

Programa Mais Médicos:

análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais

Rebeca Amorim de Jesus^(a)
 Maria Guadalupe Medina^(b)
 Nília Maria de Brito Lima Prado^(c)

Jesus RA, Medina MG, Prado NMBL. The More Doctors Program: documentary analysis of critical events and positions of social actors. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1241-55.

One of the challenges in consolidating primary health care, which is a priority strategy for reorienting the healthcare model in Brazil, is the difficulty of supplying and retaining health professionals, especially physicians, throughout the country. This study consists of a documentary analysis of the formulation and implementation processes of the More Doctors Program from 2013 (time of publication of Law No. 12871/2013, which created the MDP) to 2015. Through the selected publications, it was possible to map critical events, interests and identification of divergent positions among social actors (allies, opponents or indifferent) involved in the stages of formulating proposals and implementing the program. The analysis indicated that the MDP generally represented a step forward in providing expanded access to health in Brazil.

Keywords: More Doctors. More Doctors Program. Primary Health Care.

Entre os desafios para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), como estratégia prioritária para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde no Brasil, destaca-se a dificuldade de fixação e provimento de profissionais de saúde, prioritariamente médicos, em todo o território nacional. Este estudo consiste em uma análise documental sobre os processos de formulação e implementação do Programa Mais Médicos (PMM) no período de 2013 (período de publicação da Lei nº 12.871/2013, que instituiu o PMM) a 2015. As publicações selecionadas permitiram o mapeamento dos eventos críticos, interesses e a identificação de posicionamentos divergentes entre os atores sociais (aliados, oponentes ou indiferentes) envolvidos nas etapas de formulação de propostas e implementação do programa. No que concerne à análise, de forma geral, o PMM constituiu um avanço para a ampliação do acesso à saúde no país.

Palavras-chave: Mais Médicos. Programa Mais Médicos. Atenção Primária à Saúde.

^(a, b) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Rua Basílio da Gama, s/nº, 1º andar. Canela. Salvador, BA, Brasil. 40.110-040. rebecca_fsa@hotmail.com; medina@ufba.br
^(c) Instituto Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil. nilia.prado@ufba.br

Introdução

No Brasil, a reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) se inscreveu no movimento de Reforma Sanitária com a proposição de reordenamento dos modelos assistenciais, sendo denominada Atenção Básica à Saúde (AB)¹⁻³. Ao longo da trajetória da AB, foram implementadas iniciativas para estimular a atração e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS – 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus – 1993), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS – 2001) e, posteriormente, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab – 2011)⁴⁻⁶.

Contudo, persistiu um cenário com predomínio de iniquidade distributiva quanto aos recursos humanos na área da Saúde, especialmente médicos, que trouxe limitações para a continuidade do cuidado³ devido a fatores como a rotatividade e multiplicidade de vínculos de trabalho dos profissionais de saúde, atuação concomitante nos setores público e privado, longas jornadas semanais, rendimentos diferenciados e plantão como atividade prioritária e predomínio da atuação assistencial⁷. Esse conjunto de fatores fundamentaram a consecução de uma proposta do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁸, que assinalava a necessidade de criação de políticas que direcionassem uma distribuição mais equânime dos profissionais de saúde em todas as regiões do país.

É possível supor que as manifestações de junho de 2013, impulsionadas por reivindicações de direitos sociais⁹, ressoaram no interior dos Ministérios da Saúde e da Educação, culminando na implementação de estratégias voltadas para provimento de médicos na AB¹⁰, para a reorientação da formação superior em saúde¹¹⁻¹³, a publicação de novas diretrizes políticas^{10, 14-16} e a instituição do Programa Mais Médicos (PMM)^{17,18}. Contudo, diversos estudos indicaram que o processo de implementação do PMM foi permeado por opiniões controversas, sem uma análise dos eventos críticos e do posicionamento dos distintos atores sociais^{16,19-21}. Nesse sentido, este estudo objetivou identificar e mapear os principais eventos críticos e os posicionamentos dos atores sociais durante o processo de formulação e implementação do PMM no Brasil no período de 2013 a 2015.

Metodologia

Trata-se de uma análise documental sobre o processo de implementação do Programa Mais Médicos no Brasil no período de 2013 (período de publicação da Lei nº12.871/2013, que instituiu o PMM) a 2015.

A busca de referências se fez por acesso a bases de dados informatizadas e busca integrada na Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs, Medline e Cochrane) e na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (MS), além dos periódicos da área da Saúde Coletiva (Interface, Saúde em Debate, Saúde Coletiva, Ciência e Saúde Coletiva), repositórios institucionais de várias universidades públicas (Unicamp, UFBA, UERJ, UFPR, UNB, UFRGS) – com intuito de recuperar dissertações e teses – e páginas digitais de entidades governamentais e não governamentais (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Conselho Federal de Medicina, MS e Ministério da Educação e Cultura). A inclusão das bases, dos periódicos e dos sites permitiu mapear atores e iniciativas adotadas referentes às facilidades, dificuldades, oportunidades e ameaças nas etapas de formulação e implementação do PMM. Foi adotada também a busca de artigos referenciados nos textos selecionados, devido à escassez de documentos sobre a temática.

Foram utilizados os descritores e operadores booleanos “mais médicos” ou “programa mais médicos”, em português. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2015, abrangendo documentos técnicos e normativos (leis, portarias, decretos e relatórios técnicos de gestão), artigos científicos e dissertações de mestrado.

Uma base de dados única em Excel sistematizou um total de 160 documentos, compilados e submetidos a processo de seleção e análise, por meio dos seguintes critérios de inclusão: publicações de 2013 a 2015; resumo disponível (artigos científicos); discussão da temática do objeto de estudo.

Após leitura dos títulos e resumos, foram excluídos sete documentos, e com a leitura dos textos na íntegra, excluíram-se 43 documentos, por não discutir a temática. Assim, 58 documentos constituíram a revisão, analisados por consenso entre dois dos pesquisadores.

A análise foi realizada ancorada nas contribuições teóricas propostas por Teixeira²² e nas etapas para a construção de uma agenda estratégica (formulação e implementação). Além disso, a análise também abrangeu as adaptações de Teixeira²² à proposta teórica de Carlos Matus²³ acerca do mapeamento de atores sociais, classificando-os como atores governamentais (representantes de instituições e órgãos direta e indiretamente envolvidos com a condução política das ações de saúde nas diversas esferas de governo) e não governamentais (representantes de organizações da sociedade civil e/ou não governamentais, politicamente ou que participem do processo de implementação de ações de saúde nas regiões e estados do país). Foram caracterizados os posicionamentos dos atores centrais, secundários e coadjuvantes no processo, que poderiam estar atuando como aliados (atores que apoiam as proposições políticas do ator central), oponentes (atores que se opõem às proposições políticas do ator central) ou indiferentes (atores sem posicionamento definido e que podem ser conquistados por meio do convencimento ou cooptação)²².

Resultados e discussão

Dos 58 documentos analisados, 70,9% das publicações originaram de entidades médicas; 20%, de artigos científicos; e 9,1%, de monografias, dissertações e documentos normativos. Entre estes, 40,9% discutiram a etapa de formulação do PMM (Formulação e análise de propostas – quadro 1) e 59,1% discutiram o processo de implementação do PMM (desenho de estratégias, formalização de políticas e operacionalização do programa – Quadro 2).

Formulação e análise da proposta

No reconhecimento dos problemas, os documentos sinalizaram a iniquidade distributiva dos médicos no Brasil como um dos principais desafios para a efetivação integral do SUS^{21,24,25}. Além disso, apontaram uma disputa pela força de trabalho entre alguns municípios, com base em remuneração atrativa (altos salários), gerando alta rotatividade desses profissionais e descontinuidade das ações de saúde^{6,10,16,26-32}.

Diante desse cenário, diversas discussões foram desencadeadas. Em abril de 2011, o MS promoveu o Seminário Nacional Sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade, objetivando “debater e oferecer subsídios para a construção de propostas e de viabilidade política e técnica que assegurassem acesso universal aos serviços de atenção à saúde [...]”³³, com representação dos diversos poderes; dos setores de saúde, educação e trabalho; e do controle social dos três entes federados.

Em janeiro de 2013, ocorreu a campanha “Cadê o médico?”, realizada pela Frente Nacional de Prefeitos^{16,25}. Em julho, manifestações populares reivindicaram melhores condições de acesso aos serviços de saúde e a inclusão de ações prioritárias na agenda governamental^{10,15, 34}.

Esse processo contribuiu para a consolidação da análise situacional e subsidiou a priorização dos problemas e desenho de estratégias pelos Ministérios da Saúde, da Educação e do Planejamento, que, representados por seus ministros, apresentaram à presidência a Exposição Interministerial de Motivos (EIM) n.º 24/2013-MS-MEC-MP, elencando ações prioritárias³⁵. A EIM foi utilizada para editar, em julho, a Medida Provisória (MP) n.º 621/2013¹⁷.

Os referidos ministérios estimaram a proporção, em 2012, de 1,8 médicos por mil habitantes^{5,14,36}, com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Conselho Federal de Medicina (CFM)^{11,12}. Porém, Silva²¹ afirma que esses dados são questionados pelo próprio CFM, que calculou dois médicos por mil habitantes. Por outro lado, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil possuía, de fato, uma reduzida proporção³⁷.

Quadro 1. Sistematização de eventos críticos dos documentos referentes à fase de formulação do PMM, no período de 2013 a 2015

Etapa	Categorias	Excertos dos documentos	Autor/ano
FORMULAÇÃO	Formulação das propostas	<ul style="list-style-type: none"> - Massivas manifestações de rua, que exigiam melhorias para a saúde. - PMM – medida simples de grande apelo popular. - MS e MEC elaboraram estratégias para responder aos anseios das ruas. - O PMM representa uma medida puramente eleitoreira. - PMM gera debates entre o representante do governo e as corporações médicas, sobretudo o Conselho Federal de Medicina. - Campanha “Cadê o médico?” é realizada pela Frente Nacional de Prefeitos. - Diagnóstico de falta de médicos no país e pesquisa em outros países sobre estratégias para resolver escassez de médicos. - Análise das iniciativas PIASS (1976), Pisu (1993), PITS (2001) e Provab (2011). - Disputa entre municípios por poucos médicos, gerando alta rotatividade. - O PMM é um programa emergencial e complementar. - PMM não garante direitos trabalhistas; CFM faz crítica – não contempla carteira assinada, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), 13º salário ou mesmo férias remuneradas. - Não existem, no âmbito da saúde pública, estratégias voltadas para a estruturação de um plano de carreira no SUS, seja para enfermeiros, dentistas ou médicos. - Criação de carreira de Estado para médicos. - O PMM, independentemente de seus resultados e das intenções do Governo Federal, passa por cima de estados, municípios e dos processos de regionalização e provisão adequada das redes do SUS. - PMM – iniciativa que visa claramente à maior regulação do Estado sobre a profissão médica. - Seria mais sensato investir nas universidades públicas. 	Oliveira et al. ⁶ ; Pinto et al. ¹⁰ ; Molina et al. ¹⁹ ; Gonçalves ⁶¹ ; Caramelli ⁶² ; Salles ⁵⁵ ; Angotti Neto ⁴ ; Torres ⁵⁸ ; Schanaider ³⁸ ; Cueto et al. ⁶⁴ ; Santos ¹² ; Silva ²⁰ ; Ferreira ³⁹ ; CFM ⁴¹ ; D’avila ⁴² ; Cunha ⁴⁸ ; CFM ⁴⁷ ; CFM ⁴³ ; Cebes ⁶³ ; Santos ³⁴ ; Couto ¹⁶
	Análise das propostas	<ul style="list-style-type: none"> - Regiões prioritárias definidas em função de um conjunto combinado de critérios. - O programa institui o prazo de cinco anos para que as UBS tenham qualidade de equipamentos e infraestrutura necessárias para servirem de campos de aprendizagem para graduandos e residentes. - O PMM demanda medidas que ampliem a formação de preceptores nos serviços. - A Lei exige que os cursos de Medicina adêquem seus currículos às novas DCN e determina que essa implantação seja objeto de avaliação e auditoria do MEC. - Lei aponta para a residência médica universal e disciplina o acesso aos programas. - A Lei obriga a criação, em até dois anos, de uma avaliação específica para o curso de graduação em Medicina, bianual. - O registro profissional de médicos formados no exterior será expedido pelo MS. - O principal equívoco da medida do Governo Federal é a entrada de médicos estrangeiros sem o Revalida. 	Kamikawa e Motta ⁴⁹ ; Brito ⁵ ; CFM ⁴⁷ ; Morais et al. ¹⁵ ; CFM ⁶⁵ ; Cambricoli ²⁷

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Diante da ausência de um parâmetro internacional para a mensuração da proporção ideal de médicos no país, convencionou-se utilizar os parâmetros do Reino Unido (2,7 médicos por mil habitantes), por ser um país com um sistema universal. No entanto, considerando os egressos de Medicina, a meta só seria alcançada em 2035, sem uma intervenção efetiva²¹.

Para Mendes³⁶ e Schanaider³⁸, apenas a ampliação do número de médicos não resolveria a dificuldade de alocação nas áreas mais vulneráveis, pois estes poderiam optar por alternativas mais vantajosas. Scheffer³⁹ alertou a iminência de uma concorrência exacerbada em áreas que já contavam com uma alta densidade de médicos.

Alguns defensores do PMM discutiram sobre as propostas de modificações nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação de Medicina, na residência médica e na

Quadro 2. Sistematização de eventos críticos dos documentos referentes à fase de implementação do PMM, no período de 2013 a 2015

Etapa	Categorias	Excertos dos documentos	Autor/ano
IMPLEMENTAÇÃO	Desenho de estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - Está prevista a criação, até 2017, de 11,5 mil vagas de graduação em Medicina e 12,4 mil vagas de residência médica para formação de especialistas até 2018, com foco na valorização da AB, da ESF e de áreas prioritárias para o SUS. - Esses dilemas afetam os programas de residência médica. A oferta de uma vaga de especialização para cada formando, anunciada pelo MEC, é inexequível. Não há hospitais preparados nem preceptores suficientes para orientar os futuros especialistas. 	Durcan; Targa ²⁰ ; Cebes ²⁴ ; Cebes ²⁸
	Formalização de políticas	<ul style="list-style-type: none"> - Para tornar efetiva a cooperação técnica da Opas/OMS, foi assinado um convênio de cooperação (TC 80) entre o MS do Brasil e a Opas/ OMS, bem como sucessivos Termos de Ajustes. - É considerado injusto o acordo de trabalho entre MS, Opas, governo de Cuba e médicas e médicos cubanos. - Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. 	Campos ⁵¹ ; Molina ⁵⁰ ; Mendes ³⁶ ; Pinho ⁵² ; Martins ⁵³ ; CFM ⁵⁴ ; Ferreira ⁶⁸
	Operacionalização do programa	<ul style="list-style-type: none"> - Ao fixar médicos, por meio de provimento emergencial, o projeto ampliou a assistência na Atenção Básica em regiões carentes desses profissionais. - O projeto possibilitou aos médicos brasileiros intercambiarem experiências com médicos estrangeiros. - PMM apresenta inadequações pontuais: na execução das atividades de supervisão e tutoria, no acolhimento e na capacitação dos profissionais, na decisão de gestores locais em substituir médicos contratados por intercambistas e nas punições a médicos cubanos que mantêm seus familiares no Brasil. - A primeira crítica dos auditores do TCU foi dirigida à fragilidade do sistema de supervisão e de tutoria do Programa: ampliar as vagas de graduação, sim, mas não se apoiando no mercado. É preciso assegurar que os estudantes de bairros populares, das comunidades de trabalhadores rurais, indígenas e quilombolas tenham a possibilidade de ocupar as vagas nos cursos de Medicina. - A adesão inicial foi de 4.025 municípios. Estes demandaram 16.631 médicos: 1.878 adesões de municípios prioritários; 2.147 nas demais localidades. - Na mídia, a maioria das notícias era de caráter negativo, mas havia também opiniões de jornalistas e leitores que viam os aspectos positivos na implementação do Programa Mais Médicos. - Requalifica SUS. - Fiscalizações do Cremerj e CRMs; constataram que não havia supervisão ou tutoria. Havia intercambista atendendo sozinho e com dificuldade de se comunicar em nosso idioma. - A auditoria realizada pelo TCU em 2014 comprovou que, em 49% dos primeiros locais atendidos pelo programa em suas solicitações, ocorreu, ao receberem os bolsistas, a dispensa de médicos anteriormente contratados. Por isso, em torno de um ano, tais localidades tinham menos profissionais cadastrados na rede pública. - Dos 42 municípios que receberam escolas médicas de 2013 a julho de 2015, 60% (25) não atendem ao critério de cinco leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) para cada aluno de Medicina matriculado. 	Scheffer ⁷ ; CFM ⁵⁴ ; Brasil ²⁵ ; Cyrino et al ²⁶ ; Carvalho ²⁹ ; Chioro ³⁰ ; Aquino ³¹ ; Campos ⁵¹ ; CFM ⁶⁵ ; Gomes ⁶⁶ ; Ferreira ⁶⁸ ; CFM ⁶⁹ ; CFM ⁷⁰ ; CFM ⁷¹ ; CFM ⁷² ; CFM ⁷³ ; CFM ⁷⁴ ; Formente e Rosa ⁷⁵ .

Fonte: Elaborado pelas autoras.

formação de especialistas¹⁰. Silva²¹, Ferreira⁴⁰ e o CFM⁴¹ apontaram como alternativa à precarização do trabalho médico e à deficiência de políticas de interiorização a criação da carreira de estado para o médico do SUS. D'avila⁴², por outro lado, propõe a estruturação de um plano de carreira no SUS, também, para enfermeiros e odontólogos.

Porém, o CFM assinalou que, das 12 mil vagas ofertadas em 2013 para o programa de residência médica, três mil ficaram ociosas devido à desestruturação de alguns programas⁴³. Também enfatizou que a proposta de criação de um Fórum de Regulação das profissões de saúde que constava na MP (e foi suprimida integralmente) poderia alterar as competências das profissões, especialmente as exclusivas dos médicos e as atribuições dos Conselhos de Medicina⁴⁴.

Com o intuito de defender e justificar tais posicionamentos, o CFM e outras entidades médicas elaboraram o documento "MP 621/2013: Fragilidades técnicas e legais que colocam a saúde da população em risco", posteriormente enviado aos parlamentares⁴⁵, no qual apontaram divergências estatísticas quanto à distribuição profissional no Brasil.

Após a publicação da MP nº 621/2013, o Congresso Nacional designou uma Comissão Mista Integrada (CMI), constituída por senadores e deputados, para emitir um parecer sobre a norma, sob a presidência do Senador João Alberto Souza (PMDB/MA), a vice-presidência do Deputado Francisco Escórcio (PMDB/MA), tendo como relator o deputado Rogério Carvalho (PT/SE) e como relator-revisor o senador Mozarildo Cavalcanti (PT/RR)^{16,46}. Considerando a sua composição heterogênea, a comissão foi palco de inúmeros debates e controvérsias em torno das proposições do programa.

Os parlamentares apresentaram 1376 proposições de emendas ao PMM para todos os eixos do programa, com evidência para os partidos políticos DEM, PCdoB, PDT, PEN, PMDB, PP, PPS, PR, PRB, PSC, PSD, PSDB, PT, PTB e PV. Uma maior quantidade de proposições foi apresentada pelo PSDB, PMDB e DEM, com 160, 125 e 114 emendas, respectivamente¹⁶.

A MP nº 621/2013 contemplou muitas questões polêmicas, como a ampliação da duração dos cursos de graduação em Medicina por mais dois anos. Essa ampliação gerou desconfortos principalmente para os estudantes de Medicina, Instituições de Ensino e entidades médicas, que sugeriram alterações do projeto original, quanto à implantação de novos cursos de Medicina embasados nas novas DCN^{10,16,17}.

Finalizado o momento da priorização, prosseguiu-se para a formalização do programa em três eixos de ação: 1) investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2) ampliação e reformas curriculares dos cursos de graduação em Medicina e residência médica no país; e 3) Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que previa a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis do país^{15,18}.

Implementação do PMM

A operacionalização do PMM exigiu uma articulação intersetorial entre os setores saúde e educação, dos três níveis de organização político-administrativa do país, por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e a participação das universidades públicas e privadas^{15,35}.

Os critérios para alocação dos médicos e a definição das regiões prioritárias levaram em consideração seis perfis: capital; região metropolitana; G100 (cem municípios > oitenta mil habitantes e alta vulnerabilidade social); perfil de pobreza (municípios com 20% da população ou mais vivendo em pobreza extrema); distritos sanitários especiais indígenas (DSEI); e demais localidades^{5,10,15,18,25,28,36}.

Os municípios classificados aderiram voluntariamente e assinaram um Termo de Compromisso, que visava garantir aos médicos moradia, alimentação e deslocamento; manter as UBS funcionando em boas condições; implantar ou apoiar os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC); e assegurar aos profissionais o tempo necessário para as atividades de aperfeiçoamento. Após firmar o compromisso, as vagas eram solicitadas²⁵.

No primeiro ano do PMM, foram publicados editais de convocação de médicos registrados no Brasil, seguido de convocações de brasileiros formados no exterior, mas sem registro no país, e estrangeiros com registro no exterior, até suprir a maioria das vagas disponíveis^{5,21}. Destaca-se que o período de atuação desses médicos no programa era de três anos prorrogáveis por igual período^{47,48}.

Para auxiliar na contratação de médicos estrangeiros sem diploma revalidado, o MS firmou cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), interligada à Organização Mundial da Saúde (OMS), especificando exigências técnicas e financeiras para os componentes do programa^{19,36}.

A Opas/OMS também firmou convênio de cooperação com o Ministério da Saúde Pública de Cuba para mobilizar médicos cubanos, ocupar as vagas disponíveis e estimular a troca de experiências referentes à prática na APS, considerando o histórico de atuação dos profissionais em outros países^{19,25,36,39}.

Cabe ressaltar que os médicos que não possuíam registro no CFM, obtiveram um Registro Único por meio do MS, que permitia a atuação apenas em atividades definidas pelo PMM^{5,16,21,36,49}. A dispensa de revalidação do diploma gerou insatisfação por parte das entidades médicas, que alegaram ingerência estatal na autonomia dos Conselhos Federal e Regional de Medicina, além de considerar a medida um risco para a população, devido à ausência de regras claras e criteriosas para a seleção dos médicos^{40,47}.

O CFM reiterou que, mesmo não emitindo os registros, a coordenação do PMM deveria comunicar a relação de médicos e o local de atuação, porque, embora com registro provisório, os profissionais estariam submetidos às leis vigentes quanto à responsabilização profissional, civil, penal e ética⁴⁴.

Como alternativa, foi exigido ao intercambista a participação em um período de acolhimento para avaliação da proficiência na língua portuguesa, habilidade de comunicação e qualificação, visando ao aprofundamento teórico e prático acerca dos princípios e diretrizes do SUS, mediante o acompanhamento e avaliação de tutores acadêmicos^{16,29}.

Outra questão debatida foi o preenchimento das primeiras vagas dos editais de seleção do PMM por um maior contingente de médicos estrangeiros, de nacionalidade cubana, devido ao termo de cooperação técnica^{19,25,36,50}. Campos⁵¹, Pinho⁵², Martins⁵³ e o CFM⁵⁴ apontaram como injusto o pagamento parcial da bolsa aos profissionais e as restrições ao livre trânsito dos familiares dos médicos em serviço no Brasil. Alguns autores consideraram os termos de cooperação entre os países uma convivência ante à opressão aos cubanos^{51,53}.

Entretanto, os intercambistas tiveram os seus direitos garantidos, segundo os acordos internacionais¹⁶, e os médicos brasileiros adquiriram o direito de inscrição na Previdência Social, sendo afastadas as contestações acerca do vínculo celetista e da possível ampliação de despesas para o Executivo, objeto de crítica do CFM⁵⁵.

Por outro lado, Scheffer⁷ e Ferreira⁴⁰ verificaram fiscalizações por parte de diversos CRMs, que indicaram recorrentes substituições de médicos brasileiros por intercambistas.

Cambricoli²⁷ questionou a alocação de alguns médicos do programa, pois quase um quarto dos selecionados atuava ou iria atuar em capitais ou regiões metropolitanas. Contrariamente, os dados do MS (2014) indicaram a ampliação de 14.090 médicos, abrangendo uma população de 48,6 milhões de pessoas (em localidades prioritárias) de 3.866 municípios e 33 distritos indígenas, com 75% no semiárido do Nordeste, na periferia de grandes centros urbanos (com Índice de Desenvolvimento Humano baixo ou muito baixo) e em municípios e regiões com população quilombola¹⁹.

Para a formação médica, a Lei nº 12.871/2013 propiciou mudanças estruturais com a indução da reformulação das DCN para o curso de Medicina, na perspectiva das redes de atenção à saúde, metodologias ativas de ensino aprendizagem e inserção precoce nos serviços de saúde, alinhando a formação médica às novas exigências e necessidades da população e do SUS^{25,26}. O Governo Federal propôs a criação de 11,5 mil vagas de graduação em Medicina até 2017 e de 12,4 mil vagas de residência médica até 2018, com foco na AB e Estratégia Saúde da Família^{18,20,26}.

O CFM assinalou a necessidade de maior rigor na abertura de novos cursos e fiscalização dos existentes, indicando que, dos 42 municípios que implantaram escolas médicas de 2013 a julho de 2015, 60% (25) não atendiam ao critério de cinco leitos do SUS por aluno matriculado, conforme diretrizes do MEC⁴³. Além disso, advertiu a existência de vagas ociosas, falta de estrutura dos programas e condições de trabalho inadequadas⁴³.

Por meio do termo de adesão, o gestor local do SUS deveria oferecer condições estruturais necessárias para o funcionamento do curso de graduação em Medicina²⁶. A adequação por meio do Programa de Requalificação de UBS (Requalifica UBS)⁵⁶ e incremento orçamentário, para ações de informatização das UBS, implantação do novo sistema de informação da Atenção Básica (Sisab) e da estratégia e-SUS, com prontuário eletrônico para os serviços de saúde²⁵, foram apontados como essenciais para a ampliação da efetividade da AB¹⁹. Para tanto, a lei também se referiu à constituição

de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes)^{14,25}. Não obstante, alguns profissionais continuaram a alegar condições de trabalho inadequadas⁴⁸.

Em 2015, os ministérios divulgaram uma análise intitulada “Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros”, contemplando as motivações e o contexto para a criação do programa. Contudo, a indefinição da conjuntura política e social direcionava para a descontinuidade do programa, apesar de uma medida provisória ter sido publicada contemplando a prorrogação do programa por mais três anos²⁵.

Mapeamento e posicionamento dos atores sociais

Esta análise documental permitiu ainda identificar atores que interferiram e/ou influenciaram nas definições de ações e estratégias, assim como compreender como foi “desenhada” e implementada a política pública²².

Os posicionamentos e o manejo dos recursos do poder, por parte dos atores sociais, desencadeou um conjunto de “iniciativas” divergentes no processo de implementação local, regional e nacional do PMM. Foi possível identificar os atores secundários, classificando-os como aliados, opositores e indiferentes ao ator central (MS e MEC)^{6,10,16,26-32,57}. O quadro 3 sistematiza o mapeamento dos posicionamentos.

Quanto às iniciativas de legitimação do PMM, foi possível identificar negociações políticas, técnicas e táticas dos atores centrais^{5,15,16,35}.

Os atores sociais aliados foram mapeados a partir de sua inserção no processo decisório e defendiam, entre outras questões, que a falta de médicos decorria da omissão dos governos anteriores e do corporativismo da categoria médica⁵⁸, representado por organizações como a Opas/OMS (que mediou a contratação de médicos estrangeiros, firmou termo de cooperação com o Ministério da Saúde Pública de Cuba e mobilizou médicos cubanos).

Algumas Instituições de Ensino Superior (IES), a Advocacia Geral da União (AGU) e a Central Única dos Trabalhadores (CUT) defendiam a legalidade do trabalho dos médicos contratados, baseadas na integração ensino e serviço; e FNP e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) defendiam a necessidade de mais médicos nos municípios, para garantir a integralidade das ações na APS. Além da participação da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, Organização Não Governamental de Defesa dos Direitos Humanos, Associação Ordem dos Bacharéis do Brasil^{16,19-21,50}.

Em contraponto, os opositores ao PMM denunciavam a existência de interesses eleitorais implícitos, configurando a medida como “populista” e o interesse implícito de manter o governo no poder^{48,50,59}.

Como opositores, algumas escolas médicas e entidades médicas, como o CFM, defendiam que o percentual de médicos no país era compatível com as necessidades e denunciava a interferência do Estado na autonomia dos Conselhos de Medicina, irregularidade na modalidade de contratação quanto à legislação trabalhista vigente no país, e apontavam falta de rigor na abertura de escolas médicas^{47,48,58}. A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) defendia que a criação do PMM era falaciosa, considerando como problemas prioritários da saúde pública brasileira a ausência de infraestrutura e de gerenciamento adequado das unidades de saúde⁵⁵.

Ainda nesse contexto, pôde-se incluir as Organizações Sociais, a Fundação Hospitalar de Minas Gerais e os partidos políticos de oposição ao governo: PSDB e o DEM. Estes atores defendiam que o PMM era uma ameaça à saúde das pessoas, devido à não exigência de revalidação dos diplomas dos médicos estrangeiros; assinalavam a existência de políticas fragmentadas relacionadas a Recursos Humanos no SUS, falta de supervisão ou tutoria, com situações em que os intercambistas atendiam sozinhos, e a dificuldade de comunicação (no idioma português)^{4,5,35,36,38,40-49,52,53,55,59-71}.

Esse cenário, apesar de evidenciar a disposição dos grupos de oposição e da base aliada do governo e uma diversidade de interesses no processo, culminou com a aprovação da Lei nº 12.871/2013^{15,16,18,35}. Independente das polêmicas, Kamikawa e Motta⁴⁹ correlacionaram a elaboração da MP com uma tentativa de garantir o direito à saúde da população.

Quadro 3. Identificação dos documentos e posicionamentos dos atores sociais quanto às etapas de formulação e implementação do PMM

Tipo de atores	Posicionamento	Ator	Documentos
GOVERNAMENTAIS	Ator central	MS; MEC	Oliveira et al. ⁶ ; Pinto et al. ¹⁰ ; Couto ¹⁶ ; Cyrino et al. ²⁶ ; Cambriocoli ²⁷ ; Cebes ²⁸ ; Carvalho ²⁹ ; Chioro ³⁰ ; Aquino ³¹ ; Carvalho ³²
	Aliados	Opas; OMS; Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Isabel Emilia Prado da Silva (apoiadora do PMM no MEC); AGU; CUT; Frente Nacional de Prefeitos; CONASEMS; Advocacia Geral da União (AGU); Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA).	Brito ⁵ ; Couto ¹⁶ ; Molina et al. ¹⁹ ; Durcan; Targa ²⁰ ; Silva ²¹ ; Molina ⁵⁰
	Oponentes	Ronaldo Marques Gomes (Secretaria de Saúde do RJ); Robespierre Costa Ribeiro (Fundação Hospitalar de MG); deputado Marcus Pestana (PSDB-MG); Líder do DEM, Mendonça Filho (PE); Deputado Ronaldo Caiado (DEM-GO); Cyro Miranda (PSDB-GO).	Gomes ⁶⁶ ; CFM ⁷⁰
	Indiferentes	MPT; Coordenadoria Nacional de Combate às Irregularidades Trabalhistas; Tribunal de Contas da União (TCU); Integrantes da Comissão Mista – presidente: senador João Alberto Souza (PMDB/MA); vice-presidente: deputado Francisco Escórcio (PMDB/MA); relator: deputado Rogério Carvalho (PT/SE); e relator-revisor: senador Mozarildo Cavalcanti (PT/RR).	Brito ⁵ ; Couto ¹⁶ ; CFM ⁷¹⁻⁷³ ; Formenti; Rosa ⁷⁵
NÃO GOVERNAMENTAIS	Ator central	-	-
	Aliados	Mário Scheffer (USP); Gastão Wagner de Sousa Campos (Unicamp); Cebes; Lourdes Mann, médica cubana; CEBES; Central Única dos Trabalhadores (CUT); Conectas – Organização Não Governamental em Defesa dos Direitos Humanos; Associação Ordem dos Bacharéis do Brasil.	Couto ¹⁶ ; Scheffer ³⁹ ; Campos ⁵¹ ; Ferreira ⁶⁸
	Oponentes	CFM; AMB; ABEM; Fenam; Associação Nacional dos Médicos Residentes; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem); Caroline Reis (Unimontes); Bruno Caramelli (USP); Marina Salles (USP); Hélio Angotti Neto (Unesc); Ribas Didier Roberto Torres (Seconci-SP – Organização Social); Alberto Schanaider (UFRJ); Gisele Keiko Kamikawa (Unicesumar); Ligia Bahia (UFRJ); Fórum de Estudantes da ENSP/Fiocruz; Unicamp, USP e Unifesp; Associação Médica Nacional Dr ^a Máira Fachini (AMN-MF); Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU).	Angotti Neto ⁴ ; Brito ⁵ ; Santos ³⁴ ; Mendes ³⁶ ; Schanaider ³⁸ ; Ferreira ⁴⁰ ; CFM ⁴¹ ; D'ávila ⁴² ; CFM ⁴³ ; CFM ⁴⁴ ; CFM ⁴⁷ ; Cunha ⁴⁸ ; Motta ⁴⁹ ; Pinho ⁵² ; Martins ⁵³ ; CFM ⁵⁴ ; Salles ⁵⁵ ; Torres ⁵⁹ ; Gonçalves ⁶¹ ; Caramelli ⁶² ; Cebes ⁶³ ; Kamikawa; Cueto et al. ⁶⁴ ; CFM ⁶⁵ ; Gomes ⁶⁶ ; CFM ⁶⁷ ; Ferreira ⁶⁸ ; CFM ⁶⁹⁻⁷¹
Indiferentes	Mônica Sampaio (UNB); Paulo Henrique (Univ. Estácio de Sá); Indyara Moraes (UNB); Liege Scremin (Unibrasil); Renato Meirelles (Data Popular); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)	Brito ⁵ ; Morais et al. ¹⁵ ; Carvalho ³²	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os documentos revelaram atores com posicionamento indiferente ou contraditório frente ao PMM, como algumas IES e órgãos de controle do Estado, como o Ministério Público do Trabalho (que discorda da forma de contratação trabalhista), a Coordenadoria Nacional de Combate às Irregularidades Trabalhistas (que defendia a inserção profissional por intermédio de concurso público, em atendimento aos ditames constitucionais), o Tribunal de Contas da União (TCU) e a Comissão Mista^{18,54,71-75}.

Quanto à Comissão Mista, apesar das inúmeras emendas apresentadas, não foi possível identificar a construção do consenso quanto às prioridades que constituíram a agenda estratégica propriamente dita, tendo em vista a atuação dos parlamentares direcionada a atender interesses próprios e partidários, fato consubstanciado pelo elevado número de propostas apresentadas e pelo alto percentual de emendas rejeitadas pela CMI que analisava a MP¹⁶.

Os indiferentes elencaram também alguns desafios na etapa de formulação do PMM: alta rotatividade dos profissionais entre os municípios⁶¹; necessidade de revisão da formação médica¹⁵; insuficiência de vagas nos cursos de graduação em Medicina, em todas as regiões do país¹⁵; e o fato de que o PMM era uma iniciativa que visava uma maior regulação do Estado sobre a profissão médica⁵¹ e baixa adesão e atuação de médicos brasileiros na primeira etapa do PMM^{18,54,71-74}.

Considerações finais

Esta revisão documental cumpriu o propósito de elencar os eventos críticos, as motivações e identificar o processo de formulação e implementação do PMM, estabelecendo-se um jogo de condução, que incluiu “concessões” e “negociações” em torno dos interesses e posicionamentos dos atores sociais, considerando o pressuposto da priorização da atenção primária e da ampliação da inserção de profissionais com formação adequada para atuar na saúde pública. Contudo, cabe enfatizar que, para que um programa dessa natureza se mantenha, é necessário fortalecer o desenvolvimento de estratégias de médio e longo prazo relacionadas à formação e qualificação dos médicos.

Apesar de o PMM ter sido implementado em um contexto politicamente favorável e de os resultados preliminares de alguns estudos evidenciarem a ampliação para 65% dos municípios e em todas as regiões do país (13% no Norte; 35% no Nordeste, 27% no Sudeste, 17% no Sul e 6% no Centro-Oeste)⁷⁶, incluindo a extensão do acesso dos usuários quilombolas aos serviços de saúde⁷⁷, persistiram as polêmicas relacionadas às questões trabalhistas.

O termo de cooperação com a Opas, apesar de ter contemplado médicos de 47 países, apontou divergências quanto à contratação dos médicos cubanos. Os artigos destacaram, especialmente, a baixa remuneração dos profissionais, devido à apropriação de parte do salário pelo governo, a inexistência de garantias trabalhistas e de direitos relacionados à mobilidade destes e dos seus familiares⁵⁰⁻⁵². Tal situação a que estavam submetidos gerou manifestações de descontentamentos e proposições para aprofundar o debate com a sociedade sobre a pertinência dessa modalidade de contratualização dos profissionais cubanos.

Por fim, mesmo submetido a tantos questionamentos e a algumas incertezas, notou-se que o PMM foi uma estratégia importante no que tange à regulação de recursos humanos para o SUS e tem um papel de destaque para a ampliação do acesso à saúde e o fortalecimento da Atenção Básica no país.

Colaboradores

Rebeca Amorim de Jesus participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e da redação do artigo. Maria Guadalupe Medina participou da concepção e revisão do artigo. Níli Maria de Brito Lima Prado participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, revisão do artigo e aprovação da versão final do artigo.

Referências

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES; 2012. p. 7-74.
2. Giovanella L; Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-545.
3. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 353-70.
4. Angotti Neto H. Políticas de interiorização do médico brasileiro. Rev Ibérica. 2013; 21(7):41-56.
5. Brito LM. Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico [Monografia]. Ceilândia (GO): Faculdade de Ceilândia, UnB; 2014.
6. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AMF, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 54(19):623-34.
7. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Conselho Regional de Medicina; 2015. 284 p.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 439, de 07 de abril de 2011. Brasília, DF: MS; 2011.
9. Magno LD, Paim JS. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2015; 9(4):1-14.
10. Pinto HA, Sales MJTS, Oliveira FPO, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. Rev. Saúd Debate. 2014; (51):105-20.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária. Brasília; 2005.
12. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. Brasília: Conselho Regional de Medicina; 2011.
13. Universidade Federal de Minas Gerais. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde: relatório técnico de projeto. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina; 2009.
14. Santos LLR. Demografia médica: provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade [monografia]. Rio de Janeiro (RJ): Departamento de Estudos da Escola Superior de Guerra; 2013.
15. Morais I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(2):112-20.
16. Couto MP. O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil [dissertação]. Curitiba (PR): Setor de Ciências Sociais Aplicadas, UFPR; 2015.
17. Medida Provisória n.º 621/2013, de 08 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Convertida na Lei n.º 12.871/2013. Brasília (DF): Diário Oficial da União. 2013.

18. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União. 2013.
19. Molina J, Suárez J, Cannon LRC, Oliveira G, Fortunato MA. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2014; (52): 190-220.
20. Durcan MS, Targa LV. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2014; 32(9):233-34.
21. Silva EPS. Tem hora que a gente se pergunta por que é que não se junta tudo numa coisa só? Programa Mais Médicos para o Brasil: caminhos da intersectorialidade [monografia]. Brasília (DF): Faculdade de Educação, UFRGS; 2014.
22. Teixeira CF. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. In: Carmen Fontes Teixeira, organizadora. Salvador: EDUFBA; 2010.
23. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 1996.
24. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Governo já fala em prorrogar Mais Médicos até 2019. CEBES, 20 maio 2014 [citado 2 Out 2015]. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/05/governo-ja-fala-em-prorrogar-mais-medicos-ate-2019/>>
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: MS; 2015.
26. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):5-10.
27. Cambriocoli F. Um quarto dos profissionais do Mais Médicos atua em capitais ou regiões metropolitanas. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 20 out. 2014.
28. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Mais Médicos leva 3,5 mil profissionais a todo o país e supera meta. CEBES, 15 abr. 2014. [acesso 2015 Jul 30]. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/04/3786/>>
29. Carvalho D. Para além da atenção básica, Mais Médicos amplia discussão sobre formação profissional. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 24 Mar. 2014.
30. Chioro A. Mais e melhores médicos para o Brasil. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 30 Jul. 2014.
31. Aquino Y. Mais Médicos vai ser avaliado e pode ampliar número de estrangeiros, diz Dilma. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Dez. 2013.
32. Carvalho D. Para OMS, o Mais Médicos só é bom para o Brasil se for temporário. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Nov. 2013.
33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade. Brasília, DF: MS; 2012.
34. Santos RSO. Médicos brasileiros conservadores: o Programa Mais Médicos pela retórica da intransigência [monografia]. Brasília (DF): Faculdade de Ceolândia, UnB; 2014.
35. Padilha ARS, Oliva AM, Belchior MA. Exposição de Motivos Interministerial n.º 24-2013/MS-MEC-MP vinculada à Lei Federal n.º 12.871/2013. Brasília (DF); 2013.
36. Mendes BC. O programa MM trará bons resultados? [monografia]. Brasília (DF): Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, UnB; 2014.
37. Organização Mundial da Saúde (OMS). World health statistics. Genebra; 2011.
38. Schanaider A. Mais ou menos médicos. *Rev Col Bras Cirurg*. 2014; 41(5): 303-4.
39. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):637-40.

40. Ferreira S. Dois anos do Programa Mais Médicos. É para comemorar? Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2015.
41. Conselho Federal de Medicina. Fenam protocola denúncia e questiona o programa Mais Médicos junto ao TCU. 2013 [citado 07 Out 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24128:fenam-protocola-denuncia-e-questiona-programa-mais-medicos-junto-ao-tcu&catid=3
42. D'Avila RL. CFM denuncia ameaça à formação médica por políticas públicas. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014.
43. Conselho Federal de Medicina. Para CFM, proposta do governo para a residência médica é temerária. Brasília; 2013 [citado 17 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=24038:para-cfm-proposta-do-governo-para-a-residencia-medica-e-temeraria
44. Conselho Federal de Medicina. CFM ajudou a reduzir danos causados pela MP 621 e não apoia "Mais Médicos", diz presidente. Brasília; 2013 [citado 17 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24232:cfm-ajudou-a-reduzir-danos-causados-pela-mp-621-e-nao-apoia-mais-medicos-diz-presidente&catid=3
45. Comitê Nacional de Mobilização das Entidades Médicas. MP 621/2013: fragilidades técnicas e legais que colocam a saúde da população em risco. 2013 [citado 05 Out 2015]. Disponível em: http://www.endocrino.org.br/media/uploads/PDFs/contrarraz%C3%B5es_mp_621.pdf
46. Diário do Senado Federal. 12 jul. 2013. p. 46584-46585 [citado 5 Out 2015]. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/159.diarios/BuscaDiario?tipDiario=1&datDiario=12/07/2013&paginaDireta=46584>
47. Conselho Federal de Medicina. Equívocos do Mais Médicos são apontados pela AMBr na Câmara dos Deputados. Brasília; 2013 [citado 17 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24139:-equivocos-do-mais-medicos-sao-apontados-pela-ambr-na-camara-dos-deputados&catid=3
48. Cunha RRC. Entidades médicas de Goiás anunciam mobilização em defesa da classe médica. Brasília: CFM; 2014.
49. Kamikawa GK, Motta ID. Direito a saúde e estudo da política pública do Programa Mais Médicos. Rev Jur Cesumar. 2014; 14(2):341-67.
50. Molina J. Para não perder o trem da história! Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(1):1-4.
51. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu). 2015; 19(54):641-2.
52. Pinho MO. A intermediação de mão-de-obra na administração pública por meio de organismos internacionais: problemas quanto à efetividade das normas de proteção trabalhista [monografia]. Brasília (DF): Faculdade de Direito, UnB; 2014.
53. Martins IGS. Mais Médicos promove o "neoescravagismo" no Brasil, diz Ives Gandra. Brasília: CFM; 2014.
54. Conselho Federal de Medicina. Cubanos abandonam Programa reclamando de falta de pagamento. Brasília; 2014. [citado 12 Dez 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24799:cubanos-abandonam-programa-reclamando-de-falta-de-pagamento&catid=3
55. Salles M. O que falta discutir sobre a saúde pública brasileira. Rev Cult Ext USP. 2013; (10):11-7.

56. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2206, de 14 de Setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
57. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Mais Médicos atende demanda e cobre todos os distritos sanitários indígenas. CEBES, 08 set. 2014 [citado 5 Out 2015]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/09/mais-medicos-atende-demanda-e-cobre-todos-os-distritos-sanitarios-indigenas/>
58. Feuerwerker LCM. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão. Interface (Botucatu). 2013, 17(47):929-30.
59. Torres RDR. Mercado de trabalho para médico no Brasil. Debates GVsaúde. 2013; 36(3):30-6.
60. Conselho Federal de Medicina. Metade dos municípios com escolas médicas não possui estrutura para formar adequadamente os profissionais. Brasília: CFM; 2015 [citado 10 Dez 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25690%3A2015-08-25-12-46-30&catid=3%3Aportal&Itemid=46
61. Gonçalves CR. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. Saúde em Debate. 2014; 38(100):26-34.
62. Caramelli B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. Revi Assoc Méd Bras. 2013; 5(59):407-8.
63. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A interiorização do trabalho e da formação em saúde – Mais Médicos e Mais Reforma Sanitária. CEBES, 01 nov. 2013 [citado 05 Nov 2015]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/08/A-interioriza%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-e-da-forma%C3%A7%C3%A3o-em-sa%C3%BAde-%E2%80%93-Mais-M%C3%A9dicos-e-Mais-Reforma-Sanit%C3%A1ria.pdf>
64. Cueto M, Benchimol J, Teixeira LA, Cerqueira RC. Pensar de Saúde do século XXI: Entrevista com Lígia Bahia. Hist, Ciênc, Saúde. 2014; 21(1): 93-107.
65. Conselho Federal de Medicina. Novas diretrizes curriculares fogem à realidade e às necessidades da formação, avaliam médicos. Brasília: CFM; 2015. [citado 04 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25703%3A2015-08-28-15-50-47&catid=3%3Aportal&Itemid=46
66. Gomes JBS. Mais Médicos não é Mais Saúde. CFM. 26 jun. 2015.
67. Conselho Federal de Medicina. Ministro da Saúde não quis enfrentar médicos e acadêmicos. Brasília: CFM; 2014 [citado 02 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24816:ministro-da-saude-nao-quis-enfrentar-medicos-e-academicos&catid=3
68. Ferreira G. Portaria do Mais Médicos reforça teoria de trabalho escravo, denuncia Fenam. CFM, 14 fev. 2014.
69. Conselho Federal de Medicina. Mais Médicos pode ser alternativa para reprovados no Revalida, suspeita. Brasília: CFM; 2013 [citado 07 Out 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24271:mais-medicos-pode-ser-alternativa-para-reprovados-no-revalida-suspeita-cfm-&catid=3
70. Conselho Federal de Medicina. Conselhos da área de saúde prestam apoio ao CFM contra o Mais Médicos. CFM, 23 out. 2013 [citado 07 Out 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24262:conselhos-da-area-de-saude-prestam-apoio-ao-cfm-contra-o-mais-medicos-&catid=3

71. Conselho Federal de Medicina. Para CFM, importação de médicos cubanos é medida eleitoreira e irresponsável. Brasília: CFM; 2013 [citado 28 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24097%3Apara-cfm-importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitorea-e-irresponsavel&catid=3
72. Conselho Federal de Medicina. Mais três cubanos na BA, PE e MA abandonam programa do governo. Brasília: CFM; 2014 [citado 18 Out 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24482:mais-tres-cubanos-na-ba-pe-e-ma-abandonam-programa-do-governo&catid=3
73. Conselho Federal de Medicina. Ministério público diz que médica Cubana tem razão e que salário deve ser pago na íntegra. Brasília: CFM; 2014 [citado 24 Out 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24473:ministerio-publico-diz-que-medica-cubana-tem-razao-e-que-salario-deve-ser-pago-na-integra&catid=3
74. Conselho Federal de Medicina. MP vai questionar contratação pelo Mais Médicos. Brasília: CFM; 2013 [citado 30 Nov 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24292:mp-vai-questionar-contratacao-pelo-mais-medicos&catid=3
75. Formenti L, Rosa V. Contra críticas e deserções, Brasil quer convencer Cuba a pagar mais a médicos. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 19 fev. 2014.
76. Ministério da Saúde (BR). FIOCRUZ. Ministério da Educação e Cultura. Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos – Brasil – 2014-2016. [citado 10 Maio 2016]. Disponível em: <http://apsredes.org/mais-medicos/pesquisa/pesquisa-avaliativa-programa-mais-medicos>
77. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. Rev ABPN. 2015;7(16): 28-51.

Jesus RA, Medina MG, Prado NMBL. Programa Más Médicos: análisis documental de los eventos críticos y posicionamiento de los actores sociales . Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1241-55.

Entre los desafíos para la consolidación de la Atención Primaria a la Salud (APS), como estrategia prioritaria para el redireccionamiento del modelo de atención a la salud en Brasil, se destaca la dificultad de fijación y provisión de profesionales de salud, prioritariamente médicos, en todo el territorio nacional. Este estudio, consiste en un análisis documental sobre los procesos de formulación e implementación del Programa Más Médicos (PMM) en el período de 2013 (período de publicación de la Ley nº 12.871/2013, que instituyó el PMM) a 2015. Las publicaciones seleccionadas permitieron el mapeo de los eventos críticos, intereses y la identificación de posicionamientos divergentes entre los actores sociales (aliados, oponentes o indiferentes) envueltos en las etapas de formulación de propuestas e implementación del programa. En lo que se refiere al análisis, por lo general, el PMM constituye un avance para la ampliación del acceso a la salud en el país.

Palabras clave: Más Médicos. Programa Más Médicos. Atención Primaria a la Salud.

Submetido em 16/06/2016. Aprovado em 22/05/2017.

