “Mais Médicos”: a farsa.** Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24012:programa-qmais-medicosq-a-farsa&catid=46>. Acesso em: 30 nov. 2014.

CREMESP. **Novos cursos de Medicina fazem mal à saúde.** Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=297>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

_____. **CFM e CRMs divulgam comunicado conjunto sobre os dados do balanço do Programa Mais Médicos apresentados pelo Governo Federal.** Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3365>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 10, p. 950–957, 5 mar. 2014.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **Ministro da Saúde Alexandre Padilha, recebeu o abaixo-assinado com mais de 4.600 assinaturas recolhidas em 3 dias** *Cadê o Médico?*, 31 jan. 2013. Disponível em: <<http://cadeomedico.blogspot.com.br/2013/01/ministro-da-saude-alexandre-padilha.html>>. Acesso em: 23 fev. 2015

GIRARDI, S. N. et al. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde.** Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/FM/UFMG, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**; Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

IPEA. **SUS é mais bem avaliado por quem utiliza o serviço**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7187>. Acesso em: 1 dez. 2014.

LABOISSIÈRE, P. **Brasil não precisa de novas escolas de medicina, mas de mais vagas de residência médica, diz CFM**. Notícias. 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>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

MACIEL FILHO, R. **Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2008.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. 2011. 129p. Dissertação (Mestrado Profissional em Regulação e Gestão de Negócios, na área de concentração de Gestão de Negócios) - UnB: Brasília, 2011..

MARTINS, D. **No AP, farmácias recusam receitas prescritas por médicos cubanos**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2014/01/no-ap-farmacias-recusam-receitas-prescritas-por-medicos-cubanos.html>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

MARTINS, M.; SILVEIRA, P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções - Relatório I**. São Paulo: Proadi-SUS, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **STF e Justiça Federal indeferem liminares contra o programa Mais Médicos**. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/?view=archive&month=8&year=2013>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

MORAIS, I. et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 112–120, 2014.

MULLAN, F. The Metrics of the Physician Brain Drain. **New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 17, p. 1810–1818, 27 out. 2005.

NOVELLI, A. L. R. Comunicação e opinião pública. In: DUARTE, J. (org). **Comunicação Pública: Estado, mercado, sociedade e interesse público**. São Paulo - SP: Atlas, 2007. p. 72–83.

NUNES, L. **Deputado afirma que Mais Médicos não resolverá problema da saúde**. Disponível em: <<http://cidadeverde.com/deputado-afirma-que-mais-medicos-nao-resolvera-problema-da-saude-140771>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

OECD.STATEXTRACTS. **Health Care Resources**. Disponível em: <http://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=HEALTH_REAC>. Acesso em: 26 jan. 2015.

OLIVEIRA, F. **57,4 milhões de brasileiros têm pelo menos uma doença crônica**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/15974-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-pelo-menos-uma-doenca-cronica>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57–64, 2013.

REDE UNIDA. **Estudo do Ipea revela percepção da população sobre o SUS**. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/noticia/estudo-do-ipea-revela-percepcao-da-populacao-sobre-o-sus>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

RESENDE, F. **Clínica de MG que recusou exames de médica cubana pode ser punida**. 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>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

ROSA, J. L. **Um ano de Mais Médicos: situação preocupante**. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3416>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

ROS, M. A. DA et al. **Atenção primária em saúde na Venezuela - Misión Barrio Adentro I**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SÁ, D. **CFM diz que o programa Mais Médicos é “demagógico” e “eleitoreiro”**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1341847-cfm-diz-que-o-programa-mais-medicos-e-demagogico-e-eleitoreiro.shtml>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

SANTOS, F. P. DOS; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 18, p. 25–41, 2006.

SCHEFFER, M. (ED.). **Demografia Médica no Brasil**, v. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2

SILVESTRE, A. **Protesto - mobilização geral dos médicos. Notícias**. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2917>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

SOUSA, M. F. DE; MENDONÇA, A. V. M. Mais Equipes de Saúde para o Brasil. In: SOUSA M. F. (org). **Saúde da Família em Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014. p. 629–668.

STARTCLASS. **University of Minnesota Medical School Twin Cities**. Disponível em: <<http://medical-schools.startclass.com/1/30/University-of-Minnesota-Medical-School-at-Twin-Cities>>. Acesso em: 5 fev. 2015.

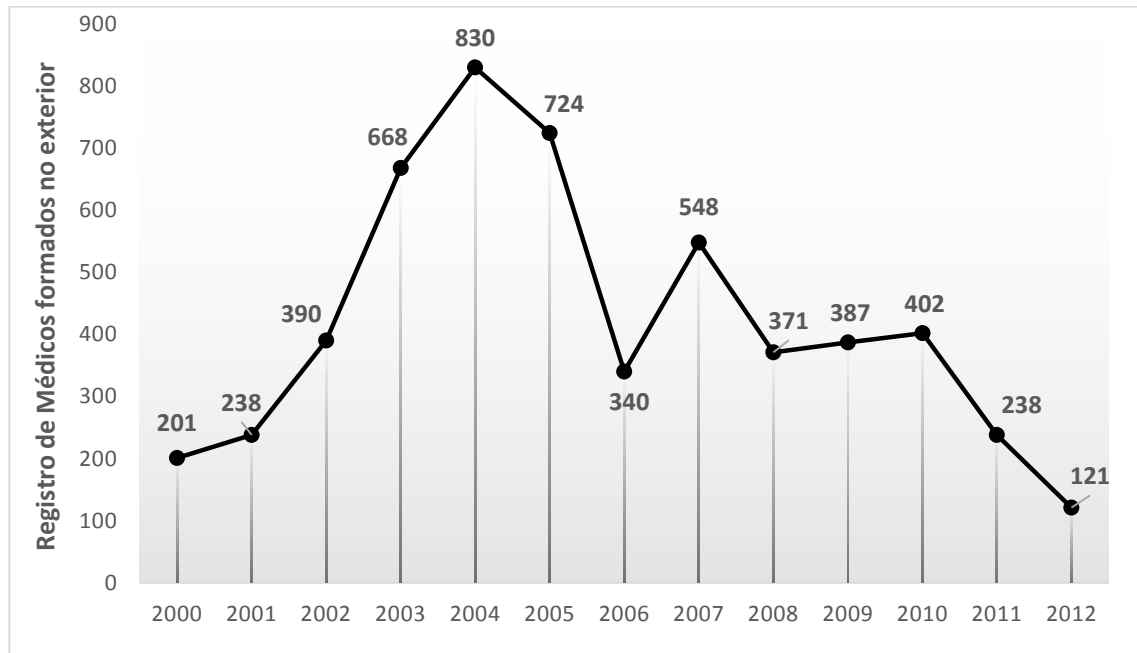
WHO. **Global Forums on Human Resources for Health**. Disponível em: <<http://www.who.int/workforcealliance/forum/en/>>. Acesso em: 6 nov. 2014.

TABELAS**Tabela 5** – 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.

GRÁFICOS



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

Gráfico 4 – Entrada de médicos formados no exterior entre 2000 e 2012

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

FIGURAS

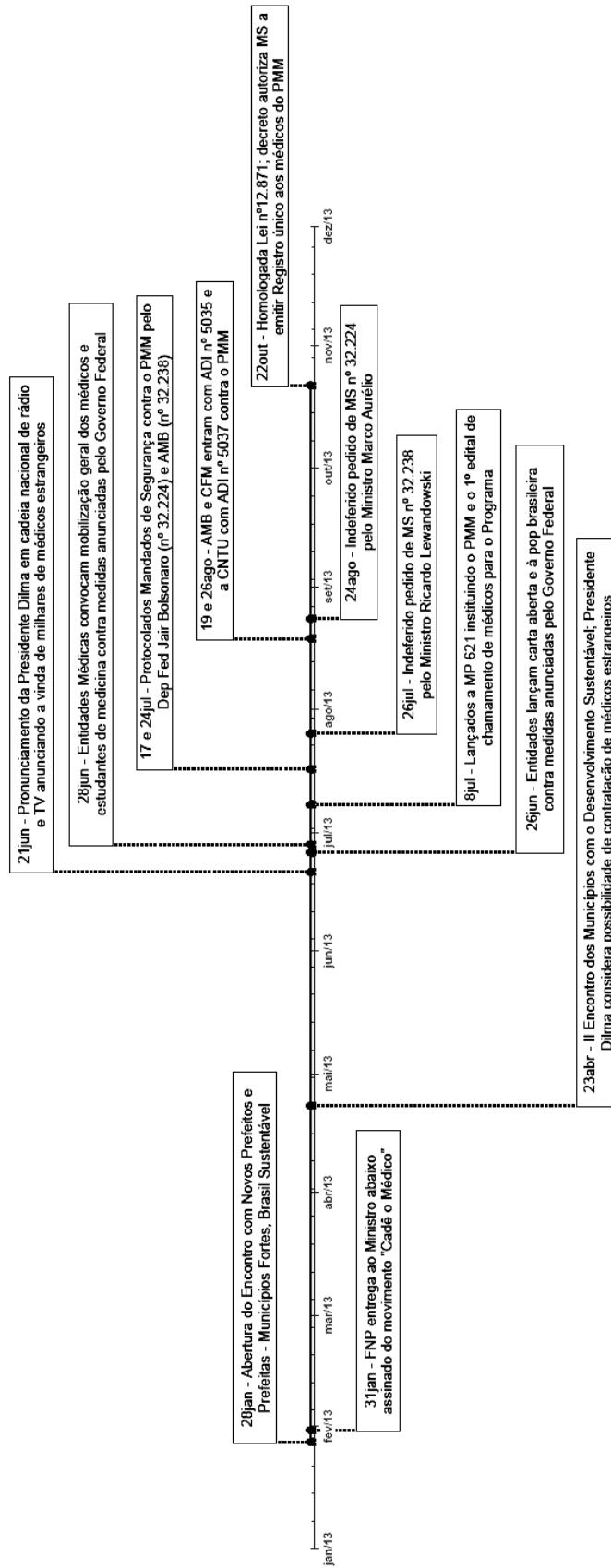


Figura 4 – Linha do tempo com os principais marcos das tensões entre Governo e Entidades Médicas

Fonte: Autora

QUADROS**Quadro 4** – Iniciativas federais para enfrentamento dos temas sobre provimento de profissionais de saúde e reorientação profissional em saúde a partir do ano 2000 (continua)

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 (PITS). Encerrado em 2004, o Programa teve 4.666 médicos inscritos nos 4 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 (FIES)
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, aprovadas pelo Ministério da Educação
2003	SGTES	Decreto Presidencial nº 4.726, de 9 de junho de 2003	Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES), 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 (CIGES) 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. Destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família com objetivos de contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País e sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira, dentre outros.

Quadro 4 (conclusão) – 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
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 médica para Programas de Residência 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 Programas de Residência Médica 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 (PMM), 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	Criação do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DPREPS), no âmbito da SGTES/MS e da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), no âmbito da SESU/MEC.

Fonte: Autora

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam para melhora na capacidade de regulação de vagas para formação de especialistas no Brasil nos últimos cinco anos, sobretudo com o advento do PRÓ-RESIDÊNCIA e outras políticas de incentivo de abertura de vagas. A Lei nº12.871/2013 também aponta para importante evolução nas ferramentas de gestão de recursos humanos em saúde, além de mudanças e maior rigor na aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para formação de médicos no país, com importante ênfase na Atenção Básica.

Os resultados também sugerem que, diferentemente das entidades médicas que demonstram posicionamento ideológico e de mercado claros em seu posicionamento contrário ao PMM, existe uma falta de compreensão, por parte dos trabalhadores médicos, sobre o PMM em sua totalidade que não somente a provisão imediata de médicos, assim como a compreensão do papel regulador do Estado para cumprir a Constituição, cuja uma das missões é o acesso universal à saúde. Isso posto, sugerir-se-ia um plano de comunicação voltado para os trabalhadores da saúde, sobretudo médicos, de modo a ultrapassar a barreira imposta pelas entidades médicas com suas leituras e decodificações parciais das conjunturas e realidades. É preciso ficar atento ao desenvolvimento do Programa para que ações estruturantes previstas em seu arcabouço legal, como as mudanças curriculares, a criação do Cadastro Nacional de Especialistas e o investimento na reestruturação das unidades básicas de saúde do país, não fiquem em segundo plano em relação à política de provisão.

Além do mais, importantes desafios deverão ser enfrentados para a ampliação de vagas de residência de qualidade, como a necessidade de investimento em campo de prática adequado, formação de preceptores em número que atenda à expansão prevista, e política de valorização desta competência pedagógica. Para isso, o ajuste fino entre as três esferas administrativas se fará cada vez mais imprescindível.

Não existe a ilusão de calmaria nos dias vindouros, visto que muitas disputas ainda serão travadas, principalmente no que se refere às próximas etapas da regulamentação das mudanças nas regras de acesso à Residência Médica. Trata-se, portanto, de etapa fundante para o Brasil, que tem o SUS calcado na Atenção Básica como ordenadora do cuidado e pretende formar seus profissionais de acordo com as necessidades do país.

REFERÊNCIAS

ABEM. **Escolas Médicas.** Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/escolas_medicas_sul2.php>. Acesso em: 5 fev. 2015.

ABRAMCZYK, J. **Para AMB, há escolas médicas demais.** Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2910200623.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

AMB. Regimento da Associação Médica Brasileira - AMB. 1994.

AMB, CFM. **ADI nº 5035 - AMB e CFM.** Disponível em: <<http://www.conectas.org/arquivos/editor/files/ADI%20-%20mais%20m%c3%a9dicos%202.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

BRANDÃO, J. **Conselho de Medicina contra abertura de novas escolas médicas.** Disponível em: <<http://blog.opovo.com.br/fisioterapiae/conselho-de-medicina-contra-abertura-de-novas-escolas-medicinas/>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

BRASIL. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981** - Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm>. Acesso em: 28 jan. 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 5 fev. 2015.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 30 jan. 2015.

_____. **Decreto de 20 de junho de 2007** - Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=16&data=21/06/2007>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

_____. **Portaria Interministerial nº1.001, de 22 de outubro de 2009** - Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1682&Itemid=>>. Acesso em: 28 jan. 2015a.

_____. Edital nº 7, de 22 de outubro de 2009 - Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. **Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2009b**, 24 out. 2009b.

_____. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011** - Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 29 jan. 2015a.

____. **Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011** - Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7562.htm#art50>. Acesso em: 28 jan. 2015b.

____. **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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0266_15_02_2012.html>. Acesso em: 21 jun. 2013.

____. **Edital nº 29, de 27 de junho de 2013**. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=3&pagina=158&data=28/06/2013>>. Acesso em: 29 jan. 2015a.

____. **Portaria nº 1.248, de 24 de junho de 2013** - Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=31&data=25/06/2013>>. Acesso em: 29 jan. 2015b.

BRASIL. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 29 nov. 2014.

BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014** - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em: 5 jan. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria nº 14, de 2 de junho de 2014** - Estabelece os procedimentos de habilitação para autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares, por instituições de educação superior privadas, precedida de chamamento público. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15740&Itemid=>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

____. **SIMEC - Painel de Controle do Ministério da Educação**. Disponível em: <<http://painel.mec.gov.br/academico/mapaSupProf/acao/S>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **1º Relatório de Atividades - Subcomissão de estudo e avaliação das necessidades de médicos especialistas no Brasil**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-24/relatorio1_subcom_especialistas.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde - Relatório Final**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Requalifica UBS**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/requalifica_ubs>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 5 fev. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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.** Brasília: Ministério da Saúde: [s.n.]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf>.

BRASIL, PALÁCIO DO PLANALTO. **Discurso da Presidenta da República, Dilma Rousseff, na cerimônia oficial de abertura do II Encontro dos Municípios com o Desenvolvimento Sustentável.** 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>>. Acesso em: 3 maio. 2014.

BRASIL, SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Mandado de Segurança nº 32.238 - Decisão do Ministro Ricardo Lewandowski.** Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/MS_32238_Programa_Mais_Medicos_M_Lewandowski.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015.

BUCHAN, J.; FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. **Hum Resour Health**, v. 9, p. 17, 2011.

CALLEGARI, D. C. **Um ano depois, programa Mais Médicos ainda gera polêmica.** 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>. Acesso em: 1 dez. 2014.

CAMPOS, G. W. DE S. **Os médicos e a política de saúde: entre a estatização e o empresariamento : a defesa da prática liberal da medicina.** [s.l.] Hucitec, 1988.

CAMPOS, G. W. DE S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. DE C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 141–144, 1997.

CARVALHO, F. C. **A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística; In: XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul, realizado de 8 a 10 de maio de 2014, Palhoça - SC. Anais...São Paulo: Intercom, 2014** Disponível em: <<http://www.portalintercom.org.br/anais/sul2014/resumos/R40-0325-1.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2014

CARVALHO, M. S. DE. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação.** 2013, 167p, Dissertação (Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde) - UnB: Brasília - DF, 2013.

CECCIM, R. B. *et al.* Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1567–1578, out. 2008.

CFM. **Resolução nº 1634, de 11 de abril de 2002 - Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1634_2002.htm>. Acesso em: 27 jan. 2015.

_____. **CFM repassa dados de pesquisa sobre demografia médica ao Ministério da Saúde.** 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>. Acesso em: 1 dez. 2014.

____. **CFM condena decisão do Governo de abrir mais vagas em cursos de Medicina.** 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>. Acesso em: 30 nov. 2014.

____. **Resolução nº 2.068, de 13 de dezembro de 2013** - Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.005/12, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM. Disponível em: <http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2068_2013.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2015a.

____. **Entidades médicas confirmam saída das Câmaras e Comissões governamentais.** 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>. Acesso em: 18 jan. 2015b.

CHAUI, M. **As manifestações de junho de 2013 na cidade de São Paulo.** Revista eletrônica. Disponível em: <<http://www.teoriaedebate.org.br/materias/nacional/manifestacoes-de-junho-de-2013-na-cidade-de-sao-paulo?page=full>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

CHIORO, A. **Mais Médicos: um ano.** In: COLETIVA DE IMPRENSA. Brasília, DF, 4 set. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/14474-governo-federal-autoriza-abertura-de-39-novos-cursos-de-medicina>>

CONASS. **I Seminário Regional de Apoio Matricial para a Formação de Especialistas do SUS. Brasília, 6 e 7 de agosto de 2013.** Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2030-2013%20-%20Apoio%20Matricial%20para%20a%20Formac%CC%A7a%CC%83o%20de%20Especialistas%20do%20SUS.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

COSEMS/SP. **COSEMS/SP. Primeiro mês de seleção do Mais Médicos tem adesão de 3.511 Municípios.** Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias/227/primeiro-mes-de-selecao-do-mais-medicos-tem-adesao-de-3-511-municipios.html>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

COUTINHO, C. M. C. **Programa “Mais Médicos”: a farsa.** Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24012:programa-qmais-medicosq-a-farsa&catid=46>. Acesso em: 30 nov. 2014.

CREMESP. **Novos cursos de Medicina fazem mal à saúde.** Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=297>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

____. **CFM e CRMs divulgam comunicado conjunto sobre os dados do balanço do Programa Mais Médicos apresentados pelo Governo Federal.** Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3365>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. *New England Journal of Medicine*, v. 370, n. 10, p. 950–957, 5 mar. 2014.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 1, p. 5–10, 19 nov. 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. Situação Atual da Residência Médica no Brasil: subsídios para uma política de especialização. In: SAMPAIO, S. A. P. (org). **Estudos e reflexões sobre a formação de especialistas na área da saúde.** São Paulo: Fundap, 2010. p. 317–356.

FREITAS, M. T. DE A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de pesquisa**, n. 116, p. 21–39, 2002.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923–1958, dez. 2010.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **Ministro da Saúde Alexandre Padilha, recebeu o abaixo-assinado com mais de 4.600 assinaturas recolhidas em 3 dias** *Cadê o Médico?*, 31 jan. 2013. Disponível em: <<http://cadeomedico.blogspot.com.br/2013/01/ministro-da-saude-alexandre-padilha.html>>. Acesso em: 23 fev. 2015

GIL, A. C. **Metodos e tecnicas de pesquisa social**. 2^a. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GIRARDI, S. N. *et al.* **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/FM/UFGM, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

GREEN, L. A. *et al.* The Ecology of Medical Care Revisited. **N Engl J Med**, v. 344, n. 26, p. 2021–2025, 28 jun. 2001.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas; Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

IPEA. **SUS é mais bem avaliado por quem utiliza o serviço**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7187>. Acesso em: 1 dez. 2014.

LABOISSIÈRE, P. **Brasil não precisa de novas escolas de medicina, mas de mais vagas de residência médica, diz CFM**. Notícias. 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>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

LERMEN JUNIOR, N. **Análise comparativa da avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada por parte de Médicos com e sem especialização em Medicina de Família e Comunidade atuantes na Estratégia de Saúde da Família do município de Florianópolis – Brasil**. 2011. 49p. Dissertação (Mestrado em políticas e gestão de saúde Europa – América Latina) - Universidade de Bolonha: Bolonha - Itália, 2011.

MACHADO, M. H. (ED.). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. [online]. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1997.

MACIEL FILHO, R. **Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2008.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. 2011. 129p. Dissertação (Mestrado Profissional em Regulação e Gestão de Negócios, na área de concentração de Gestão de Negócios) - UnB: Brasília, 2011.

MARTINS, D. **No AP, farmácias recusam receitas prescritas por médicos cubanos**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2014/01/no-ap-farmacias-recusam-receitas-prescritas-por-medicos-cubanos.html>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

MARTINS, M.; SILVEIRA, P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções - Relatório I**. São Paulo: Proadi-SUS, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–305, 2010.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 109–116, fev. 2000.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **STF e Justiça Federal indeferem liminares contra o programa Mais Médicos**. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/?view=archive&month=8&year=2013>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

MORAIS, I. *et al.* Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 112–120, 2014.

MULLAN, F. The Metrics of the Physician Brain Drain. **New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 17, p. 1810–1818, 27 out. 2005.

NETO, C. *et al.* Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 198–204, jun. 2009.

NOVELLI, A. L. R. Comunicação e opinião pública. In: DUARTE, J. (org). **Comunicação Pública: Estado, mercado, sociedade e interesse público**. São Paulo - SP: Atlas, 2007. p. 72–83.

NUNES, L. **Deputado afirma que Mais Médicos não resolverá problema da saúde**. Disponível em: <<http://cidadeverde.com/deputado-afirma-que-mais-medicos-nao-resolvera-problema-da-saude-140771>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

NUNES, M. DO P. T. Residência médica no Brasil: situação atual e perspectivas. **Cadernos ABEM**, v. 1, p. 30–33, maio 2004.

OECD.STATEXTRACTS. **Health Care Resources**. Disponível em: <http://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=HEALTH_REAC>. Acesso em: 26 jan. 2015.

OLIVEIRA, F. **57,4 milhões de brasileiros têm pelo menos uma doença crônica**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/15974-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-pelo-menos-uma-doenca-cronica>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

OPAS/OMS. **Metas regionais: 2007-2015**. Disponível em: <<http://www.observatoriorh.org/?q=node/145>>. Acesso em: 5 fev. 2015.

PETTA, H. L. Formação de Médicos Especialistas no SUS: Descrição e Análise da Implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 72–79, 2013.

PINTO, H. **A revolução bolivariana: a reforma sanitária e as teorias de políticas públicas de saúde**. 2006. 99p. Monografia (Curso de Especialização em Saúde Coletiva) - UFSE: Aracaju - SE, 2006.

RASELLA, D. *et al.* Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57–64, 2013.

RAWAF, S.; MAESENEER, J. DE; STARFIELD, B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. **The Lancet**, v. 372, n. 9647, p. 1365–1367, 2008.

REDE UNIDA. **Estudo do Ipea revela percepção da população sobre o SUS**. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/noticia/estudo-do-ipea-revela-percepcao-da-populacao-sobre-o-sus>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

RESENDE, F. **Clínica de MG que recusou exames de médica cubana pode ser punida**. 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>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. DA; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação do Desempenho na Estratégia de Saúde da Família no Brasil: a utilização dos princípios ordenadores para a constituição de métricas. *In*: PIERANTONI C. R. (org). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1a ed ed. Rio de Janeiro: CEPESC : IMS/UERJ : ObservaRH, 2011. p. 217–230.

ROSA, J. L. **Um ano de Mais Médicos: situação preocupante**. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3416>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

ROS, M. A. DA *et al.* **Atenção primária em saúde na Venezuela - Misión Barrio Adentro I**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SÁ, D. **CFM diz que o programa Mais Médicos é “demagógico” e “eleitoreiro”**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1341847-cfm-diz-que-o-programa-mais-medicos-e-demagologico-e-eleitoreiro.shtml>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

SANTOS, F. P. DOS; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 18, p. 25–41, 2006.

SCHAFER, S. *et al.* Rejecting family practice: why medical students switch to other specialties. **Family Medicine**, v. 32, n. 5, p. 320–325, maio 2000.

SCHEFFER, M. (ED.). **Demografia Médica no Brasil, v. 2**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2

SCHEIL-ADLUNG, X. Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 11, p. 888–888, 2013.

SCOTT, I. *et al.* Determinants of choosing a career in family medicine. **CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne**, v. 183, n. 1, p. E1–8, 11 jan. 2011.

SEIXAS, P. H. D.; CORRÊA, A. N.; MORAES, J. C. DE. MigraMed - migração médica no Brasil: tendências e motivações. *In*: PIERANTONI C. R. (org). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1a ed ed. Rio de Janeiro: CEPESC : IMS/UERJ : ObservaRH, 2011. p. 133–150.

SENF, J. H.; CAMPOS-OUTCALT, D.; KUTOB, R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. **The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice**, v. 16, n. 6, p. 502–512, dez. 2003.

SILVESTRE, A. **Protesto - mobilização geral dos médicos**. Notícias. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2917>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

SOUSA, M. F. DE; MENDONÇA, A. V. M. Mais Equipes de Saúde para o Brasil. *In*: SOUSA M. F. (org). **Saúde da Família em Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014. p. 629–668.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344 (8930), p. 1129–1133, 22 out. 1994.

STARTCLASS. **University of Minnesota Medical School Twin Cities**. Disponível em: <<http://medical-schools.startclass.com/1/30/University-of-Minnesota-Medical-School-at-Twin-Cities>>. Acesso em: 5 fev. 2015.

WHO. **Global Forums on Human Resources for Health**. Disponível em: <<http://www.who.int/workforcealliance/forum/en/>>. Acesso em: 6 nov. 2014.