

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

MARIANA CÁSSIA DE FREITAS SANTOS

PROGRAMA MAIS MÉDICOS
Estrutura do Programa Mais Médicos e Implementação do Projeto Mais
Médicos para o Brasil

BELO HORIZONTE
AGOSTO - 2015

MARIANA CASSIA DE FREITAS SANTOS

PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Estrutura do Programa Mais Médicos e Implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Políticas Públicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dra. Helcimara de Souza Telles

BELO HORIZONTE

AGOSTO - 2015



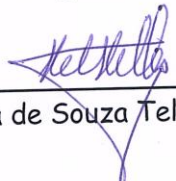
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Curso de Especialização em Políticas Públicas da UFMG
Departamento de Ciência Política
Av. Antônio Carlos, 6627 - Cidade Universitária - Pampulha
31270-901 - Belo Horizonte - MG
Fone: 3499-5028 - FAX: (031) - 3499-5191 - e-mail: dcp@fafich.ufmg.br

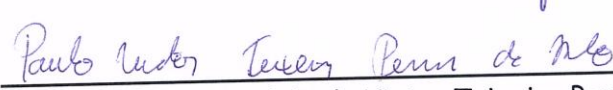
Ata de Aprovação de Trabalho Final de Curso

Declaro, como professor orientador e para fins de registro e documentação do Curso de Especialização em Políticas Públicas e junto aos órgãos superiores da UFMG, que a aluna Mariana Cássia de Freitas Santos apresentou o trabalho de conclusão de curso intitulado "PROGRAMA MAIS MÉDICOS: Estrutura e Processo de Admissão de Médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil", no dia 25 de agosto de 2015.

Este trabalho foi examinado também pelo Professor Paulo Victor Teixeira Pereira de Melo e considerado academicamente satisfatório, tendo obtido a nota 8,5 (conceito B). A aluna está, portanto, apta a receber o título de Especialista em Políticas Públicas pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 25 de agosto de 2015.


Orientador(a): Profa. Helcimara de Souza Telles - DCP-UFMG


Examinador: Prof. Paulo Victor Teixeira Pereira de Melo

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me permitido realizar este curso.

Aos meus pais, Marcos e Ana Paula, e meus irmãos, Sarah e Bernardo, que sempre apoiam todos os meus objetivos, mesmo que isso custe minha presença junto deles. Pelo carinho, pela torcida, pela atenção e pela dedicação sem igual. Obrigada.

Ao Vladimir, pelo amor com que me trata em cada detalhe. Pelo incentivo mais insistente, pela segurança que transmite. Por me fazer ver as coisas de forma mais simples e pela louvável paciência em meus momentos de incerteza.

Às colegas de curso que hoje chamo de amigas: Alice, Amandinha, Nati, Rosi e Carol. O apoio de vocês foi essencial nesta etapa.

Às professoras Carine Caetano e Márcia Maria Cruz, por me apresentarem ainda na graduação à Ciência Política e pelo apoio quando optei pela especialização. Vocês são exemplos para mim.

Ao Professor Paulo Victor pela atenção, disponibilidade e pelas ótimas dicas.

À Professora e Orientadora Helcimara Telles, por coordenar uma pesquisa referência sobre o Programa Mais Médicos, de tanto valor para o Brasil. Sua visão de mundo me encanta.

Aos demais professores pela maestria em repassar seus conhecimentos durante o curso, que foram essenciais na minha formação - enquanto estudante e ser humano.

À Marlene, pela ajuda e atenção durante o curso.

RESUMO

O Programa Mais Médicos configura-se como a mais ampla política pública de saúde dos últimos anos e tem por objetivo principal a diminuição da desigualdade na oferta de assistência à saúde no Brasil através do aumento de médicos no Sistema Único de Saúde. Inicialmente, o presente estudo buscou contextualizar o cenário de sua formulação e tomada de decisão, assim como alguns aspectos do enfrentamento do problema da escassez de médicos no país, premissa em que se baseou a criação do programa. Na segunda parte desta pesquisa, descreveu-se operacionalmente a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, que se apresenta como uma importante via para diminuir a defasagem e distribuição da quantidade de médicos no país em curto prazo, inclusive com a possibilidade de contratação de médicos estrangeiros, sendo apresentados alguns dados iniciais das alocações e contratações já realizadas, além de uma importante alteração do Projeto durante a implementação que significou a adesão total de médicos brasileiros em sua segunda etapa. Neste aspecto, o presente trabalho se propôs a expor os atores envolvidos no processo e buscou clarear as regras dos editais de contratação de médicos e inscrição de municípios, bem como sua contrapartida enquanto participantes do projeto, a fim de compreender o que o imediato aumento do número de médicos traz enquanto proposta de ferramenta de suporte ao Sistema Único de Saúde e ao seu funcionamento. Adotou-se por objeto de estudo a Lei que constitui o Programa Mais Médicos, a normatização dos editais oficiais para o Projeto Mais Médicos para o Brasil, os termos de adesão que formalizam as inscrições, bem como estudos científicos e publicações oficiais que o legitimaram ou que analisaram seus fenômenos. Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa, que utiliza-se da abordagem incremental da política pública, com revisão do material teórico disponível sobre o assunto. Concluiu-se que a implementação do Projeto obteve êxito na medida em que os editais de chamamento tiveram cumpridos seus objetivos de contratação imediata de médicos conforme o cronograma e que a adesão de médicos brasileiros no programa cresceu em sua segunda etapa, ainda que não seja possível delimitar por este desenho de pesquisa os potenciais impactos dessas contratações no indicador quantidade de médico por habitante, o que também não conformou o objetivo do presente estudo.

Palavras Chaves: Programa Mais Médicos. Projeto Mais Médicos. SUS. Atenção Básica. Saúde Pública

ABSTRACT

The Programa Mais Médicos is configured as the broader public health policy in recent years and its main objective is the reduction of inequality in health care supply in Brazil by increasing doctors in the Sistema Único de Saúde. Initially, this study looked for contextualize the scene of its formulation and decision making, as well some aspects of confronting the problem of shortage of doctors in the country, the premise on which it based the program's inception. In the second part of this research, was described how the Projeto Mais Médicos is operationally implemented, which presents itself as an important way to reduce the gap and distribution of the number of doctors in the country in the short term, including the possibility of hiring foreign doctors. Also it was presented some initial data allocations and contracts already made, plus a significant change to the project during implementation, which meant the total membership of Brazilian doctors in its second stage. In this regard, this study set out to expose the actors involved in the process and sought to clarify the rules of engagement of doctors and enrollment municipalities and its counterpart as project participants in order to understand what the immediate increase in the number of Doctors brings as a proposal for support tool Health System and its operation. It was adopted by subject matter the Law which created the Programa Mais Médicos, the regulation of official notices for Projeto Mais Médicos para o Brasil, the terms of accession which formalize the registration as well as scientific studies and official publications that legitimized or who analyzed its phenomena. Regarding the methodology, it is a descriptive and qualitative research on the means we use the incremental approach to this public policy, and review of the theoretical material available on the subject. It was concluded that project implementation was successful, as the official announcements of call had fulfilled its immediate medical recruitment goals as scheduled and that the accession of Brazilian doctors in the program has grown in its second stage, although it is not possible delimit by this research design all potential impacts of these contracts in the amount of indicator doctor per inhabitant, which also it is not conformed the aim of this study.

Key Words: Programa Mais Médicos. Projeto Mais Médicos. SUS. Primary Care. Public Health

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa da Distribuição de médicos por mil habitantes por estado.	27
Figura 2: O maior problema do SUS segundo os usuários	29
Figura 3: Sugestão de melhoria para o SUS segundo usuários.....	29
Figura 4: Quantidade de médicos inscritos por estado na 1ª Etapa do Projeto Mais Médicos sem provimento de todas as vagas	35

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1: Países com relação médico/habitante igual ou superior 1,8/1000.....25

Tabela 2: Número de Vagas por Municípios Elegíveis Inscritos no Edital de 2015...44

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
AB - Atenção Básica
CAGED - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados –
CFM - Conselho Federal de Medicina
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica
CPMF – Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira
CRM - Conselho Regional de Medicina
CTPS - Carteira de Trabalho e Previdência Social
DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena
EMI - Exposição de Motivos Interministerial
ESF - Estratégia Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE - Identificador Nacional de Equipe
IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IPESPE - Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MP - Medida Provisória
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMM - Programa Mais Médicos
PNS - Plano Nacional de Saúde
PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RGPS - Regime Geral de Previdência Social
SGP - Sistema de Gerenciamento de Programas
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIPS - Sistema de Indicadores e Percepção Social
SISAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UNA-SUS - *Universidade Aberta do SUS*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O CICLO DE POLÍTICAS E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS	17
2.1	Projeto Mais Médicos para o Brasil.....	31
3	IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL	37
3.1	Adesão de Municípios Elegíveis	38
3.2	Adesão de Médicos e Permanência no Mais Médicos.....	42
4	CONCLUSÃO	48
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

1 INTRODUÇÃO

Em meio aos movimentos sociais que precederam a redemocratização brasileira nos anos 1980, surge o Movimento da Reforma Sanitária, cujas articulações a favor de uma assistência universal à saúde culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da Constituição Federal de 1988. A saúde torna-se, a partir de então, responsabilidade do Estado e direito social, sendo garantido o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, preceitos que conformavam o momento de esperança na experiência democrática recente do país.

Com a agenda política voltada à universalização dos serviços de saúde pública através da instituição do SUS no final do governo de José Sarney (1985-1990), os recursos destinados à saúde foram descentralizados para ficarem a cargo das três esferas de governo – União, Estados e Municípios. Além da implantação de um modelo de atenção ampliado e de administração descentralizada, as ações e os objetivos da saúde foram direcionados à prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde (GARCIA, 2014). Entretanto, com a posse do presidente Fernando Collor de Melo (1990-1992), os já recentes ideais relacionados à saúde pública e universal foram deixados de lado para darem lugar a uma política neoliberal-privatizante, com cortes em todos os setores, inclusive o da saúde (POLIGNANO, 2008), denotando outras prioridades para a agenda governamental.

Neste cenário inicial de incertezas quanto ao futuro do SUS e de instabilidade no país é que foi lançado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), no governo de Itamar Franco (1992-1995), que assumiu a presidência após a deposição de Fernando Collor de Melo por corrupção. O PSF é criado com o intuito de reorientar, reformular e reorganizar o modelo assistencial em saúde, de forma a atender aos princípios básicos da universalização e equidade pretendidos com a Constituição de 1988 (STEDILE; DALPIAZ, 2011). A nova forma de trabalhar a saúde pública seria então focada no atendimento ao paciente, pela organização de equipes multidisciplinares compostas basicamente de médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião dentista e técnico em saúde bucal que estivessem geograficamente ao alcance da população, de forma a aproximar o usuário da equipe que trataria e acompanharia seu histórico de saúde e suas demandas espontâneas.

Somente em 2006, no primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), o PSF deixou de ser um programa - com prazo de duração limitado - para se tornar a Estratégia Saúde da Família (ESF), mantendo seu foco na atenção básica em saúde de forma permanente e contínua.

Naquele mesmo ano, também foi aprovada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Básica pela Portaria Nº 648/GM/MS de 28 de março de 2006, revogada pela Portaria Nº 2.488/GM/MS de 2011, que estrutura a organização da Atenção Básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Por Atenção Básica, associa-se o termo Atenção Primária à Saúde como seu equivalente em sua concepção (Brasil, 2011). A partir de então, a Atenção Básica deve ser entendida como a base para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) – e, portanto, do SUS - tendo como atributos:

“a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde” (Brasil, 2011).

Finalmente, é criado em 2011 o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), no Ministério de Alexandre Padilha, Ministro da Saúde do governo de Dilma Rousseff de 2011 a janeiro de 2014, para “estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família” (BRASIL, 2011), com desenho inicial semelhante ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, a terceira diretriz do Programa Mais Médicos, lançado em 2013 para a criação e suprimento de recursos humanos em regiões de deficiência de profissionais médicos e prioritárias para o SUS.

É importante destacar que embora possa parecer que falem partes da cronologia da Saúde Pública no Brasil após a criação do SUS neste breve relato, não foram encontrados outros movimentos de grande expressividade na agenda governamental em prol do problema recorrente da saúde no período pós Constituição Federal de

1988, o que pode sugerir uma histórica falta de interesse político no tema, deixado em seu “estado de coisas” até se tornar problema novamente, merecendo a atenção dos formuladores de políticas (RUA, 2010). Segundo Polignano (2008):

“A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde”. (POLIGNANO, 2008)

A partir deste contexto de poucas novidades nas políticas de saúde pública é que o governo de Dilma Rousseff (2010-2018) lançou no terceiro ano de seu primeiro mandato, em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), parte integrante da Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de suprir algumas das deficiências do Sistema Único de Saúde (SUS) baseado em diagnósticos da saúde pública no Brasil, especificamente em relação ao quantitativo de médicos disponíveis para suprir as necessidades do SUS e da população do país com equidade. Segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), disponibilizados pelo Ministério da Saúde (2015), na última década o número de postos de emprego formal no SUS, criados para médicos, ultrapassou em 54 mil o de graduados no país. De 2003 a 2011, surgiram 147 mil vagas neste mercado de trabalho, enquanto foram formados 93 mil profissionais.

Ainda que esse número esteja crescendo gradativamente, como demonstra a Demografia Médica Brasileira (CRF; CRM-SP, 2013), não é na proporção suficiente para o suprimento de médicos esperado. Segundo o Ministério da Saúde, a expansão da ESF apresentou nos últimos sete anos um aumento de cobertura de apenas 1,5% da população a cada ano, segundo informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o maior desafio dos municípios a atração e fixação de médicos nas equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2015).

Sendo assim, este estudo propõe-se, inicialmente, a identificar e descrever quais são as deficiências e desigualdades no atendimento básico à saúde no Brasil no que tange exclusivamente à quantidade de médicos do país, que culminou na formulação do Programa Mais Médicos, para então compreender e descrever a estrutura de funcionamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil, uma vez que não apenas o suprimento, mas a retenção de médicos em regiões prioritárias é um desafio maior para o país (CFM; CRF-SP, 2013), marcado pelo descaso, falta de investimento em saúde pública e sucateamento.

Além disso, sem prejuízo às outras diretrizes que compõem o PMM para resultados de médio e longo prazo conforme os objetivos da Lei que o instituiu, toma-se por objeto específico o Projeto Mais Médicos para o Brasil, a fim de estruturá-lo e descrevê-lo com maior minúcia, enquanto projeto de curto prazo, já que trata da contratação imediata de médicos para o aumento do índice quantidade de médicos por mil habitantes em regiões com defasagem de médicos disponíveis, chamadas de prioritárias pelo SUS.

Para isso, na segunda parte desta pesquisa, caracteriza-se a implementação e descreve-se o funcionamento do processo de contratação de médicos através do Projeto Mais Médicos pelo Brasil através de seus editais, bem como a responsabilidade de alguns dos atores envolvidos, por exemplo, a gestão e contrapartida dos municípios e a editais oficiais de chamamento para médicos e municípios na conformidade da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Objetiva-se compreender, assim, o que o aumento do número de médicos traz enquanto proposta de ferramenta de melhoria para o Sistema Único de Saúde (SUS), em relação ao seu funcionamento prático e aos papéis assumidos pelos atores envolvidos.

Grande parte desta pesquisa baseia-se na investigação integral da Lei 12.871/2013, editais, decretos, portarias, resoluções e manuais oficiais publicados em razão do programa ou por ele instituídos. Os estudos documentais estão pautados nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde com os resultados iniciais do Programa Mais Médicos e fontes oficiais de representação das entidades médicas, como estudos do Conselho Federal de Medicina (CFM) em parceria com o Conselho Regional de

Medicina de São Paulo (CRM-SP), que apresentam a Demografia Médica no Brasil, e pesquisas direcionadas às políticas públicas de saúde, como o diagnóstico do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizado em 2011. Alguns resultados já conhecidos serão ligeiramente apresentados ao longo dos capítulos, mas estão limitados pelo pouco tempo de implementação do objeto, iniciada em 2013.

2 O CICLO DE POLÍTICAS E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Segundo Rua (2010), as políticas públicas acontecem em um ambiente de tensão e de alta densidade política, notório por abrigar relações de poder problemáticas entre diversos atores políticos com também diversos interesses. No caso das políticas públicas de Saúde no Brasil, não é diferente. Sendo a Saúde um problema recorrente, há diversos enfoques para cada um de seus aspectos que podem ser trabalhados pelas políticas públicas. Para a autora, uma das formas de lidar com essa complexidade é a utilização do modelo do ciclo de políticas (policy cycle), que organiza as políticas públicas dividindo-as em etapas sequenciais e interativas-iterativas no processo de produção de determinada política. Basicamente, podem-se dividir estas etapas em: a) formação de agenda; b) formação de alternativas e tomada de decisão; c) implementação e monitoramento e; d) avaliação (RUA, 2010).

Na etapa de formação da agenda, uma situação qualquer ganha destaque como problema político e a sua discussão passa a integrar a rotina de atividades de um grupo de autoridades dentro e fora do governo. Após a inclusão do problema na agenda do sistema político e alguma análise de seus enfoques, os atores iniciam a formulação de alternativas para resolvê-lo. A tomada de decisão, então, acontece de forma a combinar a solução mais aceitável para o maior número de partes envolvidas, mas isso também significa que quanto maiores os conflitos sobre a resolução de determinado problema, as decisões tenderão a abranger um número menor de aspectos do mesmo. Na sequência, a implementação engloba um conjunto de decisões operacionais com efetiva intervenção na realidade, que a retiram do campo das intenções para o campo da ação. O monitoramento geralmente acompanha a implementação, enquanto um conjunto de procedimentos de análise dos processos adotados, resultados iniciais e intermediários, além do comportamento do ambiente da política. A avaliação, por sua vez, comporta os procedimentos de julgamento dos resultados de uma política, que em conjunto com o monitoramento, auxilia os gestores em suas decisões de manutenção das políticas para os ajustes necessários ao alcance dos objetivos esperados.

“Essa visão conduz os estudiosos a examinar como as decisões são ou poderiam ser tomadas e permite identificar e analisar os processos político-administrativos, os mecanismos e estratégias definidas para a realização da política, e o comportamento dos diferentes atores envolvidos em cada etapa do processo de produção de políticas”. (RUA, 2010)

No ciclo de políticas, a política pública é resultante de uma série de atividades políticas que em conjunto formam o processo político (Rua, 2010).

Menicucci (2005) analisa que a trajetória política no caso da assistência à saúde apresenta efeitos de *feedback* de políticas anteriores, considerando a dinâmica que existe entre os processos decisórios e os arranjos institucionais constituídos que se tornaram parâmetros para as escolhas posteriores serem definidas. Em uma interpretação simples, a partir da instituição do SUS e do foco na atenção primária, com a necessidade de equipes multidisciplinares atuando mais próximo aos usuários para que a ESF alcançasse seus objetivos, por exemplo, novas demandas surgiram para o problema inicial. Ou seja, havia a demanda por um sistema de saúde universal e descentralizado no momento de promulgação da Constituição de 1988 e houve a unificação e modificação de algumas instituições para atender a este objetivo naquele momento. Porém, nesta nova conjuntura de coisas, quando o SUS voltou à agenda governamental, outra demanda se fez urgente visto a lenta expansão da cobertura da ESF no SUS: realizar a ampliação e aceleração do alcance das equipes multidisciplinares dos NASF – Núcleos de Saúde da Família, devido à defasagem na quantidade de médicos atuantes na saúde pública e consequente dificuldade de alocar este profissional nestas equipes. Como já previa Menicucci:

“O SUS tem se materializado em formatos institucionais que também vão fornecer a moldura em que se farão novas escolhas, decisões e políticas futuras a partir da constituição de interesses e atores” (MENICUCCI, 2005).

Em última instância, pode-se afirmar que a criação do Programa Mais Médicos (PMM) constitui-se um dos resultantes deste processo mencionado pela autora. Todavia, para que se chegasse à sua criação, foram tímidas ou nenhuma as decisões favoráveis ao desenvolvimento SUS tomadas pelo Governo Federal nos governos anteriores no campo da saúde pública.

“A dinâmica interna da política de saúde aponta várias contradições e estrangulamentos, muitos deles decorrentes da sua própria natureza dual, que produz inúmeras ineficiências. Essa situação tende a produzir crises que, dependendo da forma como forem utilizadas pelos atores políticos, poderão abrir novas janelas políticas e levar a rupturas, mesmo que limitadas pelas políticas prévias” (MENICUCCI, 2005).

Em uma breve investigação sobre as políticas de saúde nos governos após a criação do SUS, Polignano (2008) também ressalta o paradoxo dos governos iniciais em relação ao tratamento dado ao tema, como o de Fernando Collor de Mello (1990-1992) com o abandono das ideias universais e recentes princípios de criação do SUS como dever do Estado, em função de uma busca pelo “Estado Mínimo”; o sucateamento deliberado do SUS durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), com suas ações privatizantes e cortes de financiamento, o incentivo ao crescimento e regulamentação dos Planos de Saúde privados, o corte de recursos para repasse à saúde que refletiram no abandono dos hospitais públicos que se atolavam em dívidas, falta de profissionais e de pagamento aos que existiam, inclusive com suspensão inédita da continuidade do curso médico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG em 1997, pelo não funcionamento do hospital-escola. As decisões – ou a falta delas – quanto ao problema da saúde no País, refletem a instabilidade dos governos, com mudanças ministeriais constantes, *lobbies* e insucessos.

“O SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal, que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento” (POLIGNANO, 2008).

No ano de 1996, por exemplo, no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), foi criado o imposto chamado CPMF - Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira como um esforço do então Ministro da Saúde Adib Jatene para aumentar a captação de recursos para o financiamento da Saúde, devido à interrupção do repasse proveniente da Previdência Social em 1994, pelo então Ministro da Previdência Antônio Brito. Porém, o governo, por sua vez, descontou do orçamento da União destinado à saúde os valores previstos da arrecadação da CPMF, resultando em um empenho inútil o *lobby* de Jatene para a aprovação do tributo que arrecadaria recursos para a Saúde e em seu pedido de demissão do cargo no mesmo ano. A CPMF, que deveria ser captada por um ano, foi mantida por dez anos, entre os anos 1997 a 2007 e envolveu denúncias de desvios de seus recursos para outros campos que não o da saúde (POLIGNANO, 2008).

Longe de apresentar grandes políticas para a recuperação do SUS, no Governo de Luiz Inácio Lula da Silva, alguns avanços podem ser destacados, como a criação da Farmácia Popular, do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o Brasil Sorridente (Ministério de Humberto Costa); a aproximação e reconhecimento do SUS em relação à população LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros e a mudança de sexo pelo SUS (Ministério de José Gomes Temporão). E ainda assim, pelo menos dois escândalos vieram à tona nesse período, com a chamada Operação Vampiro durante o Governo Lula e a Operação Sanguessuga, no governo FHC. Ambos, esquemas de corrupção que datavam da criação do SUS, em 1990 e fora sustentados por vários anos.

É no Ministério de Alexandre Padilha, no início do Governo de Dilma Rousseff que se pode perceber a saúde de volta à agenda governamental. Uma das ações no que se refere ao financiamento da saúde, a Lei nº 12.858/2013 instituiu que 25% dos *royalties* do petróleo e gás natural fossem repassados à Saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2015), o problema da “falta de médicos” foi definido como prioridade e o governo federal estudava desde 2011 modos de tentar enfrentá-lo.

Após o encontro nacional de prefeitos no início de 2013 com a campanha “Cadê o Médico?” da Frente Nacional de Prefeitos, a presidente Dilma Rousseff solicitou ao Ministério da Saúde que estudasse e elaborasse uma proposta que respondesse à

demanda dos municípios, uma vez que o PROVAB, com seus 3.579 médicos em atuação em Janeiro de 2013 não conseguiu o alcance e volume necessários para enfrentar o problema (BRASIL, 2015).

Foi a partir de então que começou a se delinear uma política pública de saúde que foi depois oficializada através da Lei Nº 12.871 de 22 de outubro de 2013 pelo Governo Federal com o objetivo de suprir algumas das deficiências do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas, a carência de médicos, a partir do diagnóstico da saúde pública no Brasil e demandas da população: O Programa Mais Médicos (PMM).

Inicialmente criado pela Medida Provisória nº 621/2013, identifica-se no PMM três diretrizes de atuação para o alcance de seus objetivos, em curto e em médio ou longo prazo, que são: 1) Reordenação dos cursos de Medicina e de vagas para graduação e residência médica; 2) Parametrização do funcionamento e da abertura de novos cursos de Medicina; e 3) Contratação de médicos brasileiros e estrangeiros ou graduados no exterior que se inscrevam no Projeto Mais Médicos para o Brasil para o suprimento da demanda emergencial e imediata do país por médicos.

O modelo assistencial à saúde adotado pelo Brasil a partir dos anos 1990, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), direcionou o foco das ações de saúde pública do SUS para a prevenção de doenças e a promoção da saúde, o que se mantém nos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) com a atual Estratégia Saúde da Família (ESF), direcionados à atenção à saúde básica, com foco em sua expansão e qualificação.

Segundo Garcia (2014) e Stedille et al. (2011), anteriormente ao SUS, os serviços em saúde pública no Brasil eram direcionados apenas aos contribuintes da previdência social, com seus recursos centralizados na esfera federal e ações voltadas à atenção curativa e medicamentosa, com um modelo de atenção à saúde chamado hegemônico, centrado na doença e no médico, não no indivíduo como sujeito de direitos ou na equipe de saúde. Esse modelo era também considerado dispendioso e ineficiente diante dos problemas que surgiram com a urbanização do país, acelerada a partir da década de 1970 com o aparecimento de novas doenças. “Doenças

psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer” (GARCIA, 2014, *apud* MOROSINI; CORBO, 2007).

O SUS surge neste período, como uma forma de resposta (output) às demandas (inputs) por uma saúde pública inclusiva, extensível a todos e voltada à prevenção de doenças e à promoção da saúde, mas que pela complexidade de seu ambiente político, não contemplou todas as decisões necessárias ao seu efetivo funcionamento e foi procedida de outras políticas, como as posteriores Programa Saúde da Família e Política Nacional de Atenção Básica. Isso também significa que a criação de uma política irá gerar novos problemas a serem abordados, que poderão também constituir a agenda política para serem resolvidos, voltando ao ciclo de políticas.

No campo de formulação das políticas públicas, pode-se identificar a concepção do Programa Mais Médicos (PMM) como baseada na metodologia incremental, na medida em que constitui uma espécie de continuidade ou anexo das políticas públicas de saúde já consolidadas no país (existência do SUS, vinculação à ESF, etc.), além sua busca de soluções para um problema imediato e específico (insuficiência de médicos no SUS) para demandas (*inputs*) da sociedade que exigem decisão rápida (contratação de médicos para regiões com defasagem) para a mudança da realidade. Segundo Rua *apud* Lindblom (2010), quando as políticas públicas são baseadas no método incremental “as decisões são tomadas não segundo programas e seus objetivos previamente definidos, mas sim, de acordo com problemas que necessitam de soluções imediatas” (RUA, 2010 *apud* Lindblom, 1981).

Uma vez na agenda governamental, a falta de médicos foi o aspecto selecionado pelos agentes decisórios para ser tratado enquanto problema específico e pontual da saúde pública do Brasil no que se refere à atuação imediata. De acordo com o PNS (2012-2015), a desigualdade existente no acesso aos equipamentos de saúde pública do País, é causada, dentre outros motivos, pela concentração de serviços em determinadas regiões, no caso de grandes centros urbanos, bem como de sua deficiência ou inexistência em vários municípios.

Neste aspecto, a proposta de Medida Provisória (MP) contida na Exposição de Motivos Interministerial (EMI) nº 00024/2013, assinada pelos então Ministros da Saúde, da Educação e do Planejamento, pode ser entendida como *output* desta demanda, apresentando sua análise do problema e propostas para sua resolução quando listaram os principais objetivos da instauração do PMM, que mais tarde seriam convertidos no texto da Lei Nº 12.871/2013 quais sejam: diminuir a ausência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, para minimizar as disparidades regionais na área da saúde; o fortalecimento dos serviços na atenção básica em saúde do País; o aperfeiçoamento da formação médica no Brasil, além de proporcionar maior experiência na prática médica durante a formação; maior inclusão do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, contribuindo para seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecimento da política de educação permanente com a integração entre ensino e serviço, através da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos; promoção do intercâmbio de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoamento de médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS e estímulo à realização de pesquisas aplicadas no SUS.

O Programa Mais Médicos está vinculado à Atenção Básica (AB) à saúde, que enquanto prioridade central do SUS é também o eixo estruturante de projetos e programas estratégicos para a saúde pública. Segundo a Portaria Nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011, a Atenção Básica é caracterizada:

“por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das coletividades”. (Brasil, 2011)

A AB é baseada, ainda, nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da igualdade e da participação social (Brasil, 2011).

No âmbito do Programa Mais Médicos, foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil, com o objetivo de contratar recursos humanos imediatos nas regiões prioritárias do SUS para atuarem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, por consequência, melhorar os indicadores de saúde do País em curto prazo (GARCIA, ROSA e TAVARES, 2014). Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Brasil atualmente conta com 405.609 médicos ativos e considerando-se a totalidade da população brasileira atual (IBGE, 2015), a estimativa é de 1,9 médicos por 1000 habitantes.

Se comparado a outros países que possuem sistemas de saúde universais ou mesmo vizinhos da América Latina com perfis semelhantes ao Brasil, como Uruguai, que conta com a média de 3,7 médicos por 1000 habitantes e Argentina, 3,2 médicos para cada 1000 habitantes, esse índice é bastante inferior. Além desses dados, também se pode destacar a quantidade de países com o índice igual ou superior a 1,8 médicos por 1000 segundo estatística mundial de saúde da OMS, conforme demonstra a Tabela 1.

.

Tabela 1: Países com relação médico/habitante igual ou superior 1,8/1000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

PAÍSES	
ALEMANHA	JAPÃO
ANDORRA	JORDÂNIA
ARGENTINA	LETONIA
ARMÊNIA	LIBANO
AUSTRÁLIA	LIBIA
AUSTRIA	LITUÂNIA
AZERBAIJÃO	LUXEMBURGO
BARBADOS	MACEDÔNIA
BELGICA	MALTA
BIELORRÚSSIA	MEXICO
BULGÁRIA	MOLDOVA
CANADA	MONACO
CATAR	MONGÓLIA
CAZAQUISTÃO	MONTENEGRO
CHIPRE	ILHA NIUE
CINGAPURA	NORUEGA
COREIA DO SUL	NOVA ZELÂNDIA
CROÁCIA	SULTANATO OMÃ
CUBA	PAÍSES BAIXOS (HOLANDA)
DINAMARCA	POLÓNIA
EGITO	PORTUGAL
EMIRADOS ÁRABES UNIDOS	REINO UNIDO
ESLOVAQUIA	REPÚBLICA DOMINICANA
ESLOVÊNIA	REPÚBLICA TCHECA
ESPANHA	ROMÊNIA
ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	RUSSIA
ESTÓNIA	SAN MARINO
FINLÂNDIA	SÉRVIA E MONTENEGRO
FRANÇA	SUECIA
GEÓRGIA	SUIÇA
GRÉCIA	TADJQUISTÃO
HUNGRIA	TURCOMENISTÃO
IRLÂNDIA	UCRÂNIA
ISLÂNDIA	URUGUAI
ISRAEL	UZBEQUISTÃO
ITALIA	VENEZUELA

Decerto que cada país apresentado na tabela tem seu contexto e modelo de sistema de saúde, mas pode-se buscar contribuição para a interpretação de alguns de seus dados na análise de Immergut (1992), na comparação dos sistemas de saúde implantados na França, Suíça e Suécia, que também aparecem como países com índices superiores a 1,8 médicos por mil habitantes. A autora destaca que quase todos os países da Europa Ocidental cogitaram a criação de programas públicos de saúde compulsórios que garantissem aos cidadãos cobertura para tratamentos médicos (IMMERGUT, 1992). Entretanto, assumindo-se a saúde como tema de disputas ideológicas, foi o processo político pelo qual passou cada um deles que determinou o tipo de assistência a vigorar, além de outras explicações possíveis, como a representação e influência do médico politicamente, bem como a de seus interesses:

“Na Suíça, o seguro nacional de saúde foi rejeitado e o papel do governo no mercado de assistência médica se limita ao subsídio ao seguro privado. Na França sucedeu o oposto: o governo conseguiu não só aprovar um programa de seguro público compulsório, que remunera os médicos particulares pela assistência prestada, quanto exerce um relativo controle sobre os preços das consultas. O governo sueco foi ainda mais longe: primeiro, criou um seguro social e, depois, converteu o programa em um serviço nacional de saúde, que proporciona tratamento médico diretamente à população através de médicos contratados pelo governo e que trabalham em hospitais públicos. O resultado dessa série de conflitos foi a constituição de três sistemas de saúde, que representam três modelos de intervenção governamental na área: o sistema sueco pode ser considerado como o mais socializado da Europa, o suíço é o mais privatizado e o francês é uma espécie de meio-termo conflituoso entre os dois. Portanto, pode-se dizer que a autonomia econômica dos médicos tem sido mais limitada na Suécia e mais livre na Suíça (IMMERGUT, 1992).

Enquanto a Suécia é um dos países com maior expressão social-democrata da Europa, com presença mais forte de sindicatos organizados e do Estado nas decisões relacionadas à saúde, a Suíça pode ser observada como um país de característica predominante liberal, e por consequência privatizante, com um sistema político complexo e poder menor dado ao Estado nas questões de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), ainda que não exista uma referência internacional ideal para um indicador, o Governo Federal considerou em sua análise para a defesa do PMM, o índice do Reino Unido, com a proporção de 2,7 médicos por mil habitantes, devido ao país possuir o maior sistema de saúde pública de caráter universal orientado pela atenção básica depois do Brasil. É importante ressaltar que o Brasil é único país do mundo, com uma população superior a cem milhões de habitantes que possui um sistema público totalmente gratuito.

Em sua extensa área territorial, a diferença distributiva de médicos nos estados brasileiros também pode ser interpretada no que se refere ao índice quantidade de

médicos por mil habitantes, como desigualdade na oferta da saúde à população do país na forma de médicos disponíveis para o seu atendimento. Segundo o relatório da Demografia Médica do Brasil realizada pelo CFM e CRM-SP (2015), as médias podem ser ainda mais baixas se forem desconsideradas as capitais no cálculo da proporção de médicos dos estados.

A ausência de médicos, em muitas dessas localidades, “tem relação com os péssimos indicadores sociais (Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, renda, escolaridade, saneamento, etc), baixa capacidade de instalação de serviços de saúde, densidade populacional, extensão territorial e distância de centros urbanos, com consequente ausência de meios de transporte, deslocamentos difíceis, com distâncias muitas vezes contadas em horas ou dias e poucos meios de comunicação” (CFM; CRM-SP, 2013).

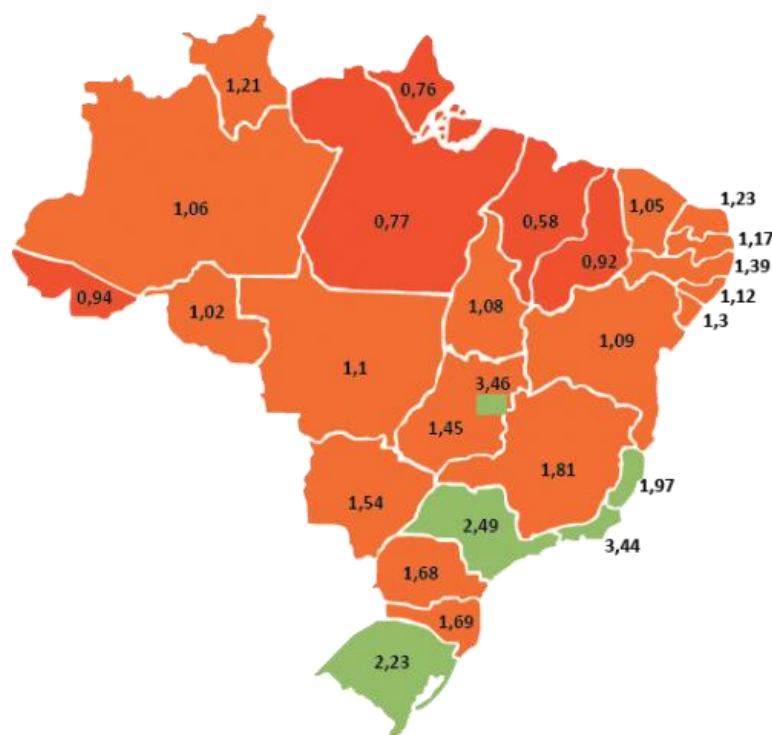


Figura 1: Mapa da Distribuição de médicos por mil habitantes por estado (Portal da Saúde, 2012).

Apresentando-se a maioria dos estados brasileiros abaixo da média considerada ideal (2,7 médicos/mil habitantes), conforme Figura 1, destacam-se o Rio Grande do Sul (2,23 médicos/mil habitantes) e dois dos estados do Sudeste, Rio de Janeiro (3,44 médicos/mil habitantes) e São Paulo (2,49 médicos/mil habitantes), além do Distrito

Federal (3,46 médicos/mil habitantes), com as maiores médias em comparação com o restante do país, duas delas acima do Reino Unido, inclusive. No mesmo panorama, alguns estados do Norte e Nordeste, apresentam indicadores abaixo de um médico para cada mil habitantes, como é o caso dos estados do Maranhão (0,58 médico/mil habitantes), Pará (0,77 médico/mil habitantes), Piauí (0,92 médico/mil habitantes) e Amapá (0,94 médico/mil habitantes) (Portal da Saúde, 2012). Esta discrepância na distribuição de médicos no Brasil fere o princípio da universalidade de acesso de cidadãos aos serviços públicos de saúde ordenados pela atenção primária, porta de entrada do SUS e alvo de incidência do Programa Mais Médicos, conforme o Artigo 11, do Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011.

Segundo Parada (2006), as políticas públicas devem atender a um objetivo político definido democraticamente, sendo desenvolvidas pelo setor público, com a participação do setor privado e da comunidade. Já os atores políticos, são aqueles cujos interesses podem ser afetados de forma positiva ou negativa pelo rumo de determinada política pública (RUA, 2010). Neste sentido, o desenho do programa baseou-se, dentre outras fontes, em um estudo de 2011 do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA).

O estudo na área da saúde teve por objetivo principal avaliar a percepção da população sobre serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porta de entrada da Atenção Básica (AB), incluindo também perguntas sobre planos e seguros privados de saúde. Como demonstra o gráfico da Figura 2, de acordo com a pesquisa 58,1% dos 2.773 entrevistados disseram que a falta de médicos é o principal problema do SUS.

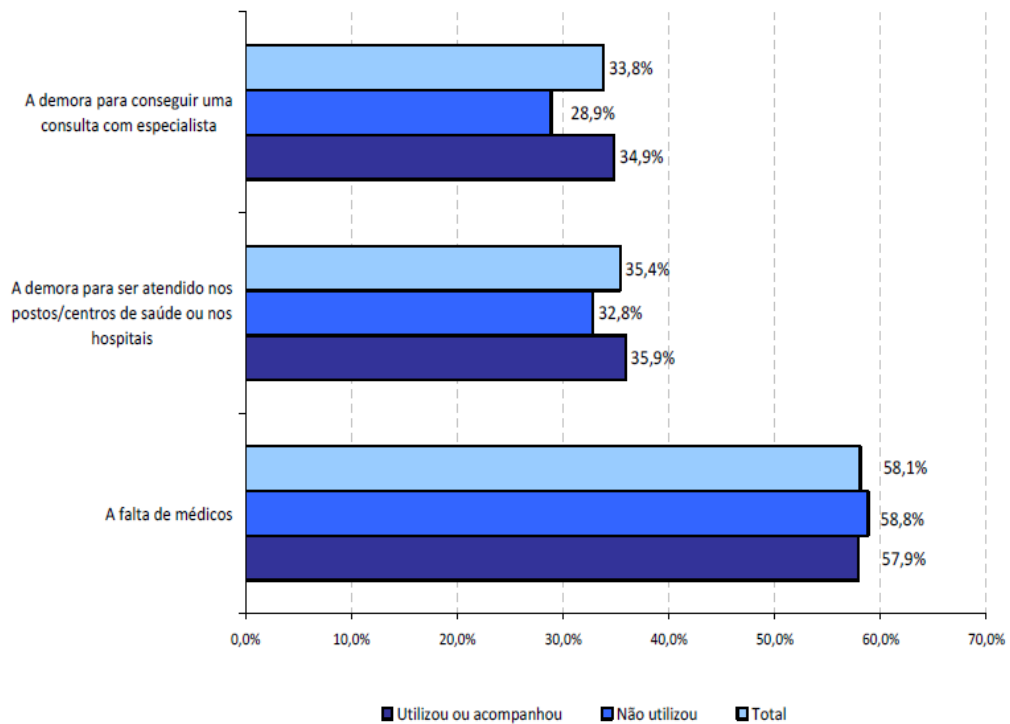


Figura 2: O maior problema do SUS segundo os usuários (IPEA/SIPS, 2010).

Na mesma pesquisa, a sugestão de melhoria mais recorrente foi o aumento o número de médicos, seguida da redução do tempo de espera entre a marcação e a consulta com o especialista, como demonstra o gráfico da Figura 3.

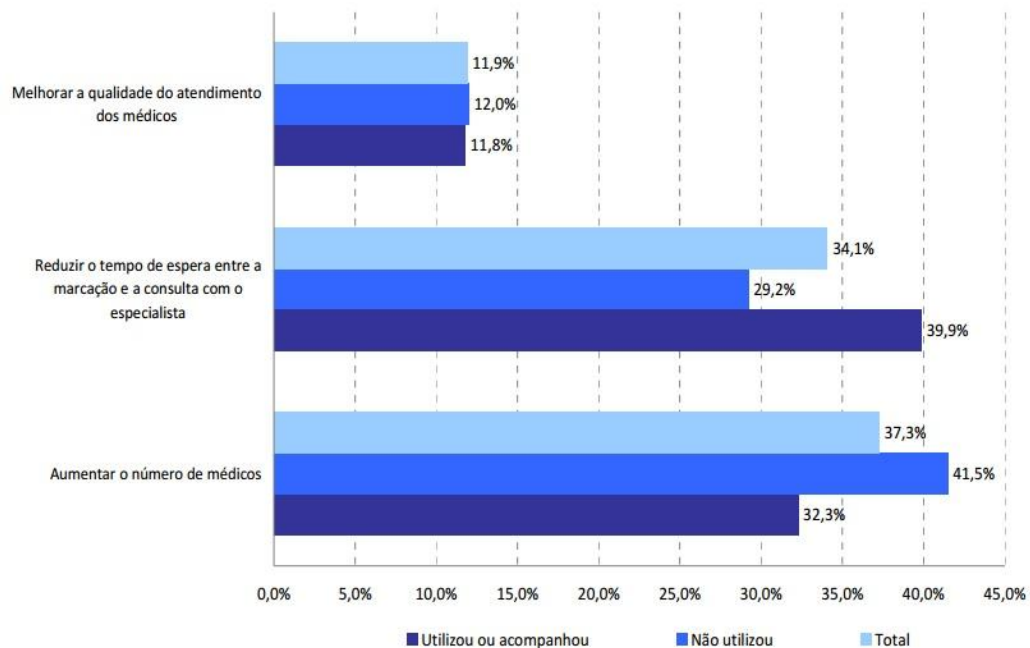


Figura 3: Sugestão de melhoria para o SUS segundo usuários (IPEA/SIPS, 2010).

Para o CFM e CRM-SP (2013), a razão que se obtém entre o número de médicos existentes e a população, entretanto, não seria suficiente para a orientação política e tomada de decisão como a implementação do Programa Mais Médicos, mas sim para demonstrar desigualdades e fazer comparações, posto que se trata de um universo tão heterogêneo e complexo. “Não por acaso a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) não definem número desejável de médicos por habitante nem recomendam que seja estabelecido um único parâmetro ou meta nacional” (CFM; CRM-SP, 2013). Entretanto, para Rua (2010) quando os conflitos são variados, ou as questões são muito complexas ou ainda quando a tomada da decisão requer grande profundidade de conhecimentos, “a decisão tende a cobrir um pequeno número de aspectos, já que muitos deles têm as decisões adiadas para o momento da implementação” (RUA, 2010).

2.1 Programa Mais Médicos para o Brasil

Como exposto no início deste capítulo, a Saúde é um problema recorrente no Brasil. Sendo assim, o Governo Federal traçou dentre as diretrizes do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil como ação de curto prazo para a contratação de médicos especificamente para áreas prioritárias para o SUS. Diante do objetivo imperativo do Projeto Mais Médicos para o Brasil, no que se refere à tentativa de reversão do quadro deficitário de médicos ativos e sua distribuição mais igualitária no país, este foi oferecido como proposta de adoção ao seguinte público (Brasil, 2013): médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país e médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional, desde que o quantitativo de médicos estrangeiros participantes não exceda o teto máximo de 10% (dez por cento) do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos Conselhos Regionais de Medicina.

A prioridade na ordem de seleção dos médicos, bem como a ocupação das vagas ofertadas pelo Projeto é de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com a revalidação do diploma no Brasil, incluindo os aposentados. Em seguida, são selecionados médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para o exercício da Medicina no exterior e então médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior, chamado médico intercambista.

Considerado um aperfeiçoamento médico supervisionado com a integração ensino-serviço, as atividades realizadas no âmbito do Projeto não caracterizam vínculo empregatício de nenhuma espécie. Entretanto, os médicos enquadram-se como segurados obrigatórios do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) como contribuintes individuais, salvo se já segurados pelo país de origem, no caso de médicos intercambistas. Os médicos integrantes, podendo ser participantes, supervisores ou tutores acadêmicos, recebem bolsas conforme sua atuação.

Os valores das bolsas-formação, definidos pelo Ministro de Estado da Educação e da Saúde, têm o valor de R\$ 10.482,92 (dez mil, quatrocentos e oitenta e dois reais e noventa e dois centavos), conforme edital de Janeiro de 2015, que também prevê ajuda de custo no valor de até três bolsas-formação, dedicada a pagar as despesas de instalação do médico participante que não residir no município para o qual foi selecionado, considerando seu domicílio declarado quando da realização de sua inscrição no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

O aperfeiçoamento prevê oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e tem um prazo de três anos, podendo ser renovado pelo mesmo período (Brasil, 2013). A aprovação do médico participante é realizada em módulos distintos, ao final dos quais a coordenação do Projeto Mais Médicos Para o Brasil identifica, através de avaliações periódicas, se o médico participante está apto a permanecer no mesmo.

O primeiro módulo tem duração de quatro semanas e é executado presencialmente, com carga horária mínima definida de 160 horas. Nesse módulo, no qual é realizado o acolhimento do médico selecionado, é abordada a sistemática do SUS, inclusive legislação, prioritariamente relacionada à Atenção Básica à Saúde, bem como os protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica. A responsabilidade das avaliações dos módulos do aperfeiçoamento de médicos participantes cabe à coordenação do Projeto Mais Médicos, bem como a disciplina, acompanhamento e fiscalização do programa (Brasil, 2013).

Os Ministérios da Educação e da Saúde, como coordenadores do Projeto Mais Médicos para o Brasil, definem o modo de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamento e os recessos. O médico intercambista não recebe a validação automática de seu diploma, ela é dispensada nos primeiros três anos de sua participação, desde que este exerça exclusivamente a Medicina no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos Para o Brasil.

No que se refere ao registro profissional para os médicos intercambistas participantes, fica a cargo do Ministério da Saúde a emissão de números de registros únicos para cada um deles, bem como a respectiva carteira de identificação, levando ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina (CRM) de vinculação da área de atuação a relação de médicos cadastrados, que também estão sujeitos à fiscalização do órgão.

O visto concedido ao médico intercambista é de natureza temporária, com a concessão de visto pelo Ministério das Relações Exteriores por igual prazo e validade aos dependentes legais e companheiro ou companheira. Os dependentes legais podem exercer atividade remunerada no Brasil, com emissão da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) pelo Ministério do Trabalho, entretanto, o visto não poderá ser transformado em permanente.

Em relação à alocação dos médicos, devem ser indicadas por eles quatro localidades em ordem de prioridade de escolha, sendo uma para cada Perfil (Ministério da Saúde, 2015):

- **PERFIL 1:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;
- **PERFIL 2:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;
- **PERFIL 3:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das

Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

- **PERFIL 4:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria GM/MS nº 1.409, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;
- **PERFIL 5:** municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;
- **PERFIL 6:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis;
- **PERFIL 7:** Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/saqi;
- **PERFIL 8:** Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).

A solicitação de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil é realizada pelos municípios que desejem recebê-los, sem possibilidade de substituição dos médicos já contratados e não participantes do PMM por aqueles participantes do projeto, tendo

como condição para a inscrição, a elegibilidade do município conforme o perfil de prioridade do SUS (Brasil, 2015):

- a) 20% de população em extrema pobreza, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo/muito baixo, Semiárido, Norte com escassez, Vales do Jequitinhonha, Mucuri e Ribeira;
- b) Regiões de alta vulnerabilidade de capitais, regiões metropolitanas e G100 (grupo que reúne cidades brasileiras com mais de 80 mil habitantes, baixa renda e alta vulnerabilidade socioeconômica);
- c) Municípios que participam do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB);
- d) Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena;
- e) Municípios com cobertura da Atenção Básica abaixo do necessário.

A Figura 4 demonstra a quantidade de municípios inscritos por estado na primeira etapa do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de um dos perfis prioritários e que não foram escolhidos por nenhum dos médicos inscritos.

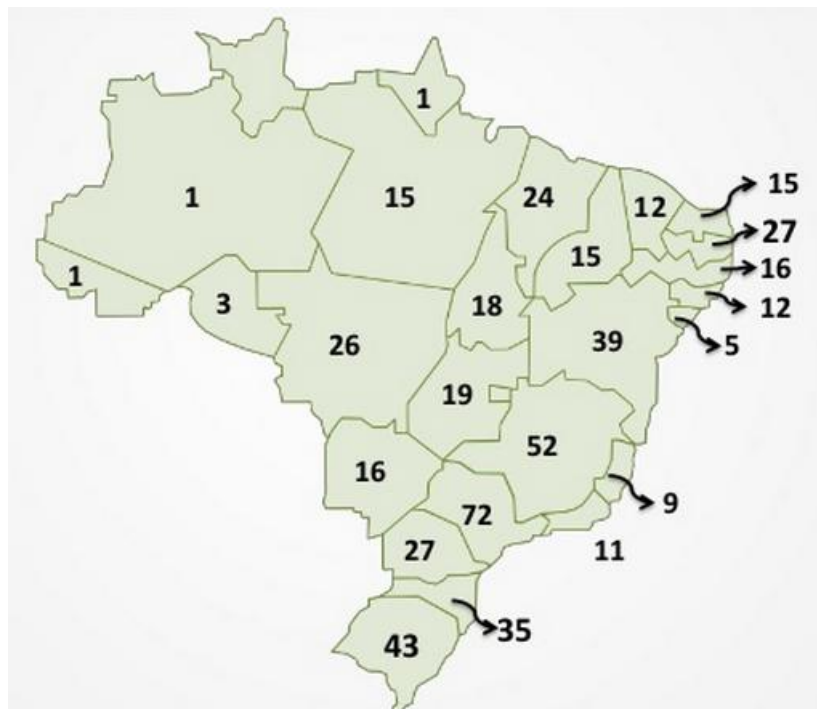


Figura 4: Quantidade de médicos inscritos por estado na 1ª Etapa do Projeto Mais Médicos sem provimento de todas as vagas (Ministério da Saúde, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, nos primeiros meses do PMM, dos 5.570 municípios brasileiros, 3.511 municípios se inscreveram e foram solicitadas 15.460 vagas, tendo sido 6% delas preenchidas no primeiro mês do programa. Após as etapas de seleção, entretanto, 701 dos municípios não foram selecionados por nenhum médico. Já na segunda etapa, foram elegíveis 1.500 municípios para o recebimento de médicos do programa e todas as vagas disponibilizadas foram preenchidas.

Na primeira fase do Projeto somaram-se 14.462 médicos atuando em 3.785 municípios e 34 Distritos Indígenas (Brasil, 2015). Destes, 11.429 são médicos cubanos, 1.187 são médicos formados no exterior e 1.846 são médicos brasileiros, correspondendo a 12,7% dos médicos participantes com CRM brasileiro. Houve maior adesão de médicos brasileiros no edital de 2015, com as 4.146 vagas disponibilizadas preenchidas por médicos brasileiros formados em instituições brasileiras e por médicos brasileiros formados no exterior, ou seja, não houve abertura de vagas para médicos intercambistas ou vinculados à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Posta a descrição dos objetivos e alguns resultados iniciais do Projeto Mais Médicos para o Brasil de forma introdutória, pode-se prosseguir para a etapa de sua implementação, que será tratado no capítulo a seguir com maior minúcia.

3 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Quando uma política sai do papel para ser operacionalizada, pode-se afirmar que a mesma está passando pelo processo de implementação, ou seja, começará a funcionar efetivamente e envolverá diversos aspectos administrativos e níveis de governo (RUA, 2010).

“A implementação, portanto, compreende o conjunto dos eventos e atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política, que incluem tanto o esforço para administrá-la, como seus substantivos impactos sobre pessoas e eventos” (RUA, 2010).

A inscrição no Projeto Mais Médicos para o Brasil, configura-se parte da implementação do Programa Mais Médicos e operacionaliza o objetivo final do mesmo para o curto prazo. Entretanto, segundo Rua (2010), conhecer as normas e objetivos só dá uma ideia geral do que de fato está sendo implementado e não especifica quanto esforço os agentes implementadores deverão dispender para obter a cooperação e o sucesso no atingimento dos objetivos e no alcance dos diversos atores afetados pela política.

A gestão do Projeto Mais Médicos é descentralizada, no caso dos municípios e médicos, a coordenação da adesão é realizada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES-MS), vinculada ao Ministério da Saúde, através de edital de chamamento público (Brasil, 2015). É responsabilidade do SGTES-MS definir a lista dos municípios elegíveis conforme os critérios e perfis especificados no capítulo anterior. No edital de 2015, por exemplo, foram abertas 4.139 vagas para os 1.500 municípios elegíveis.

3.1 Adesão de Municípios Elegíveis

Devido a gestão ser descentralizada, o primeiro passo para que uma cidade acolha um médico do Projeto é a realização de seu cadastro e inscrição via Internet, através do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) pelos gestores municipais interessados em receber médicos no Portal do Programa Mais Médicos (Brasil, 2015). A inscrição é efetuada dentro de um período de tempo específico e cada edital prevê nova inscrição do município interessado, caso as vagas de inscrições anteriores não tenham sido preenchidas. A periodicidade definida para abertura de editais é trimestral, porém os novos chamamentos acontecerão somente para preenchimento de vagas remanescentes que surgem após os desligamentos ou abandonos durante o período de vigência do projeto.

No SGP os gestores municipais preenchem seus dados e o Termo de Adesão e Compromisso. Também é feita a indicação do representante legal que se responsabilizará pelo acompanhamento da participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Apenas no ato da adesão os municípios candidatos terão conhecimento da quantidade de vagas disponíveis a eles, a partir das quais, indicam as vagas pretendidas por unidade básica de saúde. Vagas extras solicitadas são analisadas pela SGTES-MS. Após estes passos, o município confirma a adesão e aguarda a validação de sua participação pelo SGTES-MS, que publica no Diário Oficial da União a lista dos entes federativos aderidos.

Com o Termo de Adesão ao Projeto, os Municípios e Distrito Federal responsabilizam-se por receber e acolher o médico participante proveniente do Projeto Mais Médicos, com a adoção das providências necessárias para suas atividades na unidade básica de saúde. O médico deve ser inserido nas equipes de Atenção Básica no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, nas regiões prioritárias para o SUS conforme critérios da vaga autorizada e o município deve mantê-lo durante a vigência do Termo de Adesão. As equipes de Atenção Básica anteriores ao Projeto devem ser mantidas pelas prefeituras, inclusive médicos não participantes dos Programas, com vínculo empregatício público ou contrato de trabalho temporário conforme a lei. Compete

ainda ao município recebedor de médico participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil ou PROVAB (Brasil, 2015):

- Priorizar a alocação dos médicos participantes dos Programas nas equipes de atenção básica que não estejam constituídas com médicos e/ou que atendam populações que dependam exclusivamente da atenção do SUS e/ou atendam populações vulneráveis e historicamente excluídas, tais como, Ribeirinhas, Fluviais, Quilombolas, Assentados e Indígenas;
- Constituir novas equipes de atenção básica após a prévia inserção de médicos participantes dos Programas nas equipes em funcionamento sem médicos;
- Quando da apresentação do médico no Município para o início das atividades, informar no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) o número do CNES da Unidade de Saúde e INE (este quando houver) da equipe em que o médico irá atuar;
- Cadastrar o médico participante no SCNES e identificá-lo na respectiva equipe de atenção básica em que atuará, de acordo com orientações expedidas pelo Ministério da Saúde, no prazo máximo de 30 dias, prorrogáveis por mais 30 dias, a partir da apresentação do médico no Município;
- Garantir a alimentação, pelo médico, do Sistema de Informação da Atenção Básica – SISAB e e-SUS Mais Médicos;
- Manter os dados do gestor e coordenador responsável atualizado, e em caso de mudança do gestor, solicitar, de imediato, novo cadastramento no SGP;
- Acompanhar o cumprimento da carga horária, atividades previstas nos programas e avaliar o desempenho dos médicos para fins de certificação das atividades de ensino-serviço;
- Confirmar a veracidade dos registros de produção do médico participante no SGP (importadas da alimentação do e-SUS) para fins de validação da bolsa;
- Fornecer condições adequadas para a atuação do médico participante, conforme exigências e especificações da Política Nacional de Atenção Básica, tais como estrutura da unidade de saúde adequada, com segurança e higiene, fornecimento de equipamentos e insumos necessários e instalações sanitárias para o desempenho das atividades;

- Aderir ao Programa de Qualificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), do Ministério da Saúde, nos casos em que as unidades forem classificadas com infraestrutura nos conceitos parcialmente insatisfatório e insatisfatório, de acordo com a Portaria nº 725/GM/MS, de 2 de maio de 2014 - PMAQ;
- Oferecer transporte adequado e seguro para o médico participante dos Programas se deslocarem para o local de desenvolvimento das atividades nas unidades básicas de saúde, apenas em caso de locais de difícil acesso;
- Atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, no âmbito de sua competência, para as ações de execução dos Programas;
- Atuar em parceria com a instituição de educação superior responsável pelo curso de especialização dos médicos participantes dos Programas, inclusive na definição e execução das atividades de ensino, pesquisa e extensão a serem desenvolvidas no âmbito dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde;
- Exercer, em conjunto com o supervisor, a forma de cumprimento da carga horária, o acompanhamento e a fiscalização da execução das atividades de ensino-Serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 horas semanais previstas pelos Programas para os médicos participantes, garantindo às 32 horas de atividades assistenciais, respeitando as atividades de supervisão e 8 horas semanais de atividades teóricas, ressalvadas as especificidades das equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais;
- Comunicar imediatamente à Coordenação dos Programas os afastamentos, período de descanso, ausências justificadas ou injustificadas, solicitação de desligamento do participante, irregularidade ou denúncia que tenha ciência em razão de atos de terceiros ou de ofício para que sejam adotadas as providências pertinentes e necessárias ao bom andamento e execução dos Programas;
- Adequar as ações de aperfeiçoamento, quando as condições de saúde assim exigirem, retomando-se as atividades anteriormente exercidas após melhora da situação de saúde, inclusive para à condição de médica gestante;

- Garantir para médica gestante a dispensa das ações de aperfeiçoamento para realizar no mínimo, 7 (sete) consultas médicas e demais exames complementares;
- Adotar as providências necessárias para garantir a atenção à saúde ao médico participante, por meio do Sistema Único de Saúde e outros mecanismos públicos de Assistência Social;
- Articular com os órgãos responsáveis pela Segurança Pública, na esfera municipal, a fim de garantir a integridade física dos médicos participantes;
- Manter atualizados os dados do Município, do gestor municipal e do responsável indicado para acompanhamento dos Programas, no SGP;
- Garantir acesso virtual ou telefônico ao Telessaúde Brasil Redes, conforme disponibilidade de rede do Município.

O município deve ainda oferecer moradia de padrão médio da localidade ao médico participante do Projeto, em forma pecuniária ou oferta de acomodação, tendo por critérios mínimos de habitabilidade sua infraestrutura física e sanitária em boas condições e segurança, com abastecimento de energia elétrica e água. A garantia de alimentação adequada e o fornecimento de água potável aos médicos participantes também está inclusa como obrigação do município.

3.2 Adesão de Médicos e Permanência no Mais Médicos

Após a publicação do edital e da inscrição dos municípios, que acontecem sempre primeiro, é publicado o edital de chamamento para os médicos interessados em aderir ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, que também realizam sua inscrição na Internet através do SGP, com preenchimento de seus dados, inclusão de documentação comprobatória de sua formação médica, dentre outros, além do aceite do Termo de Adesão e Compromisso gerado eletronicamente. Os médicos que estão no Brasil, devem entregar também pessoalmente toda a documentação em Brasília-DF, na sede da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. É seguida a ordem de prioridade dos perfis de médicos na abertura de inscrições, que são divididas em fases conforme cronograma previamente divulgado.

Na primeira fase, os médicos brasileiros formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil podem escolher entre participar do Projeto Mais Médicos para o Brasil ou Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), que também faz parte do Programa de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde anterior ao PMM. Aos profissionais do Projeto Mais Médicos que queiram migrar para o PROVAB, também é permitido, se o município aderiu aos dois programas.

Instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de Setembro de 2011, com regras semelhantes ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, no PROVAB os profissionais de saúde atuam durante 12 meses em vários postos pelo país, também supervisionados por uma instituição de ensino, assim como o Projeto Mais Médicos, sendo obrigatória a participação em curso de especialização em Atenção Básica provido pela Rede da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que oferta educação à distância. Semanalmente o profissional tem 32 horas de atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde e 8 horas no curso de especialização.

Para aqueles profissionais médicos que integralizarem a carga horária de 1.926 (mil novecentos e vinte e seis) horas das ações de aperfeiçoamento do PROVAB e que

obtiverem conceito satisfatório, o Ministério da Saúde certifica a conclusão do programa e eles adquirem direito à pontuação de incentivo de 10% nos processos seletivos de residência médica (Brasil, 2013). Segundo o Ministério da Saúde (2013), quando de seu lançamento, foram oferecidas 13.000 vagas para o PROVAB aos médicos brasileiros, mas o Ministério da Saúde só realizou a contratação de 3.800 médicos devido ao baixo número de inscrições.

Os médicos que desejam aderir ao Projeto Mais Médicos também podem migrar do PROVAB, mas não podem ser participantes de programa de residência médica em instituição de educação superior brasileira ou estar prestando Serviço Militar Obrigatório na vigência do mesmo. Caso tenha vínculo de serviço, a carga horária deve ser compatível para atendimento das exigências do Projeto. Quando da divulgação da localidade do médico participante, ele deve comprovar em até 2 (dois) dias úteis seu desligamento de programa de residência médica, que até então participava, formalizado junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

A segunda fase de inscrições é aberta aos brasileiros formados no exterior com habilitação para o exercício da medicina no exterior e também pode haver opção pelo PROVAB. Já a terceira fase é aberta a médicos estrangeiros com habilitação para exercer a medicina no exterior, mas é exclusiva para participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Em 2015 as inscrições foram encerradas na segunda fase, com todas as 4.139 novas vagas preenchidas por brasileiros.

Conforme a **Tabela 2**, que relaciona o número de vagas por quantidade de municípios elegíveis no edital de 2015, a região Nordeste ainda concentrava o maior número de vagas para participantes do Projeto, com 1807 disponibilizadas para 505 municípios elegíveis. Se comparado ao índice de número de médicos por mil habitantes dos estados que compõem a região apresentado na Figura 1, pode-se concluir que ela se manteve com o *déficit* de médicos superior ao das outras regiões, seguida da região Sudeste, com 1024 vagas distribuídas para 328 municípios. A região Norte apresentou 389 vagas distribuídas em 58 municípios, a região Sul, 523 vagas para

214 municípios e por fim, a região centro-oeste e o Distrito Federal apresentaram a menor quantidade, com 396 vagas para 130 municípios.

Tabela 2: Número de Vagas por Municípios Elegíveis Inscritos no Edital de 2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

UF	Número de Vagas	Municípios
AC	15	5
AL	52	27
AM	82	22
AP	4	1
BA	386	104
CE	531	113
DF	41	1
ES	83	27
GO	266	83
MA	129	41
MG	351	145
MS	29	13
MT	60	33
PA	216	54
PB	179	59
PE	313	82
PI	65	25
PR	170	61
RJ	240	34
RN	92	27
RO	39	17
RR	14	2
RS	220	93
SC	133	60
SE	60	27
SP	350	122
TO	19	11

Após a inscrição e entrega da documentação, somente os médicos cujos documentos tenham sido validados participam da etapa de escolha dos Municípios onde pretendam atuar pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil. A SGTES-MS realiza as chamadas para os mesmos indicarem as quatro opções de municípios onde desejam realizar as ações de aperfeiçoamento. O resultado da seleção e indicação de vagas

de alocação é publicado no Diário Oficial da União e listado no site do Programa Mais Médicos.

Caso o médico não seja selecionado em nenhum dos municípios de escolha, tem mais duas chamadas para escolher as vagas remanescentes. Além disso, na hipótese de não comparecimento ao módulo de acolhimento e avaliação e de não serem apresentados documentos exigidos, o médico é excluído da seleção e sua vaga fica disponibilizada para a Coordenação do Projeto alocar em novos chamamentos.

O módulo de acolhimento e avaliação é realizado nas capitais brasileiras presencialmente com participantes divididos em turmas, com hospedagem assegurada pela Coordenação do Programa. São aplicados aos médicos estrangeiros avaliações em relação aos conhecimentos em língua portuguesa em situações cotidianas da prática médica no Brasil durante a execução do módulo, além de conteúdo relacionado à legislação referente ao SUS, como a Atenção Básica em saúde, protocolos clínicos de atendimento definidos pelo Ministério da Saúde e Código de Ética Médica, com carga horária mínima de 160 horas.

A Coordenação do Programa também define a qual instituição de educação superior brasileira o médico será vinculado para o curso de especialização em atenção básica à saúde e nas atividades que envolverão ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial na modalidade integração ensino-serviço nas unidades básicas de saúde, com carga horária semanal de 40 horas. As atividades de ensino e extensão previstas no Projeto Mais Médicos para o Brasil são supervisionadas por profissional médico com avaliações periódicas presenciais e à distância. O supervisor e ao tutor acadêmico integrantes do Projeto recebem bolsa-supervisão no valor mensal de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) e bolsa-tutoria no valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), que são pagas durante o prazo de vinculação ao Projeto.

Além das despesas de passagens serem custeadas pelo Ministério da Saúde aos médicos participantes e até dois dependentes legais quando ocorre a mudança para outro município que não o de sua residência, ainda está prevista uma ajuda de custo

de até três bolsas-formação aos médicos que a solicitem (até 30 dias após o início das atividades), sendo o valor máximo da bolsa de custeio das despesas de mudança definido conforme a localidade onde as atividades serão executadas (Brasil, 2013):

- Faixa 1 - Municípios situados na região da Amazônia Legal, em região de fronteira e áreas indígenas: concessão de ajuda de custo no valor de 3 (três) bolsas ao médico participante;
- Faixa 2 - Municípios situados na Região Nordeste, na Região Centro-Oeste e na região do Vale do Jequitinhonha-MG: concessão de ajuda de custo no valor de 2 (duas) bolsas ao médico participante; e
- Faixa 3 - Capitais, regiões metropolitanas, Distrito Federal e Municípios não contemplados nos incisos I e II deste parágrafo: concessão de ajuda de custo no valor de 1 (uma) bolsa ao médico participante.

O médico participante que se desligar voluntariamente do Projeto em prazo menor que 180 dias, deverá ressarcir o Ministério da Saúde a ajuda de custo recebida. As ações de aperfeiçoamento têm prazo de 36 (trinta e seis) meses, podendo ser prorrogáveis por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação. O Projeto prevê ainda férias remuneradas anuais de 30 dias aos médicos participantes.

Segundo pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (Ipespe) divulgadas pelo Ministério da Saúde (2015) e realizadas em Novembro de 2014 com 391 profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, 93% dos médicos participantes declararam-se satisfeitos com sua participação e 90% indicariam o Programa para outros médicos, pontuando o Programa com a nota 9,1 (em um parâmetro de 0 a 10).

Entretanto com a incorporação do PROVAB no Projeto Mais Médicos, mantendo suas características anteriores e apresentando-se como outra opção de atuação na Atenção Básica com tempo menor de vínculo – opção aberta no edital de Janeiro de 2015, mas ausente no primeiro editado do Projeto, aberto em Julho de 2013 - a quantidade de médicos brasileiros que optaram por seus benefícios ultrapassou

àqueles que optaram pelo Mais Médicos. Dentre os 4.139 médicos participantes do edital de Janeiro de 2015, 68% optaram pelos benefícios do PROVAB, enquanto 32% dos médicos optaram pelos benefícios do Mais Médicos (Brasil, 2015). Para o Ministério da Saúde, entretanto, a abertura de mais opções de escolha ao profissional médico, independe do programa de sua adesão, pois fortalecerá o processo de provimento de médicos nas regiões mais necessitadas, objetivo primeiro do PNS 2012-2015 e condizente com a ESF. Além disso, permite ao profissional do PROVAB que já completou o ciclo de 12 meses, permanecer por mais um ou dois anos na Atenção Básica na localidade onde estava, se for o caso, como uma opção de continuidade do trabalho na mesma comunidade.

4 CONCLUSÃO

O Programa Mais Médicos pode ser compreendido como uma política pública resultante da necessidade de correção de algumas deficiências do SUS que dificultavam o cumprimento de seu papel enquanto porta de entrada da Atenção Básica à Saúde. Durante este estudo, foi exposto que o SUS, cuja criação se deu praticamente com a Constituição de 1988, foi alvo de algumas políticas que vieram complementá-lo e direcioná-lo, como em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (mais tarde convertida em estratégia), e em 2011, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica. Porém, o sistema público de saúde continuava sem atingir os objetivos necessários a um atendimento igualitário e universal a todos os entes federativos, tendo por um dos fatores, as defasagens na quantidade de médicos distribuídos entre as regiões do Brasil (IPEA, 2013).

Identificou-se também, que pesquisas com diferentes variáveis e abordagens apresentaram a mesma conclusão quanto ao problemático desequilíbrio da distribuição médica existente no país, o que prejudica o alcance dos resultados almejados pela Estratégia Saúde da Família, ainda que este não seja o único motivo (CRF; CRM-SP, 2013). Nessa conjuntura, a falta de médicos foi o principal problema do SUS a ganhar destaque na agenda política e tornou-se a causa primeira da criação do PMM, que tem por finalidade a diminuição da desigualdade na oferta de assistência à saúde no Brasil através do aumento do número de médicos atuantes no SUS em regiões prioritárias (BRASIL, 2013).

O objetivo do Governo Federal consiste em expandir a assistência médica do SUS com o aumento quantitativo do indicador médico/habitante - que à época da criação do programa era de 1,8 médicos por mil habitantes - para 2,7 médicos por mil habitantes, a exemplo do Reino Unido (Ministério da Saúde, 2013). Tendo o PMM outras duas linhas de atuação que visam atingir este objetivo em um prazo mais longo, para o provimento emergencial de médicos em curto prazo foi criado o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que se propõe a contratar médicos, inclusive estrangeiros, para atuarem nas regiões mais necessitadas de forma imediata.

Os dados da pesquisa demonstraram que na primeira fase do Projeto Mais Médicos foram contratados 14.462 médicos, para atuação em 3,785 municípios e 34 Distritos Indígenas. Deste número, 11.429 médicos eram cubanos, contratados através de convênio com a OPAS, 1.187 são médicos brasileiros formados no exterior e apenas 1.846 eram médicos brasileiros formados no País, ainda que a prioridade de contratações fossem para estes (Ministério da Saúde, 2015). No edital lançado em 2015, no entanto, das 4.149 vagas disponíveis, todas foram preenchidas por médicos brasileiros segundo o Ministério da Saúde (2015). Posta esta discrepância, o estudo realizou a descrição do processo de implementação do PMMB, o que significa descrever a forma operacional de fazer o Projeto realmente funcionar e sair do papel, ou seja, como são feitas as inscrições de municípios e médicos, abertura de vagas, quais são os perfis prioritários, as contrapartidas esperadas, direitos e obrigações destes atores políticos.

Durante o estudo da implementação do PMMB, destacou-se que anteriormente à criação do PMM, houve outra tentativa de incentivo e atração de médicos recém-formados para atuação no SUS em regiões prioritárias com a criação do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica - PROVAB no final de 2011 (BRASIL, 2011). O desenho do PROVAB era semelhante ao PMMB, mas sem a opção de contratarem-se médicos estrangeiros e a abrangência e adesão necessárias ao enfrentamento do problema não foram suficientes (Ministério da Saúde, 2015). No edital de Janeiro de 2015, entretanto, o PROVAB foi incorporado ao PMMB e o médico poderia escolher participar de qualquer dos dois tipos de benefícios.

Houve, assim, maior opção dos médicos em relação ao PROVAB em detrimento dos benefícios oferecidos pelo Projeto Mais Médicos, o que talvez possa explicar a adesão recorde de médicos brasileiros em comparação com a primeira etapa do PMMB, com o preenchimento inédito de 100% das vagas por brasileiros, dados que destoavam do apoio que o programa vinha recebendo da categoria. Isso pode indicar que quando se trata de um benefício direto com dedicação ao setor público em tempo inferior, o médico se sente mais atraído (concessão de 10% de pontuação na prova de residência e duração de doze meses, com o mesmo valor de bolsa do PMMB).

Neste ponto, sugere-se que a política sofreu influência ao longo de sua implementação, posto que aparentemente foi alterada de forma a incorporar o PROVAB em função de percepções de demandas e experiências da base, como por exemplo o baixo quantitativo de médicos brasileiros inscritos na primeira edição do Projeto e a resistência inicial dos médicos brasileiros em relação ao PMM.

Pelo aspecto quantitativo, pode-se concluir também por este estudo, que houve êxito na implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, na medida em que os editais de chamamento foram completamente preenchidos - seja por médicos estrangeiros ou brasileiros - e os casos de desistência ainda são irrelevantes, perto dos mais de 18 mil médicos em mais de 4 mil cidades atuantes no país pelo PMM. Apresentando gestão descentralizada, mas com os papéis bem definidos, sua estrutura de contratação é organizada e clara, os cronogramas foram atendidos no prazo e os números relacionados à satisfação dos médicos participantes indicam sua aprovação, já que 93% dos médicos participantes declararam-se satisfeitos com sua participação e 90% indicariam o PMM para outros médicos, pontuando o Programa com a nota 9,1 em 10 (Ministério da Saúde, 2015).

Por outro lado, se os médicos participantes do Projeto Mais Médicos suprirão da forma esperada a deficiência de recursos humanos do SUS e o que será do futuro profissional destes médicos na Atenção Básica ao fim do período de convênio, são pontos que não podem ser estimados por esta pesquisa. Com duração máxima de 36 meses e renovação de vagas somente para os desistentes do Projeto, é de se pensar qual será o desenho dos programas vindouros – se conseguirem alcançar a agenda decisória - para não só trazerem médicos de forma temporária às regiões com falta histórica de médicos, mas nas propostas e incentivos para mantê-los atuantes na Atenção Básica. Ainda que em seu arcabouço o Programa Mais Médicos preveja a contrapartida do médico em aprendizagem com atuação em um período de tempo no SUS para obter seu diploma e a abertura de novas vagas para os cursos de Medicina, não se pode ignorar que os médicos estrangeiros apresentam mais tempo e experiência na Atenção Básica e na profissão médica, o que se permite questionar a qualidade do PMM no futuro e os impactos que esta realidade poderá causar na população atendida.

Além disso, também não foi possível identificar o método de numeração de vagas disponíveis por município. Ainda que os perfis prioritários e cidades elegíveis sejam divulgados, não foi encontrada a metodologia para abertura da quantidade de vagas para os mesmos. Ao mesmo tempo em que a inscrição parte do município, quem define a quantidade de vagas por município é a coordenação (SGTES), que só será conhecida no momento da inscrição pelo município elegível.

A partir do enquadramento do PMM no Ciclo de Políticas, foi possível clarear o processo de funcionamento desta política pública de saúde, entender como se deram as argumentações que basearam sua formulação e seu processo decisório, compreender o seu contexto de criação no histórico da saúde pública brasileira, identificar alguns dos atores políticos envolvidos e qual o papel representado por estes em cada fase da contratação de médicos e como é realizado seu objetivo fim, que é a alocação do médico no município prioritário para o SUS para o aumento do indicador quantidade de médicos por habitante. Por fim, mesmo que a avaliação do PMM não tenha sido o objetivo do desenho desta pesquisa, ainda que tenha apresentado números iniciais, é sabido que já existem alguns estudos que avaliam os impactos do PMM das mais diferentes formas.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Brasília, 2011. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 11 mai. 2015

BRASIL. Portaria Interministerial n. 2.087, de 1º de setembro de 2011. **Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>. Acesso em: 04 jul. 2015.

BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 06 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Exposição de Motivos Interministerial n. 0024**, de 06 de julho de 2013. Brasília, 2013. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/.../EM-MPv621.doc>. Acesso em: 23 fev. 2015.

BRASIL. Edital nº 39, de 8 de julho de 2013. **Adesão de Médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil.** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 2013. Disponível em <http://189.28.128.100/maismedicos/edital_39_2013_maismedicos_.pdf>. Acesso em 07 jul. 2015.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 1.369, de 08 de julho de 2013. **Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html>. Acesso em: 04 jul. 2015.

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos e altera as Leis nº 1993, e nº 6932, de 7 de julho de 1981, e dá outras**

providências. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 18 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **FAQ Edital PROVAB.** Brasília, 2014. Disponível em: <<http://189.28.128.100/maismedicos/FAQ%20EDITAL%20PROVAB.pdf>>. Acesso em 04/07/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros.** Brasília, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Tabela de Médicos Ativos no País.** Brasília, 2015. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica>. Acesso em 06 mai. 2015.

IMMERGUT, Ellen M. Sven Steinmo, Kathleen Thelen & F. Longstreth. Tradução de Vera Pereira. **Structuring Politics – Historical Institutionalism in Comparative Analysis.** 1992. Nova York, Cambridge University Press.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em:

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS).** Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015.

GARCIA, Beatriz; ROSA, Leonardo; TAVARES, Rafael. **Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso.** Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3_26-36-bea-et al.pdf> Acesso em: 29 jan. 2015.

GARCIA, Paola Trindade (Org.). **Saúde e Sociedade: o processo de construção do SUS.** Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS, Universidade Federal do Maranhão – UFMA. São Luís, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1183>>. Acesso em: 04 jul. 2015.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves **Ruptura e Continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – O caso da política de saúde**. Belo Horizonte. Fundação João Pinheiro. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília. 2011.

Disponível em: <

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

PARADA, Eugenio Lahera. **Política y Políticas Públicas: Serie Políticas Sociales**. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.). Políticas públicas: Coletânea - Volume 1. ENAP. Brasília. 2006.

SCHEFFER, Mario (Coord.). **Demografia Médica no Brasil, v. 2: Cenários e Indicadores de Distribuição**. São Paulo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina. 2013. Disponível em:

<<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2015.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; DALPIAZ, Ana Kelen. **Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas**. São Luís. Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, 2011.

Disponível em:

<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1183>>. Acesso em: 07 jul. 2015.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das Políticas Públicas no Brasil: uma pequena revisão**. Belo Horizonte. 2008. Disponível em:

<www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>. Acesso em 07 jul. 2015.

PORTAL MAIS MEDICOS. Brasília, 2015. Disponível em:

<<http://maismedicos.gov.br/>>. Acesso em 15 ago. 2015.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.