



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Marcos Aurélio de Lima Maximino

A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA REDUZIR A
ESCASSEZ DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NA ATENÇÃO BÁSICA

RECIFE, JULHO/2019

M464c Maximino, Marcos Aurelio de Lima.

A contribuição do programa mais médicos para reduzir a escassez de profissionais médicos na atenção básica / Marcos Aurelio de Lima Maximino. – Recife, 2019.

35 f.: il.

Orientador(a): Ronald Pereira Cavalcanti.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Bacharelado em Administração Pública - EAD, Recife, BR-PE, 2019.

Inclui referências.

1. Atenção primária a saúde 2. Cooperação internacional (Cuba)
4. Escassez de médicos 5. Graduação I. Cavalcanti, Ronald Pereira, orient.
II. Título CDD 658

Marcos Aurélio de Lima Maximino

**A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA REDUZIR A
ESCASSEZ DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho apresentado como requisito para a
Conclusão do Curso de Bacharelado em
Administração Pública da Universidade
Federal Rural de Pernambuco

Área de Temática: Gestão Pública da Saúde

Orientador(A): Ronald Pereira Cavalcanti

RECIFE, JULHO/2019

Marcos Aurélio de Lima Maximino

**A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA REDUZIR A
ESCASSEZ DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho apresentado como requisito para a Conclusão do Curso de Bacharelado em
Administração Pública da Universidade Federal Rural de Pernambuco.

Prof.º Me. Ronald Pereira Cavalcanti
Orientador

Prof.º Me. Marcos Samuel Matias Ribeiro
Professor Examinador

Prof.º Me. Rodrigo Gayger Amaro
Professor Examinador

Recife, ___/___/___

NOTA: _____

AGRADECIMENTOS

Ao orientador.

A minha família.

Aos amigos e colegas.

RESUMO

Este estudo busca tratar da política pública Programa Mais Médicos (PMM), desenvolvido pelo Governo Federal, visando efetivar e fortalecer o atendimento médico nos municípios do interior do país com foco na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo descritivo qualitativo baseado em dados publicados. A escassez de profissionais de saúde em áreas desassistidas é um obstáculo para o acesso à saúde em vários países. As ações desenvolvidas, instituídas na Lei 12.871/13 tinham como objetivo diminuir a escassez de médicos tendo como medida imediata a contratação de médicos estrangeiros através de acordos de cooperação internacional, assim como a abertura e aumento do número de vagas na graduação. O programa apresenta grandes avanços em relação à escassez, porém passa por dificuldades desde rompimento com o Cuba.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Cooperação internacional; Cuba; Escassez de médicos; Graduação.

ABSTRACT

This study seeks to address the Public Health Program (PMM), developed by the Federal Government, aimed at improving and strengthening medical care in municipalities in the interior of the country, focusing on Primary Health Care. This is a qualitative descriptive study based on data published. The shortage of health professionals in unattended areas is an obstacle to access to health in several countries. The actions developed under Law 12,871 / 13 aimed at reducing the shortage of doctors, as an immediate measure for the contracting of foreign doctors through international cooperation agreements, as well as opening and increasing the number of places in the undergraduate program. The program has made great strides in relation to the shortage, but has experienced difficulties since its break with Cuba.

Key words: Primary Health Care; International cooperation; Cuba; Shortage of doctors; University graduate.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS Atenção Básica

ADI Ações Diretas de Inconstitucionalidade

APS Atenção Primária à Saúde

CFM Conselho Federal de Medicina

CNRM Comissão Nacional de Residência Médica

CREMESP Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DSEI/SESAI/MS Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-americana de Saúde

PIASS Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIS Programa Integral de Salud

PISUS Programa de Interiorização do SUS

PITS Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMM Programa Mais Médicos

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PRÓ-SAÚDE Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROMED Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PROVAB Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF Programa Saúde da Família

SMC Servicios Médicos Cubanos

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidades Básicas de Saúde

UNESCO Organização das Nações Unidas

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNA-SUS Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1. JUSTIFICATIVA.....	11
1.2. OBJETIVOS	11
1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1. A ESCASSEZ DE MÉDICOS NO BRASIL E NO MUNDO.....	12
2.2. O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS VISANDO A ESCASSEZ DE MÉDICOS NO BRASIL	15
3. METODOLOGIA	20
4. RESULTADOS.....	21
5. DISCUSSÃO	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
7. REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou força na década de 1970. Em setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. A Conferência para mais 700 participantes resultou na declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental. No Brasil, a APS tem seu marco com o movimento de Reforma Sanitária associado a descentralização dos serviços de saúde para o nível municipal a partir da publicação das Normas Operacionais Básicas pelo Ministério da Saúde em 1996 e da criação do Programa de Saúde da Família em 1994 (STARFIELD, 2002; CONILL, 2008).

Em 1986, após a VIII Conferência Nacional de Saúde do Brasil a concepção de saúde foi dita como direito universal, tendo o Estado como seu garantidor, o que posteriormente foi assegurado na Constituição Federal de 1988.

No Brasil, o direito à saúde é dever de Estado sob os princípios da universalidade e equidade de acesso, e não assegurar o acesso mínimo de serviços de saúde para suas populações constituem situações políticas geradoras de problemas de governabilidade além de serem inaceitáveis (GIRARDI et.al., 2010).

Para assegurar o acesso universal e igualitário por parte de todos surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/1990. Um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o atendimento básico como aferimento de pressão por meio da Atenção Primária, até casos mais complexos como cirurgias de grande porte, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

O Programa Saúde da Família foi criado em 1994 visando aprimorar o desenvolvimento da saúde pública brasileira, tendo como objetivo levar o acesso à saúde a maior parte da população e regiões remotas (KILSZTAJN, 2001). O programa visava levar atendimento básico de saúde à população mais carente, fazendo uma ligação entre o SUS e as equipes de atendimento (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde no Brasil utiliza o termo “Atenção Básica” em substituição a “Atenção Primária”, definindo como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

‘Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária’(BRASIL, 2017).

A atenção básica assim como o SUS ao longo de sua existência, vem enfrentando dificuldades para universalizar o acesso à saúde em todo o território nacional. A desigualdade na provisão de serviços de saúde existe entre os cidadãos que residem em localidades com oferta de infraestrutura e mão de obra especializada e os que se encontram totalmente ou parcialmente desassistida (ARAÚJO; MICHELOTTI; RAMOS, 2017).

O conceito de escassez é usado com referência a situações nas quais os recursos disponíveis não são suficientes para atender as demandas, ou seja, a escassez de um bem ou recurso quer dizer que ele não existe em quantidade suficiente para satisfazer a todos os indivíduos que dele necessitam. No caso da demanda por assistência a saúde, a escassez de médicos remete a situações de carência e privação que são incompatíveis com os estados democráticos, uma vez que as desigualdades no acesso a recursos sociais podem impactar o curso de vida das pessoas (ESPM, 2015).

A escassez de médicos veio se agravando ao longo da primeira década do século XXI no mundo. Cerca de 50% da população mundial vive em áreas rurais e remotas, que são atendidas por menos de 25% da força de trabalho médica. A falta de profissionais em regiões mais isoladas fez com que vários países buscassem soluções para o problema, buscando e planejando estratégias, tais como: incentivos monetários, abatimentos de dívidas contraídas durante a graduação, serviços obrigatórios em áreas rurais e desassistidas e a extensão de vistos de permanência para médicos estrangeiros (ARAÚJO; MAEDA, 2013).

O problema da escassez de recursos humanos em saúde é complexo e, de acordo com Maciel Filho (2007), é constantemente influenciado pelas modalidades do sistema de saúde, pelas práticas assistenciais, pelo mercado de trabalho, legislação e regulação, mecanismos de contratação, práticas educativas, instituições formadoras, corporações profissionais e movimentos sociais.

No Brasil a ação mais recente voltada para suprir a carência de profissionais é o Programa Mais Médico que surgiu visando às vulnerabilidades presentes na atenção básica, assim como ofertar uma expansão na educação e interiorização do profissional médico, entre as políticas e programas estudadas por Maciel Filho (2007), como o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Interiorização do SUS (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), o Programa Mais Médicos seja, talvez, o maior programa que o governo brasileiro fez para enfrentar o problema da escassez de profissionais de saúde.

Este estudo tem por finalidade descrever as ações desenvolvidas pelo PMM entre 2013 e 2018 que contribuíram para a redução da escassez de médicos no país, especificamente na atenção básica.

1.1 Justificativa

A má distribuição de médicos e os desequilíbrios na composição das equipes de saúde com concentração dos profissionais de saúde em centros urbanos e escassez de mão de obra médica em áreas rurais é um problema que muitos países têm em comum (DAL POZ, 2013). Segundo dados da OMS (2010), metade da população mundial reside em áreas rurais e remotas, enquanto a maioria dos trabalhadores de saúde vive e trabalha nas cidades. A distribuição geográfica de profissionais de saúde é um fator que não pode deixar de ser tratado. Segundo Dussault e Franceschini (2006), algumas estratégias para enfrentar o problema da má distribuição profissional são medidas desenvolvidas em resposta a crises. Carvalho e Sousa (2013) destacam que as políticas de provimento devem ter como foco a mudança do processo de trabalho, promovendo uma integração entre as universidades e os serviços para alterar a realidade local.

Assim persiste a preocupação de governos em garantir o provimento de profissionais médicos no interior, para suprir essa carência na atenção básica. Para colaborar academicamente com o conhecimento sobre as contribuições do PMM, foram elaborados os seguintes objetivos.

1.2 Objetivos

Objetivo geral

Avaliar o Programa Mais Médicos quanto ao seu propósito de prover médicos em populações desassistidas.

1.2.1 Objetivos específicos

- 1- Caracterizar as ações do Programa Mais Médicos.
- 2- Avaliar o quantitativo de médicos disponibilizados pelo Programa Mais Médicos na formação de graduação e no serviço de atenção básica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A escassez de médicos no Brasil e no mundo

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde, ocasionados pela carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde ao longo do tempo, demandou estratégias variadas para o enfrentamento do problema na maioria dos países. Em geral, as regiões geográficas mais isoladas são as que mais sofrem com a escassez de médicos (GIRARD et al., 2011). Segundo Barbara Starfield (2002), a escassez de médicos na atenção primária em saúde é desestruturante, pois a atenção primária é a principal porta de entrada nos sistemas de saúde. Além disso, a escassez de profissionais médicos em áreas desassistidas é vista como uma questão grave para o desenvolvimento dos sistemas de saúde nacionais (ALVES et al., 2017).

Na Austrália a ausência de profissional em saúde nas áreas rurais proporciona o envio de médicos do próprio país formados no exterior e médicos estrangeiros formados na Austrália para essas regiões. São feitos contratos com duração de dez anos e remuneração de acordo com a distância da região de atuação com o centro urbano mais próximo (PA O A, 2016).

O México, por sua vez, instituiu o serviço social obrigatório para profissionais de saúde. Onde antes de receberem o diploma, devem cumprir um tempo de serviço em locais de difícil acesso e baixa situação econômica (MACIEL FILHO, 2007).

A carência de médicos gerou o fenômeno de recrutamento internacional para suprir a carência desses profissionais, países que sofriam do problema, por meio de acordos, teriam auxílio de médicos de outros países em áreas remotas (CHOPRA; MUNRO; LAVIS; VIST; BENNET; 2008).

A cooperação internacional é uma ferramenta para enfrentar a escassez de profissionais de saúde, porém o sistema de cooperação vai além do provimento de recursos humanos, busca o fortalecimento de estruturas que fazem parte dos sistemas de saúde nacionais. Assim como a perspectiva de transformação da educação médica, sendo a cooperação entre países uma das recomendações de uma comissão de especialistas cujo relatório foi publicado na revista *The Lancet* em 2010 (FRENK et al., 2010).

O Canadá é um exemplo de país que depende tanto de médicos estrangeiros quanto do próprio país para abastecer as áreas rurais, e para que se possa fazer isso de forma estável e suficiente, é necessário aumentar o número de médicos canadenses com interesse em trabalhar em áreas rurais (ROURKE; CMAJ, 2008).

Um dos países que mais exporta médicos por meio de cooperação é Cuba que possui um Sistema Nacional de Saúde constituído na década de 1960 e tem as seguintes diretrizes: ser único, integral, tendo caráter estatal e social, acessibilidade e gratuidade de serviços, orientação profilática com aplicação dos avanços da ciência e da técnica, participação da comunidade, enfoque intersetorial, universal, regionalizado com profunda concepção internacional e solidária (OJEDA, 2015).

A Constituição de Cuba, publicada em 1976, e revisada em 1992, diz que todos têm direito à atenção e proteção da sua saúde, por meio do Estado através da prestação de assistência médica e hospitalar gratuita (CUBA, 1983).

O Sistema Nacional de Saúde é fundamentado na atenção primária, com foco no modelo da Medicina Familiar onde a rede de serviços se organiza por níveis de atenção: a porta de entrada é o consultório do médico e da enfermeira de família em contato direto com a policlínica que organiza a atenção integral e busca a solução mais eficaz na atenção primária (OJEDA, 2015).

A educação superior em Cuba é um direito público e um dever do estado. No ano letivo de 2014-2015 estavam matriculados 69.760 estudantes nos cursos de graduação em saúde, dos quais 60.247 de nacionalidade cubana e 9.513 estrangeiros. Dos quais 52.235 cursavam medicina. Já se graduaram em Cuba médicos de 121 países. O número de médicos por mil habitantes no ano de 2015 era de 7,7, correspondendo a um médico para cada 130 habitantes, um dentista para cada 671 habitantes e uma enfermeira para cada 123 habitantes. Com essa proporção foi possível no ano de 2014 garantir 7,4 consultas médicas por habitante (OJEDA, 2015).

A lei de saúde pública cubana estabelece a prestação dos serviços públicos de saúde e organização da saúde pública assim como a colaboração internacional. Desde a década de 1960, através da cooperação internacional Cuba esteve em 158 países, com mais de 325 mil trabalhadores atuando no formato mais antigo de cooperação, onde se estabelece um acordo

no qual o médico contratado recebe remuneração pelos serviços prestados, e outra parte é investida no Sistema Nacional de Saúde de Cuba (IGLESIAS, VALIDO, BUSTILLO, 2014).

Porém existem outros formatos de cooperação estabelecidos por Cuba é o caso de Angola, que devido à guerra civil que durou até 2002, o país ainda apresenta uma grande extensão de áreas minadas, principalmente no interior, além de um desenvolvimento socioeconômico abaixo das médias globais. Dados de 2009 demonstram que o setor público de saúde possuía 2.956 profissionais, representando uma média de 0,17 médicos por 1.000 habitantes. O que fez na época o governo estabelecer cooperação internacional com Cuba para o provimento de 1.500 médicos, por meio do *Programa Integral de Salud (PIS)*, criado após desastres naturais na América Central na década de 1990. O programa realiza o envio de profissionais a lugares remotos, de difícil acesso, com carência de recursos humanos. Os profissionais, nessa modalidade, recebem remuneração somente para sustento de necessidades básicas com contrapartidas de logística do governo participante (ALVES et al., 2017).

Atualmente o formato mais comum de cooperação cubana é o *Servicios Médicos Cubanos (SMC)*. O modelo que conta com recursos do país beneficiado pela prestação de serviços médicos está presente em 32 países. Ainda há o programa de cooperação especial, firmado com a Venezuela, *Misión Barrio Adentro*, que consistiu no provimento de grande número de médicos e enfermeiros cubanos para atuar na atenção básica. A cooperação internacional cubana também participa do desenvolvimento de faculdades de medicina em 11 países: Angola, Bolívia, Eritreia, Gâmbia, Guiana, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Nicarágua, Tanzânia, Timor-Leste e Venezuela. Em Angola, no ano de 2005, havia apenas duas faculdades de medicina, na capital uma pública e uma privada. Nos anos de 2008 e 2009, seis novas escolas médicas foram criadas fora de Luanda (capital), onde há também uma escola de medicina privada (IGLESIAS, VALIDO, BUSTILLO. 2014).

O Brasil estabeleceu um sistema nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) instituído na Constituição Federal de 1988, na lei nº 8080/1990, e na lei nº 8142/90. O SUS oferta serviços assistenciais de saúde de forma descentralizada por meio de sua rede própria de unidades de saúde, hospitais e outras instalações, e rede complementar, por contratos com instituições privadas e sem fins lucrativos.

A distribuição dos médicos pelo território nacional é desigual em relação às regiões do país em 2015 mais da metade dos médicos se concentravam na região Sudeste e com

concentração de 55% nas capitais federais. Diante da má distribuição médica e buscando atender a questão de escassez de profissionais, começando pela base, no caso as unidades de atenção básica, surgiu o Programa Mais Médicos visando atender a carência de profissionais médicos em áreas desassistidas.

2.2 O desenvolvimento de políticas públicas visando à escassez de médicos no Brasil

Desde a década de 1960, o Brasil tem buscado políticas de atração e fixação de profissionais da saúde para o interior do país. Contudo, nenhuma dessas iniciativas foi capaz de solucionar o problema forma eficaz (GONÇALVES JUNIOR; GAVA; SILVA, 2017).

A primeira delas foi o Projeto Rondon, criado em 1968 e extinto em 1989. O projeto foi voltado para a extensão universitária, contemplar o conhecimento da realidade brasileira na época, integração nacional, o desenvolvimento e a interiorização. A segunda experiência foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1976, para estruturar a saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes. Esse programa expandiu a rede ambulatorial, mas não a fixação de médicos, e teve dificuldades para prestar serviços de qualidade na atenção à saúde. O cenário de redemocratização e aprovação da Constituição Federal de 1988 atuou para o encerramento do PIASS (BON , 2009).

Em 1993, foi proposto o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), defendendo a interiorização de uma equipe mínima além do médico, visando à descentralização e à municipalização deste atendimento enquanto direito universal. O programa foi implantado no final do governo Itamar Franco e extinto no governo Fernando Henrique Cardoso (BON , 2009).

A partir da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990, e do entendimento de que os municípios são responsáveis pela gestão dos serviços primários de saúde em seu território, houve no Brasil um crescimento do que se passou a chamar de Atenção Básica (ABS). Caracterizada por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, a ABS tem como objetivo desenvolver um cuidado integral, que impacte a situação de saúde e a autonomia das pessoas, aproximando a população dos serviços prestados pelo SUS (MATTA; MOROSINI, 2008).

O desenvolvimento da ABS no país se deu pela criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (FAUSTO; MATTA, 2007). Contudo, diante das dificuldades em atrair e manter profissionais da área em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2000, o IDH geral do Brasil era 0,612, considerado “médio”. Em 2001 o Governo Federal propôs o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

Como salienta Maciel Filho (2007), além de médicos, o PITS tinha o objetivo de atrair e fixar enfermeiros por meio de incentivos educacionais e econômicos, ofertando, por exemplo, a especialização profissional em Saúde da Família e bolsas de estudos.

Em 2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi criado com a intenção de levar equipes de saúde (médicos, odontólogos e enfermeiros) para atuarem em áreas remotas e de extrema pobreza (OLIVEIRA et al., 2015). Segundo Pinto et al (2014), em 2013 o programa possuía 3.579 médicos, como forma de atração e estímulo, o Provab proporciona pontuações adicionais em exames de residência médica e bolsas de estudos.

O programa também previu incentivos educacionais presenciais e a distância, como a supervisão feita por um profissional vinculado a uma instituição de ensino e um curso de especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). O curso era uma tentativa de reverter o isolamento profissional e fortalecer o papel do médico na Atenção Básica. Ciente da dificuldade em atrair médicos inviabilizaria o sucesso dessa iniciativa, foi aprovada na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) uma resolução (nº 3/2011) que previa a concessão de um bônus de 10% nos processos seletivos para ingresso na residência médica aos que concluíssem o Provab. Essa resolução sofreu uma alteração em 2015 (nº 2/2015), quando o bônus passou a ser apenas para uso em programas de residência de acesso direto. Essa medida esteve associada a uma estratégia de indução de formação de especialistas em áreas básicas e reconhecidamente prioritárias para o SUS ou com escassez de oferta. (ARAÚJO; MICHELOTTI; RAMOS, 2017).

O Provab se destacou por ser uma das primeiras alternativas a condensar em um único programa os eixos do provimento e da formação. Anteriormente houve algumas ações visando induzir mudanças na formação médica, com efeitos em longo prazo, a exemplo do Programa

de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE); (ALESSIO , SOUSA, 2015).

A política pública mais recente visando o enfrentamento da escassez de médicos foi o Programa Mais Médicos, instituído no Brasil por meio da Lei n.º 12.871/2013, como forma de ampliar o acesso à atenção básica nas áreas remotas e vulneráveis, a partir do fortalecimento da rede de médicos do SUS (OLIVEIRA et. al., 2015).

O Programa Mais Médico, assim como o Provac, buscou ampliar o número de profissionais médicos no interior utilizando os eixos do provimento e educação.

Dentro do eixo do provimento o Governo Federal lançou uma chamada para contratação de médicos para atuarem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas regiões prioritárias do SUS. Os médicos participantes do programa são classificados como: Cooperados: Intercambistas cubanos regulados pelo acordo firmado entre Brasil e Cuba por meio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); Intercambistas: Participantes de outros países ou brasileiros portadores de diplomas de medicina que não foram revalidados no País e médico com CRM: Participante do PMM, formado em escola de medicina no Brasil ou com diploma revalidado, ou seja, inscritos nos Conselhos de Medicina.

O eixo da educação tinha como objetivo promover a qualificação da formação médica tanto no âmbito da graduação quanto no das residências. Em 2013 quando o programa foi implantado o Brasil possuía 1,8 médicos por mil habitantes. A ideia do programa era sair de 374 mil médicos para 600 mil até 2026 chegando à meta de 2,7 médicos por mil habitantes. Para alcançar a meta houve uma mudança na lógica de abertura de vagas de graduação, e deveria haver a ampliação das vagas de graduação em Medicina saindo da proporção de 0,8 vagas por 10 mil habitantes e chegando em 2017 a 1,34 vagas/10 mil, proporção suficiente para cumprir a meta de 2,7 med./1.000 hab. Isso impôs uma meta de abrir 11,5 mil vagas de graduação em apenas cinco anos (BRASIL, 2015).

A concentração de médicos e vagas de ensino em grandes centros urbanos e em regiões mais desenvolvidas do país e a má distribuição em regiões rurais não é característica somente do Brasil, pois quase todos os países sofrem esses desequilíbrios (DAL POZ, 2013; SOUZA et al., 2015).

Como a concentração de escolas médicas em grandes centros urbanos dificulta a interiorização do trabalho médico. A alternativa é investir nas atividades para aproximar universidades e profissionais e ofertar educação continuada aos profissionais. É importante que os conteúdos clínicos sejam adequados de acordo com as características epidemiológicas e culturais da região onde o curso é ofertado (DAHMER et al, 2017).

O PMM incentivou mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), além de incentivar a exposição dos alunos na rede de serviços de saúde desde o começo da graduação e ao longo do curso, com ênfase na atenção básica, a participação ativa do aluno na construção do conhecimento, a integração dos conteúdos, a promoção da integração e interdisciplinaridade, o aprendizado e atuação em equipes multiprofissionais. A presença das ciências sociais e discussões em temas complexos são importantes para a formação ética do estudante (CAMPOS, 2016). Ao pensar na expansão de escolas médicas os Ministérios da Saúde e da Educação definiram juntos critérios para a criação de cursos nas regiões onde mais precisam de profissionais (BRASIL, 2015).

Entre as variáveis que determinam a escolha locacional dos médicos, vários estudos destacam uma forte influência do local onde o médico recebeu seu treinamento, ou seja, onde fez a graduação, (COOPER, HEALD e SAMUEL, 1972 e 1977; KRISTIANSEN e FORDE, 1992; SCHEFFLER, 1971; BURFIELD, HOUGH e MARDER, 1986).

Estes trabalhos mostram que os médicos podem atuar nas áreas onde receberam o seu treinamento médico devido, principalmente, ao contato já estabelecido e afinidades com o local. Assim, o local onde o médico se graduou pode influenciar na sua decisão de localização. Portanto é importante observar a distribuição geográfica das faculdades de medicina (PÓVOA; ANDRADE, 2006).

O objetivo principal de promover a expansão do curso médico para regiões do interior era justamente atrair o interesse do aluno em áreas rurais e remotas. Visto que o Governo Federal priorizou municípios que não tinham o curso de medicina. A ideia era distribuir de melhor forma as oportunidades do ensino superior e, conseqüentemente, a atuação dos profissionais no Brasil.

A implantação do provimento emergencial, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi realizada por meio de chamamentos de médicos através da abertura de

editais de adesão. O primeiro passo após a aprovação da Lei do Mais Médicos foi definir os municípios que iriam participar do programa. Segundo documentos do Ministério da Saúde, os municípios onde o programa foi implantado foram classificados em seis perfis: 1) capitais dos estados e Distrito Federal; 2) Região Metropolitana; 3) G100, incluindo os 100 municípios com mais de 80 mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública per capita e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; 4) municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); 5) 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (DSEI/SESAI/MS) e 6) demais localidades (BRASIL, 2015).

No Brasil, 2810 municípios participavam do PMMB, em 2018. A diferenciação dos municípios brasileiros em perfis favoreceu o provimento de profissionais primeiramente para os municípios com maior carência de médicos. A definição de perfis de município foi necessária, porque um dos propósitos do projeto seria a melhor distribuição de médicos no território nacional em municípios com maior necessidade e dificuldade de fixação.

3. METODOLOGIA

O presente estudo é descritivo, qualitativo e teve como foco a análise documental, utilizando como fontes artigos e documentos publicados.

A análise documental teve como fonte as considerações sobre o Programa Mais Médicos publicadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em Novembro de 2018 e a Lei 12.871/23 onde estavam descritas as ações e eixos do programa: Eixo Provisório

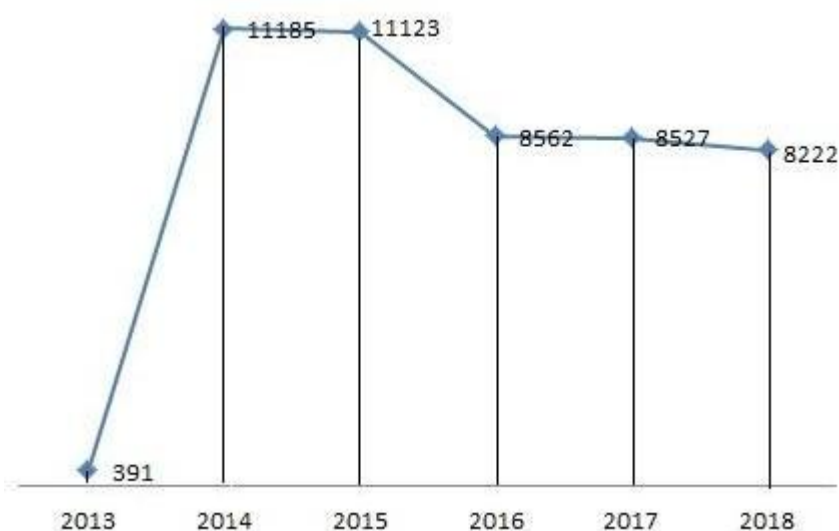
Operacional: chamado na lei de “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, eixo : investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde: Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e informatização das UBS; Eixo Formação Médica no Brasil: qualificação da formação médica tanto no âmbito da graduação quanto no das residências médicas. Juntos os três eixos tinham como principais objetivos: I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; II – fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; III – aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; IV – ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; V – fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; VI – promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; VII – aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e VIII – estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Partindo dos objetivos do programa, foram sistematizados os resultados alcançados pelo PMM no período de 2013 a 2018, com o intuito de responder a pergunta: Qual a contribuição do Programa Mais Médicos para enfrentar a escassez de profissionais médicos no Brasil?

4. RESULTADOS

Dados do Ministério da Saúde, em 22/11/2018 mostra que o PMM contava com um total de 16.041 profissionais. Desse total, 8.117 eram cubanos; 3.276 intercambistas de outros países; e 4.524 médicos registrados nos CRMs. Os cooperados médicos representavam cerca de 52% da força de trabalho do PMM. O gráfico 1 mostra a evolução do número de médicos cooperados de 2013 a 2018.

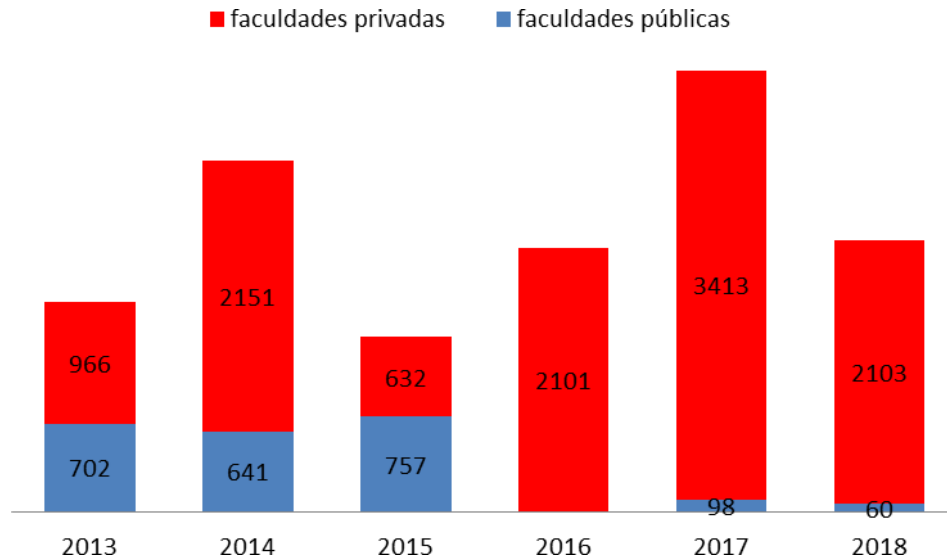
GRÁFICO 1 - NÚMERO DE COOPERADOS (CUBANOS) NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS DE 2013 A 2018



Fonte: OPAS/OMS Brasil (2018)

No período de 2013 a 2018 foram criadas 13.624 novas vagas em Medicina autorizadas pelo MEC entre janeiro de 2013 e novembro de 2018. Do total de vagas criadas até 2018, 50,7% das vagas foram em cursos já existentes, apenas ampliando o número original de ofertas deles. Observa-se no gráfico 2 o número de vagas criadas desde 2013 a 2018 em instituições públicas e privadas através do Mais médicos.

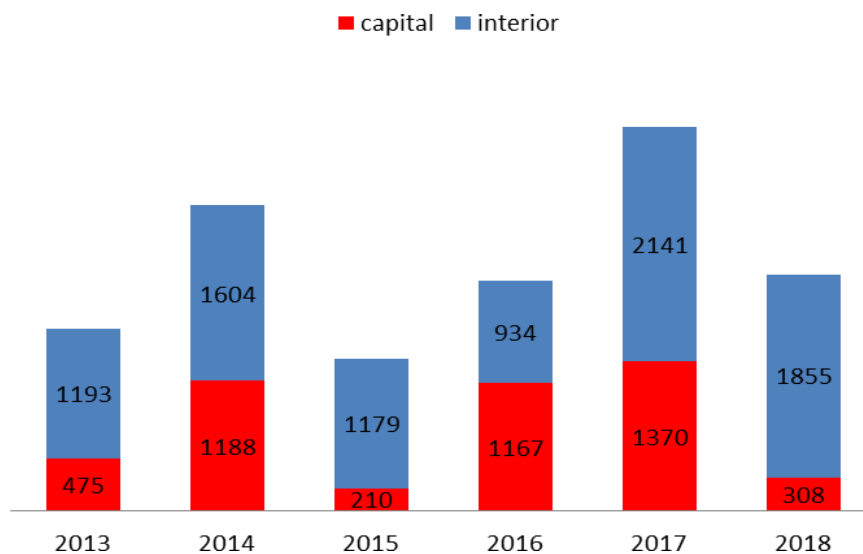
GRÁFICO 2 – NÚMERO DE VAGAS CRIADAS NA GRADUAÇÃO DE MEDICINA, EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS E PRIVADAS NO BRASIL APÓS A LEI DO MAIS MÉDICOS



Fonte: Ministério da Educação (2018)

Entre as vagas criadas 83,4% foram em universidades privadas e 65,4% estão em campus fora das capitais visto que a interiorização do ensino de medicina para que estudantes locais se formem é um dos focos do Mais Médicos. O gráfico 3 mostra no número de vagas criadas na capital e no interior.

GRÁFICO 3 - VAGAS NA GRADUAÇÃO CRIADAS POR ANO (CAPITAL X INTERIOR) NO BRASIL



Fonte: Ministério da Educação (2018)

Entre 2013 e 2018, um total de 98.006 médicos se inscreveu nos Conselhos Regionais de Medicina, ou seja, 21,03% da atual população médica que totaliza 466.135 médicos. O quadro 1 mostra o número de médicos ativos 2018 por estado, assim como número de novos médicos nos últimos 5 anos e sua percentual correspondente em relação ao total ativo de médicos.

QUADRO 1 – MÉDICOS ATIVOS EM 2018 POR ESTADO E NOVOS MÉDICOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Estados	Ativos	Novos (últimos 5 anos)	%
AC	868	259	29,84
AL	4612	905	19,62
AM	4743	1464	30,87
AP	712	172	24,16
BA	21144	4420	20,9
CE	13154	3989	30,33
DF	12563	1870	14,88
ES	9473	2617	27,63
GO	12406	3555	28,66
MA	5446	1545	28,37
MT	5212	1450	27,82
MS	5167	1382	26,75
MG	49996	13688	27,38
PA	7782	2001	25,71
PB	6519	2222	34,08
PR	25952	5708	21,99
PE	16226	3418	21,06
PI	4386	1638	37,35
RJ	66821	11462	17,15
RN	5598	1655	29,56
RS	31023	5478	17,66
RO	2547	1233	48,41
RR	743	225	30,28
SC	14896	3318	22,27
SP	132195	20448	15,47
SE	3710	834	22,48
TO	2241	1050	46,85
BRASIL	466135	98006	21,03

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2018)

Os maiores aumentos foram registrados nos seguintes estados: Rondônia (48,41%), Tocantins (46,85%), Piauí (37,35%), Paraíba (34,08%) e Amazonas (30,87%). Os menores

percentuais de aumento foram registrados em: Distrito Federal (14,88%), São Paulo (15,47%), Rio de Janeiro (17,15%), Rio Grande do Sul (17,66%) e Alagoas (19,62%). De acordo com o quadro 2 no período de 2013 a 2018 a razão de médico por grupo de mil habitantes passou de 1,93 (2013) para 2,24 (2018).

QUADRO 2 – EVOLUÇÃO DA RAZÃO DE MÉDICOS POR ESTADO ENTRE 2013 E 2018

UF	2013	2014	2015	2016	2017	2018
AC	0.93	0.94	0.95	0.99	1.03	1.00
AL	1.19	1.21	1.25	1.29	1.35	1.39
AP	0.73	0.77	0.81	0.83	0.82	0.86
AM	1.04	1.08	1.10	1.14	1.15	1.16
BA	1.15	1.19	1.23	1.28	1.33	1.43
CE	1.19	1.24	1.30	1.37	1.42	1.45
DF	3.62	3.72	3.81	3.89	4.00	4.22
ES	2.02	2.10	2.20	2.25	2.33	2.38
GO	1.53	1.59	1.66	1.72	1.79	1.79
MA	0.60	0.64	0.67	0.70	0.74	0.77
MT	1.20	1.24	1.31	1.41	1.49	1.51
MS	1.57	1.65	1.71	1.77	1.85	1.88
MG	1.95	2.05	2.14	2.22	2.30	2.38
PA	0.80	0.83	0.85	0.89	0.91	0.91
PB	1.33	1.40	1.45	1.53	1.57	1.63
PR	1.92	1.99	2.04	2.12	2.22	2.29
PE	1.46	1.51	1.57	1.62	1.67	1.71
PI	1.03	1.10	1.16	1.23	1.30	1.34
RJ	3.75	3.84	3.89	3.93	3.98	3.89
RN	1.31	1.37	1.44	1.51	1.56	1.61
RS	2.42	2.49	2.56	2.63	2.70	2.74
RO	1.19	1.21	1.28	1.37	1.42	1.45
RR	1.19	1.25	1.31	1.36	1.41	1.29
SC	1.77	1.85	1.92	1.99	2.07	2.11
SP	2.53	2.60	2.68	2.76	2.85	2.90
SE	1.33	1.38	1.45	1.49	1.57	1.63
TO	1.09	1.23	1.31	1.35	1.40	1.44
BRASIL	1.93	2.00	2.06	2.12	2.19	2.24

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2018)

Entre 2013 e 2018 houve um incremento de 15,7% em cinco anos, a oferta de médicos brasileiros (com CRM) por grupo de mil habitantes apresentou uma variação positiva nos últimos cinco anos, em decorrência do aumento de 20% dessa população, aproximando o

indicador nacional de países como Coréia do Sul (2,2), México (2,3), Japão (2,4) e Polônia (2,5).

No período analisado, no Brasil, de 2013 a 2018 a população geral, cresceu, em média, 3,7%. Passando de 201.032.714 (em 2013) para 208.494.900 (em 2018). Por sua vez, o número de médicos ativos (descontados os que deixaram de exercer a profissão) subiu 20%, em nível nacional.

5. DISCUSSÃO

Entre as alternativas encontradas para resolver a escassez de profissionais médicos estão à cooperação internacional que compreende numa espécie de ‘empréstimo’ de médicos, uma vez que existem certos países que exportam médicos como é o caso de Cuba.

O sistema internacional de cooperação internacional possui as seguintes características: é discricionário, pois os Estados não são coagidos a oferecer recursos para cooperar com o desenvolvimento; é plural, pois há muitos atores da cooperação, que atuam de maneiras distintas; é especializado, havendo atores cooperantes que são dedicados a temas específicos; é descentralizado, em função da inexistência de um poder central que regule a cooperação no plano internacional (AYLLÓN, 2007, p. 38).

Diversos documentos internacionais foram desenvolvidos falando sobre a cooperação internacional como, por exemplo, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aprovada por aclamação na 33ª Sessão da Conferência Geral da Organização das Nações Unidas (UNESCO) em 19 de outubro de 2005 e homologada por 191 países em Assembleia Geral das Nações Unidas, que proclama no Artigo 24, o título de “Cooperação nternacional” onde no seu inciso III diz que:

‘Os Estados devem respeitar e promover a solidariedade entre Estados, bem como entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades, com atenção especial para aqueles tornados vulneráveis por doença ou incapacidades ou por outras condições individuais, sociais ou ambientais e aqueles indivíduos com maior limitação de recursos’.

De acordo com alguns autores contratar médicos de outros países é uma importante providencia para combater a escassez de médicos em áreas rurais, como por exemplo, a Austrália, que desde a década de 1990 vem buscando soluções para enfrentar essa situação e conta com médicos estrangeiros para manter o funcionamento do sistema de saúde australiano (DUSSAULT, FRANCESCHINI, 2006; HAN, HUMPHREYS, 2005; BUYKX, HUMPREYS, 2005; WAKERMAN, PASHEN, 2010; SCHEFFER, 2013).

O ministério da saúde alegava que vários países optaram enfrentar a falta de médicos em determinadas regiões a partir de políticas de atração de médicos formados em outros países. Enquanto no Brasil 1,79% dos médicos ser formou no exterior, na Inglaterra esse índice é de 40%, nos Estados Unidos, 25%, Canadá, 17%, e Austrália, 22%.

Partindo desse princípio a primeira ação do foi contratar médicos cubanos em virtude da parceria firmada entre o Brasil e a OPAS e enviá-los a regiões que mais estavam precisando, por meio de chamamentos públicos. O programa entre os anos de 2014 e 2015 atingiu o maior número de cooperados, a partir de 2016, o número de cooperados cubanos começou a cair justamente no período em que houve a renovação por mais três anos da cooperação Cubana.

A cooperação por sua vez não foi bem aceita por algumas entidades e pessoas, Segundo Marco Aurélio Antas Torronteguy (2010) os Estados procuram ajustar suas expectativas e interesses em comum, ao realizar um acordo de cooperação, o que exige a aplicação de regras e a definição de uma agenda para realizar as ações de cooperação.

Desde o primeiro anúncio da vinda de médicos estrangeiros ao Brasil, em junho de 2013, as entidades médicas vêm apresentando fortes críticas ao PMM e realizando campanhas contra o programa voltadas à comunidade médica e sociedade brasileira, além de acionamentos judiciais frequentes que em nota divulgou:

‘O Conselho Federal de Medicina condena de forma veemente a decisão irresponsável do Ministério da Saúde que, ao promover a vinda de médicos cubanos sem a devida revalidação de seus diplomas e sem comprovar domínio do idioma português, desrespeita a legislação, fere os direitos humanos e coloca em risco a saúde dos brasileiros, especialmente os moradores das áreas mais pobres e distantes’. (CFM 2013).

Em relação ao revalida, prova que consiste na validação do diploma, se o exame fosse realizado autorizaria o profissional a trabalhar em qualquer região do país. E não seria possível determinar onde esse médico trabalharia, o que não resolveria o problema de falta de médicos no país concentrada no interior (BRASIL, 2013).

As ações mais contundentes contra o programa feitas pelas entidades médicas foram os Mandados de Segurança pedindo suspensão imediata do PMM depois de 10 dias do seu anúncio e as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) contra a MP nº 621/2013. Os pedidos foram apreciados e indeferidos.

Segundo Jair Bolsonaro (2018) a cooperação cubana não passava de um pretexto para financiar a ditadura existente no Governo Cubano.

Cuba diz que a sua cooperação se mantém de acordo com alguns princípios básicos: é um eixo importante da política externa cubana; se direciona a governos centrais e locais e

busca se desenvolver de forma sustentável; sem finalidade de lucro e considerando as diferenças existentes; envolve profissionais da atenção primária, que não opinam em relação à política interna ou costumes locais e busca beneficiar o maior número possível de pessoas, com foco em áreas remotas (TORRES, CRUZ, 2010). No geral a cooperação para eles era mais que a transferência de recursos humanos para suprir a carência de certos países, e sim buscava fortalecer e melhorar os países que recebem a cooperação em seus sistemas de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, os profissionais recebem uma “bolsa-formação” fixada em R\$ 11,8 mil. Além disso, recebem uma ajuda de custo inicial de R\$ 10 mil a R\$ 30 mil para o deslocamento para o município de atuação. E todos os médicos têm moradia e alimentação custeadas pelas prefeituras. O ministério afirma que os contratos são gerenciados pela OPAS. Assim, o Ministério da Saúde faz o pagamento das bolsas diretamente para a Opas, que faz o repasse a Cuba (BRASIL, 2018).

Em 14 de novembro de 2018, Cuba anunciou, por meio de uma nota divulgada pelo Ministério de Saúde local, a saída do Programa Mais Médicos. Segundo o governo cubano, a retirada ocorreu devido ao anúncio, feito pelo presidente eleito Jair Bolsonaro, de alterações que seriam realizadas nos termos de cooperação assim que o mesmo assumisse a presidência do país.

Após a saída de Cuba foi aberto o primeiro edital para substituir 8.517 profissionais cubanos. Dentre os médicos selecionados no primeiro edital, cerca de 19% , o equivalente a 1.325 profissionais médicos brasileiros que entraram no Mais Médicos saíram do programa até o mês de maio 2019 (BRASIL, 2019).

Em 13/05/2019 um novo edital do Programa Mais Médicos foi lançado com objetivo de contratar 2.000 médicos, o edital é o segundo lançado desde a saída de Cuba do programa, anunciada em novembro de 2018. O novo edital prioriza a participação de médicos formados e habilitados, com registro em qualquer Conselho Regional de Medicina do Brasil. Além disso, o programa prioriza apenas municípios de maior vulnerabilidade, municípios maiores não devem receber médicos até que o governo lance um novo programa segundo o ministério da saúde (BRASIL, 2019).

A cooperação internacional deveria ter sido vista como forma de promover a troca de conhecimento com os parceiros internacionais, além disso, servir como inspiração para quem

sabe em um futuro próximo o Brasil entrasse nessa linha de fornecimento de médicos a outros países.

Porém não era apenas a presença de médicos cubanos que incomodou no PMM, o conselho federal de Medicina sempre foi contra a abertura de novos cursos de Medicina, mais uma das ações do PMM. Segundo a projeção “*Concentração de Médicos no Brasil em 2020*”, que compõe o estudo “Demografia Médica no Brasil”, do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), mesmo sem abrir novos cursos e vagas de Medicina, o Brasil atingiria em 2020 a razão de 2,20 médicos por 1.000 habitantes. Expandir o curso serviria apenas para aumentar o número de médicos, ainda não significaria que os recém-formados permaneceriam na região de formação (CFM, CREMESP 2010).

Para Mário Scheffer, professor da Faculdade de Medicina da USP e coordenador do estudo Demografia Médica, que monitora esses dados, a tentativa de interiorização, não dá certeza de que os estudantes vão continuar nestes locais, onde há tradicionalmente menos médicos.

Em oposição, o Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES) não concorda com argumentações feitas por entidades médicas que relatam a suficiência de médicos, e aponta a deficiência e a má alocação de médicos como um problema grave. A criação de escolas médicas em lugares que não contam com cursos de medicina é uma forma de melhorar a distribuição dos serviços de saúde e dos profissionais (PÓVOA, ANDRADE, MORO, 2004).

O Eixo Formação do PMM buscou reordenar o processo de abertura de cursos de Medicina priorizando regiões de saúde com menor relação entre vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática adequado à formação. A lei estabeleceu novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), onde 30% do internato 2 anos finais do curso seriam em UBS, A atenção básica concentra as principais ações de prevenção e de acompanhamento do paciente, evitando complicações no futuro, sendo capaz de resolver 80% dos problemas de saúde. A experiência prática nas Unidades Básicas de Saúde complementar a formação médica.

Dados do Ministério da Educação apontam que, desde 2013, ano da implantação do programa até 2018 tinham sido criadas 13.624 vagas para formação de novos médicos no país. No

período, foram criados 117 novos cursos de medicina. Do total de vagas criadas, 73% estão em cidades fora das capitais. Cerca de 80% estão em faculdades privadas. Anterior a saída de Cuba, no ano de 2017 o ministério da educação, vetou a abertura de cursos médicos pelo período de 5 anos, alegando que neste período iria avaliar e verificar a qualidade do cursos abertos e já existente para futuramente verificar a possibilidade e necessidade de abrir novos cursos. Atualmente, de acordo com dados do MEC, o Brasil tem 460 mil médicos, 1 para cada 434 habitantes. O número está dentro da quantidade de profissionais recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1 médico para cada mil.

Dentro de um contexto geral desde sua implantação o Programa Mais Médicos promoveu um embate entre governo e entidades médica. Onde a classe envolvida criticava que havia uma desvalorização do profissional brasileiro frente ao estrangeiro. Porém se olharmos para outros países como os Estados Unidos da América (EUA) 25% da sua força de trabalho médico é composta por médicos estrangeiros porque eles fizeram a opção pela importação de médicos, e não no investimento na abertura de novas vagas de graduação. Sendo assim o PMM que contava tanto com a abertura de vagas e cooperação agora no momento não possui nenhuma das opções. Temos ainda os médicos cubanos que se estabeleceram no país que não podem mais exercer a profissão médica e encontram-se passando por dificuldades. Outro fato que merece atenção é que a desistência interfere na qualidade do atendimento até a reposição.

Apesar de todas as discussões e críticas em torno da criação e da implementação do PMM, o programa representa um grande avanço em termos de política pública, que integra em uma única proposta elementos voltado ao provimento emergencial de médicos, à educação médica e ao desenvolvimento da infraestrutura das unidades de saúde no âmbito do SUS conseguindo alcançar grandes marcas em relação ao aumento de médicos no país, visto que futuramente teremos mais profissionais formados e hoje temos uma razão maior de médicos por grupos de mil habitantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMM como política pública busca solucionar a escassez de médicos em curto e médio prazo, ao associar o provimento e mudanças na formação do profissional, a fim de garantir a presença e a fixação de médicos em áreas desassistidas do país.

Os resultados deste estudo apontam que em 5 anos o PMM promoveu um incremento no número de profissionais médicos, apresentando um número maior de médicos por grupo de mil habitantes em 2018, se aproximando do indicador estabelecido no início do programa de 2,7 médicos por habitantes em 2026. Nenhuma política pública de interiorização conseguiu em pouco tempo, promover um aumento na oferta de profissionais, sobretudo em áreas mais necessitadas.

Destaco como ações desenvolvidas as novas diretrizes curriculares nacionais e à interiorização das escolas médicas, que após os primeiros formados em 2020 talvez fixem nessas regiões, porém esse cenário não seria uma certeza.

Diante do veto para abertura de cursos médicos nos próximos 5 anos e ruptura do convênio com Cuba o programa mostra o quanto está frágil. Visto que em menos de 6 meses da saída dos cubanos, houve a desistência de cerca de 19% dos atuais participantes, prejudicando municípios participantes do programa que convive com a redução e substituição de médicos.

O Programa Mais Médicos em termos de política pública, que integra em uma única proposta elementos voltado ao provimento emergencial de médicos, à educação médica e ao desenvolvimento da infraestrutura das unidades de saúde no âmbito do SUS, reduziu a escassez de profissionais médicos, cumprindo seu objetivo, mas não de forma total uma vez que teve duas de suas principais ações interrompidas .

Contudo se o programa realmente irá ter continuidade ou se em breve vamos ver uma nova política pública visando à escassez de médicos apenas veremos com o tempo, neste cenário de incertezas cabe a governo buscar uma solução interessante, capaz de trazer benefícios para todos aqueles que utilizam os serviços públicos prestados a saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sandra Mara Campos et al. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 7, p.2223-2235, jul. 2017. FAPUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.03512017>.

ARAÚJO, Cássia de Andrade; MICHELOTTI, Fernando Canto; RAMOS, Tuanny Karen Souza. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1217-1228, 2017. FAPUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0607>.

BONELLI, Maria da Gloria. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 11, p.2531-2532, nov. 2009. FAPUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009001100024>.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**: Política Nacional de Atenção Básica. 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 20 abr.2019.

BRASIL. **Pacto Nacional Pela Saúde**: Mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formação. Brasília, DF

CARVALHO, Viviane Karoline da Silva; MARQUES, Carla Pintas; SILVA, Everton Nunes da. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2773-2784, set. 2016. FAPUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17362016>.

Conselho Federal de Medicina. **Demografia médica no Brasil**: ESTUDO DE PROJEÇÃO “Concentração de Médicos no Brasil em 2020”. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/estudo_demografia_junho.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2019.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO (EPSM). **Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM; 2012. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2019.

FIGUEIREDO, Patrícia. **Desistências no Mais Médicos crescem e chegam a 19% das vagas preenchidas após saída de cubanos**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/23/desistencias-no-mais-medicos-crescem-e-chegam-a-19percent-das-vagas-preenchidas-apos-saida-de-cubanos.ghtml>>. Acesso em: 07 jun. 2019.

Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LAB. **Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária**. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2675-2684, set. 2016. FAPUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>.

GONÇALVES JUNIOR, Oswaldo; GAVA, Gustavo Bonin; SILVA, Murilo Santos da. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.872-887, dez. 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/143603/138266>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

KRÜGER, Ana. **Entenda como é o pagamento de cubanos no programa Mais Médicos**. Disponível em: <<https://congressoemfoco.uol.com.br/saude/entenda-como-e-o-pagamento-de-cubanos-no-programa-mais-medicos/>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

LEVY, Dan Rodrigues; SANTOS, Carla Eduarda Gomes. **O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E OS IMPACTOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA**. 2015. Disponível em: <<http://www.prev.unifesp.br/index.php/edic/24-quatro/54-medicos>>. Acesso em: 21. mai. 2019.

MEDICINA, Conselho Federal de (Org.). **Considerações sobre o Programa Mais Médicos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018. Color. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2018_pesquisa_maismedicos.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2019.

MORENO, Ana Carolina; OLIVEIRA Elida. **Brasil criou 13.624 vagas em cursos de medicina desde 2013; 20% delas seguem os critérios do Mais Médicos**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/educacao/guia-de-carreiras/noticia/2018/12/02/brasil-cria-13624vagas-em-cursos-de-medicina-desde-2013-20-delas-seguem-os-criterios-do-mais-medicos.ghtml>>. Acesso em: 07 jun. 2019.

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2889-2898, set. 2016. FAPUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17022016>.

OLIVEIRA, Felipe Proença de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 19, n. 54, p.623-634, set. 2015. FAPUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.114>.

OLIVEIRA, João Paulo Alves; SANCHEZ, Mauro Niskier; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2719-2727, set. 2016. FAPUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17702016>.

PÓVOA, Luciano; ANDARDE, Mônica Viegas. **Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: Uma análise a partir de um modelo de escolha locacional**. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2006000800004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 mai. 2019.

SOUZA, Bárbara Pinto Andrade de; PAULETTE, Albuquerque Cavalcanti de. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 9, p.11-34, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1735>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. O papel da cooperação internacional para a efetivação de direitos humanos: o Brasil, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e o direito à saúde. **Reciis**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.58-67, 31 mar. 2010. Fundação Oswaldo Cruz. <http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v4i1.346pt>