

## Programa Más Médicos: análisis documental de los eventos críticos y posicionamiento de los actores sociales

Rebeca Amorim de Jesus<sup>(a)</sup>

Maria Guadalupe Medina<sup>(b)</sup>

Níliã Maria de Brito Lima Prado<sup>(c)</sup>

(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

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 nº12.871/2013, 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.

### Introducción

En Brasil, la reestructuración de la Atención Primaria a la Salud (APS) se inscribió en el movimiento de Reforma Sanitaria con la propuesta de reordenación de los modelos asistenciales, denominándose Atención Básica a la Salud (AB)<sup>1-3</sup>. Durante la trayectoria de la AB se implementaron iniciativas para incentivar la atracción y fijación de profesionales de salud en regiones remotas, como ejemplo: el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS – 1976), el Programa de Interiorización del Sistema Único de Salud (PISUS – 1993), el Programa de Interiorización del Trabajo en Salud (PITS – 2001), y, posteriormente, el Programa de Valoración de los Profesionales de la Atención Básica (PROVAB – 2011)<sup>4-6</sup>.

No obstante, persistió un escenario con predominio de inequidad distributiva en lo que se refiere a los recursos humanos en el área de la salud, especialmente médicos, que constituía limitaciones para la continuidad del cuidado<sup>3</sup> debido a factores tales como la rotación y multiplicidad de vínculos de trabajo de los profesionales de salud, actuación concomitante en los sectores público y privado, largas jornadas semanales, rendimientos diferenciados, guardias como actividad prioritaria y predominio de la actuación asistencial<sup>7</sup>. Ese conjunto de factores fundamentó la realización de una propuesta del Consejo Nacional de Salud (CNS)<sup>8</sup> que señalaba la necesidad de creación de políticas que dirigiesen una distribución más ecuánime de los profesionales de salud en todas las regiones del país.

Se puede suponer que las manifestaciones de junio de 2013, impulsadas por reivindicaciones de derechos sociales<sup>9</sup>, resonaron en el interior de los Ministerios de la Salud y de la Educación, culminando con la implementación de estrategias enfocadas en la provisión de médicos en la atención básica<sup>10</sup>, para la reorientación de la formación superior en salud<sup>11-13</sup>, publicación de nuevas directrices políticas<sup>10, 14-16</sup> y la institución del Programa Más Médicos (PMM)<sup>17,18</sup>. Sin embargo, diversos estudios indicaron que el proceso de implementación del PMM trajo consigo opiniones controvertidas sin un análisis de los eventos críticos y del posicionamiento de los distintos actores sociales<sup>16,19-21</sup>. En este sentido, el objetivo de este estudio fue identificar y mapear los principales eventos críticos y los posicionamientos de los

actores sociales durante el proceso de formulación e implementación del PMM en Brasil en el período de 2013 a 2015.

### **Metodología**

Se trata de un análisis documental sobre el proceso de implementación del Programa Más Médicos en Brasil en el período de 2013 (período de publicación de la Ley nº12.871/2013 que instituyó el PMM) a 2015.

La búsqueda de referencias se realizó mediante el acceso a bases de datos informatizadas y búsqueda integrada en la Biblioteca Virtual en Salud (LILACS, MEDLINE, COCHRANE) y Biblioteca Virtual en Salud del MS. Además de los boletines del área de salud colectiva (*Interface, Saúde em Debate, Saúde Coletiva, Ciência e Saúde Coletiva*), depósitos institucionales (UNICAMP, UFBA, UERJ, UFPR, UNB, UFRGS), con el objetivo de recuperar disertaciones y tesis y páginas digitales de unidades gubernamentales y no gubernamentales (Centro Brasileño de Estudios de Salud, Asociación Brasileña de Salud Colectiva, Consejo Federal de Medicina, MS y MEC). La inclusión de las bases, boletines y páginas web permitió mapear actores e iniciativas adoptadas referentes a las facilidades, dificultades, oportunidades y amenazas en las etapas de formulación e implementación del PMM. También se adoptó la búsqueda de artículos referenciados en los textos seleccionados, debido a la escasez de documentos sobre el tema.

Se utilizaron los descriptores y operadores booleanos, “más médicos” O “programa más médicos” en portugués. La colecta de datos se realizó entre los meses de septiembre a diciembre de 2015, incluyendo documentos técnicos y normativos (leyes, decretos administrativos, decretos, informes técnicos de gestión), artículos científicos y disertaciones de maestría.

Una base de datos única en Excel® sistematizó un total de 160 documentos, compilados y sometidos a proceso de selección y análisis, por medio de criterios de inclusión: publicaciones de 2013 a 2015, resumen disponible (artículos científicos), discusión de la temática del objeto de estudio.

Después de la lectura de los títulos y resúmenes, se excluyeron 7 documentos y con la lectura de los textos completos se excluyeron 43 documentos por no discutir el tema. La revisión se constituyó de 58 documentos, analizados por consenso entre dos investigadores.

El análisis se realizó anclado en las contribuciones teóricas propuestas por Teixeira<sup>22</sup> y las etapas para la construcción de una agenda estratégica (formulación e implementación). Además de incluir las adaptaciones de Teixeira<sup>22</sup> a la propuesta teórica de Carlos Matus<sup>23</sup> sobre el mapeo de actores sociales, clasificándolos como actores gubernamentales (representantes de instituciones y órganos directa e indirectamente envueltos con la conducción política de las acciones de salud en las diversas esferas del gobierno) y no-gubernamentales (representantes de organizaciones de la sociedad civil y/o no gubernamentales, políticamente o que participen del proceso de implementación de acciones de salud en las regiones y estados del país). Se caracterizaron los posicionamientos de los actores centrales, secundarios y coadyuvantes en el proceso que podrían actuar como aliados (actores que apoyan las propuestas políticas del actor central), oponentes (actores que se oponen a las propuestas políticas del actor central) o indiferentes (actores sin posicionamiento definido y que pueden conquistarse por medio del convencimiento o cooptación)<sup>22</sup>.

## **Resultados y Discusión**

De los 58 documentos analizados, el 70,9% de las publicaciones tuvieron origen en entidades médicas, el 20% artículos científicos, el 9,1% monografías, disertaciones y documentos normativos. Entre estos, el 40,9% discutieron la etapa de formulación del PMM (Formulación y análisis de propuestas) (Cuadro 1) y el 59,1% el proceso de implementación del PMM (diseño de estrategias, formalización de políticas y puesta en operación del programa) (Cuadro 2).

**Cuadro 1.** Sistematización de eventos críticos de los documentos referentes a la fase de formulación del PMM, en el período de 2013–2015.

ETAPA	CATEGORÍAS	TRECHOS DE DOCUMENTOS	AUTOR/AÑO
FORMULACIÓN	Formulación de las propuestas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masivas manifestaciones de calle que exigían mejoras para la salud;</li> <li>- PMM – medida simple de gran atractivo popular;</li> <li>- MS y MEC elaboraron estrategias para responder a los anhelos de las calles;</li> <li>- El PMM representa una medida puramente electorera;</li> <li>- El PMM generó debates entre el representante del gobierno y las corporaciones médicas, sobre todo el Consejo Federal de Medicina;</li> <li>- La campaña “¿Dónde está el médico?”, realizada por el Frente Nacional de Alcaldes;</li> <li>- Diagnóstico de falta de médicos en el país e investigación en otros países sobre estrategias para resolver la escasez de médicos;</li> <li>- Análisis de iniciativas: PIASS – 1976, PISUS – 1993, PITS – 2001 y PROVAB – 2011;</li> <li>- Disputa entre municipios por pocos médicos, generando alta rotación;</li> <li>- El PMM es un programa en régimen de emergencia y complementario;</li> <li>- El PMM no aseguró derechos laborales: CFM hizo crítica – no incluye situación regular de empleado, Fondo de Garantía del Trabajador por Tiempo Trabajado en la Empresa (FGTS, siglas en portugués), Aguinaldo o incluso vacaciones remuneradas;</li> <li>- En el ámbito de la salud pública, no existen estrategias enfocadas en la estructuración de un plan de carrera en el SUS, ya sea para enfermeros, dentistas o médicos;</li> <li>- Creación de carrera de estado para médicos;</li> <li>- El PMM, que, independientemente de sus resultados y de las intenciones del gobierno federal, sobrepasó a estados, municipios y procesos de regionalización y provisión adecuada de las redes del SUS;</li> <li>- PMM – una iniciativa, cuyo objetivo claro es una mayor regulación del Estado sobre la profesión médica;</li> <li>- Sería más sensato invertir en las universidades públicas.</li> </ul>	<p>OLIVEIRA et al<sup>6</sup>; PINTO et al<sup>10</sup>; MOLINA et al<sup>19</sup>; GONÇALVES<sup>61</sup>;            CARAMELLI<sup>62</sup>; SALLES<sup>55</sup>;            ANGOTTI NETO<sup>4</sup>;            TORRES<sup>58</sup>; SCHANAIDER<sup>38</sup>;            CUETO et al<sup>64</sup>; SANTOS<sup>12</sup>;            SILVA<sup>20</sup>; FERREIRA<sup>39</sup>;            CFM<sup>41</sup>; D'AVILA<sup>42</sup>;            CUNHA<sup>48</sup>; CFM<sup>47</sup>; CFM<sup>43</sup>;            CEBES<sup>63</sup>; SANTOS<sup>34</sup>;            COUTO<sup>16</sup></p>

	Análisis de las propuestas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las regiones prioritarias se definieron en función de un conjunto combinado de criterios;</li> <li>- El programa instituyó el plazo de cinco años para que las UBS tengan calidad de equipos e infraestructura necesarias para servir de campos de aprendizaje para graduandos y residentes;</li> <li>- El PMM exigió medidas que amplíen la formación de preceptores en los servicios.</li> <li>- La Ley exigió que los cursos de medicina adecuaran sus currículos a las nuevas DCN y determinó que esa implantación fuera objeto de evaluación y auditoría del MEC;</li> <li>- La Ley señala la residencia médica universal y regula el acceso a los programas;</li> <li>- La Ley obliga a la creación en un máximo de dos años, es una evaluación específica para el curso de graduación en medicina, bianual;</li> <li>- El registro profesional de médicos formados en el exterior lo emitirá el MS;</li> <li>- Entre los principales equívocos de la medida del gobierno federal está la entrada de médicos extranjeros sin el Revalida.</li> </ul>	KAMIKAWA E MOTTA <sup>49</sup> ; BRITO <sup>5</sup> ; CFM <sup>47</sup> ; MORAIS et al <sup>15</sup> ; CFM <sup>65</sup> ; CAMBRICOLI <sup>27</sup>
--	----------------------------	---	---

FUENTE: Elaborado por el autoras.

**Cuadro 2.** Sistematización de eventos críticos de los documentos referentes a la fase de implementación del PMM, en el período de 2013–2015.

ETAPA	CATEGORÍAS	TRECHOS DE DOCUMENTOS	AUTOR/AÑO
<b>IMPLEMENTACIÓN</b>	Diseño de estrategias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta 2017, está prevista la creación de 11,5 mil plazas de graduación en medicina y 12,4 mil plazas de residencia médica para la formación de especialistas hasta 2018, con enfoque en la valorización de la AB, de la ESF y áreas prioritarias para el SUS;</li> <li>- Esos dilemas afectan los programas de residencia médica. La oferta de una plaza de especialización para cada formando, anunciada por el MEC, no es posible. No hay hospitales preparados ni preceptores suficientes para orientar a los futuros especialistas.</li> </ul>	DURCAN E TARGA <sup>20</sup> ; CEBES <sup>24</sup> ; CEBES <sup>28</sup>
	Formalización de políticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para hacer efectiva la cooperación técnica de la Opas/OMS, se firmó un convenio de cooperación (TC 80) entre el MS de Brasil y la Opas/ OMS, así como sucesivos Términos de Ajuste;</li> <li>- Injusto el acuerdo de trabajo entre MS, OPAS, gobierno de Cuba y médicas y médicos cubanos;</li> <li>- Programa Más Médicos - dos años: más salud para los brasileños.</li> </ul>	CAMPOS <sup>51</sup> ; MOLINA <sup>50</sup> ; MENDES <sup>36</sup> ; PINHO <sup>52</sup> ; MARTINS <sup>53</sup> ; CFM <sup>54</sup> ; FERREIRA <sup>68</sup>
	Puesta en operación del	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al fijar médicos en el área, por medio de provisión en régimen de emergencia, el proyecto amplió la asistencia en la atención básica en regiones carentes de estos profesionales;</li> </ul>	SCHEFFER <sup>7</sup> ; CFM <sup>54</sup> ; BRASIL <sup>25</sup> ; CYRINO et al <sup>26</sup> ;

	<p>programa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posibilitó que los médicos brasileños intercambiaran experiencias con médicos extranjeros;</li> <li>- PMM presenta inadecuaciones puntuales: en la realización de las actividades de supervisión y tutoría, en la acogida y en la capacitación de los profesionales, en la decisión de gestores locales en sustituir médicos contratados por intercambistas, en las puniciones a médicos cubanos que mantienen a sus familiares en Brasil;</li> <li>- La primera crítica de los auditores del TCU se dirigió a la fragilidad del sistema de supervisión y de tutoría del Programa - Ampliar las plazas de graduación, sí, pero sin apoyarse en el mercado - Es necesario asegurar que los estudiantes de barrios populares, de las comunidades de trabajadores rurales, indígenas y <i>quilombolas</i> tengan la posibilidad de ocupar plazas en los cursos de medicina;</li> <li>- La adhesión inicial fue de 4.025 municipios. Estos exigieron 16.631 médicos 1.878 adhesiones de municipios prioritarios; 2.147 en las demás localidades;</li> <li>- En los medios, la mayor parte de las noticias es de carácter negativo. Había opiniones de periodistas y lectores que veían los aspectos positivos en la implementación del Programa Más Médicos;</li> <li>- Recalifica el SUS;</li> <li>- Fiscalizaciones del Cremerj y CRMs, constataron que no había supervisión o tutoría. Había intercambistas atendiendo solos y con dificultad de comunicarse en nuestro idioma;</li> <li>- La auditoría realizada por el TCU (2014) comprobó que en el 49% de los primeros locales atendidos por el Programa en sus solicitudes ocurrió, al recibir los becarios, el despido de médicos anteriormente contratados. Por eso, en alrededor de un año, tales localidades tenían menos profesionales registrados en la red pública;</li> <li>- De los 42 municipios que recibieron escuelas médicas de 2013 a julio de 2015, el 60% (25) no cumple el criterio de cinco camas del Sistema Único de Salud (SUS) para cada alumno de medicina matriculado.</li> </ul>	<p>CARVALHO<sup>29</sup>; CHIORO<sup>30</sup>;  AQUINO<sup>31</sup>; CAMPOS<sup>51</sup>;  CFM<sup>65</sup>; GOMES<sup>66</sup>;  FERREIRA<sup>68</sup>; CFM<sup>69</sup>; CFM<sup>70</sup>;  CFM<sup>71</sup>; CFM<sup>72</sup>; CFM<sup>73</sup>;  CFM<sup>74</sup>; FORMENTE E  ROSA<sup>75</sup>;</p>
--	-----------------	---	---

FUENTE: Elaborado por el autoras.

## Formulación y análisis de la propuesta

En el reconocimiento de los problemas, los documentos señalaron la inequidad distributiva de los médicos en Brasil como un de los principales desafíos para la realización íntegra del SUS<sup>21,24,25</sup>. También señalaron una disputa por la fuerza de trabajo entre algunos municipios, con base en remuneración atractiva (altos sueldos), generando alta rotación de esos profesionales y discontinuidad de las acciones de salud<sup>6,10,16,26-32</sup>.

Delante de este escenario se desencadenaron diversas discusiones. En abril de 2011, el MS promovió el Seminario nacional sobre escasez, provisión y fijación de profesionales de salud en áreas remotas y de mayor vulnerabilidad, con el objetivo de “discutir y ofrecer subsidios para la construcción de propuestas y de viabilidad política y técnica que aseguraran el acceso universal a los servicios de atención de salud [...]”<sup>33</sup>, con representación de los diversos poderes, de los sectores de salud, educación y trabajo y del control social de las tres entidades federadas.

En enero de 2013, tuvo lugar la campaña “¿Dónde está el médico?”, realizada por el Frente Nacional de Alcaldes<sup>16,25</sup>. En julio, manifestaciones populares reivindicaron mejores condiciones de acceso a los servicios de salud y la inclusión de acciones prioritarias en la agenda gubernamental<sup>10,15, 34</sup>.

Ese proceso contribuyó para la consolidación del análisis situacional y dio subsidio a la priorización de los problemas y al diseño de estrategias por parte de los Ministerios de la Salud, de la Educación y de la Planificación que representados por sus ministros presentaron a la presidencia la Exposición Interministerial de Motivos (EIM) n.º 24/2013-MS-MEC-MP, enumerando acciones prioritarias<sup>35</sup>. La EIM se utilizó para editar, en el mes de julio, la Medida Provisional (MP) n.º 621/2013<sup>17</sup>.

En 2012, los referidos ministerios estimaron la proporción de 1,8 médicos por mil habitantes<sup>5,14,36</sup> con base en datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y del CFM<sup>11,12</sup>. No obstante, Silva<sup>21</sup> afirma que esos datos son cuestionados por el propio CFM que calculó 2,0/1000 habitantes. Por otro lado, conforme datos de la OMS, Brasil tenía, de hecho, un proporción reducida<sup>37</sup>.



Considerando la ausencia de un parámetro internacional para la medición de la proporción ideal de médicos en el país, se acordó utilizar los parámetros del Reino Unido (2,7 médicos por 1.000 habitantes) por ser un país con un sistema universal. No obstante, considerando los egresados de medicina, la meta solamente se alcanzaría en 2035, sin una intervención efectiva<sup>21</sup>.

Para Mendes<sup>36</sup> y Schanaider<sup>38</sup> tan solo la ampliación del número de médicos no solucionaría la dificultad de asignación en las áreas más vulnerables, puesto que ellos podrían optar por alternativas más ventajosas. Scheffer<sup>39</sup> alertó para la inminencia de una competencia exacerbada en áreas que ya contaban con una alta densidad de médicos.

Algunos defensores del PMM trataron sobre las propuestas de modificaciones en las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de los cursos de graduación de medicina, en la residencia médica y en la formación de especialistas<sup>10</sup>. Silva<sup>21</sup>, Ferreira<sup>40</sup>, CFM<sup>41</sup> señalaron como alternativas para la precarización del trabajo médico y la deficiencia de políticas de interiorización, la creación de la carrera de estado para el médico del SUS. D'avila<sup>42</sup>, por otro lado, propone la estructuración de un plan de carrera en el SUS también para enfermeros y odontólogos.

Sin embargo, el CFM señaló que de las 12 mil plazas ofrecidas en 2013 para el programa de residencia médica, 3 mil permanecieron ociosas debido a la desestructuración de algunos programas<sup>43</sup>. También enfatizó que la propuesta de creación de un Fórum de Regulación de las profesiones de salud que constaba en la MP (y se suprimió íntegramente), podría alterar las competencias de las profesiones, especialmente las exclusivas de los médicos y las atribuciones de los Consejos de Medicina<sup>44</sup>.

Con el objetivo de defender y justificar tales posicionamientos, el CFM y otras entidades médicas elaboraron el documento “MP 621/2013: Fragilidades técnicas y legales que colocan en riesgo la salud de la población”, posteriormente enviado a los parlamentarios<sup>45</sup>, en el que señalaban divergencias estadísticas en lo que se refiere a la distribución profesional en Brasil.

Después de la publicación de la MP n.º 621/2013, el Congreso Nacional designó una Comisión Mixta Integrada (CMI) constituida por senadores y diputados, para que emitieran un parecer sobre la norma, bajo la presidencia del Senador João Alberto Souza (PMDB/MA), vicepresidencia del Diputado Francisco Escórcio (PMDB/MA), relator Diputado Rogério Carvalho (PT/SE) y relator revisor Senador Mozarildo Cavalcanti (PT/RR)<sup>16,46</sup>. Considerando su composición heterogénea, fue escenario de innumerables debates y controversias alrededor de las propuestas del programa.

Los parlamentarios presentaron 1376 propuestas de enmiendas al PMM para todos los ejes del programa, con evidencia para los partidos políticos: DEM, PCdoB, PDT, PEN, PMDB, PP, PPS, PR, PRB, PSC, PSD, PSDB, PT, PTB y PV. Una mayor cantidad de propuestas fue presentada por el PSDB, PMDB y DEM, con 160, 125 y 114 enmiendas, respectivamente<sup>16</sup>.

La MP n.º 621/2013 incluyó muchas cuestiones polémicas, tales como la ampliación de la duración de los cursos de graduación en medicina, para dos años más. Esta causó incómodos principalmente para los estudiantes de medicina, instituciones de enseñanza y entidades médicas que sugirieron alteraciones del proyecto original con relación a la implantación de nuevos cursos de medicina con base en las nuevas DCN<sup>10,16,17</sup>.

Finalizado el momento de la priorización, se continuó hacia la formalización del programa en tres ejes de acción: 1) inversión en la mejora de la infraestructura de la red de salud, especialmente en las unidades básicas de salud (UBS); 2) ampliación y reformas curriculares de los cursos de graduación en medicina y residencia médica en el país; 3) Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB), que preveía la provisión en situación de emergencia de médicos en áreas vulnerables del país<sup>15,18</sup>.

### **Implementación del PMM**

La puesta en operación del PMM exigió una articulación intersectorial entre los sectores salud y educación, de los tres niveles de organización político administrativa

del país, por medio de las Secretarías de Salud de los Estados y Municipios y la participación de las universidades públicas y privadas<sup>15,35</sup>.

Los criterios para asignación de los médicos y la definición de las regiones prioritarias llevaron en consideración 6 perfiles: capital, región metropolitana, G100 (100 municipios > 80 mil habitantes y alta vulnerabilidad social), perfil de pobreza (municipios  $\geq$  20% de la población viviendo en pobreza extrema), Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) y demás localidades<sup>5,10,15,18,25,28,36</sup>.

Los municipios clasificados adhirieron voluntariamente y firmaron un documento de compromiso cuyo objetivo era asegurar a los médicos vivienda, alimentación y desplazamiento, mantener las UBS funcionando en buenas condiciones, implantar o apoyar los Programas de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad (PRMFC) y asegurar a los profesionales el tiempo necesario para las actividades de perfeccionamiento. Después de firmar el compromiso se solicitaban las plazas<sup>25</sup>.

En el primer año del PMM, se publicaron pliegos de condiciones de convocación de médicos registrados en Brasil, seguido de convocatorias de brasileños graduados en el exterior, pero sin registro en el país y extranjeros con registro en el exterior, hasta suplir la mayoría de las plazas disponibles<sup>5,21</sup>. Se subraya que el período de actuación de esos médicos en el programa era de tres años prorrogables por el mismo período<sup>47,48</sup>.

Para auxiliar en la contratación de médicos extranjeros sin diploma revalidado, el MS firmó una cooperación con la Organización Panamericana de la Salud (OPAS), interconectada a la Organización Mundial de la Salud (OMS), especificando exigencias técnicas y financieras para los componentes del programa<sup>19,36</sup>.

La OPAS/OMS también firmó un convenio de cooperación con el Ministerio de Salud Pública de Cuba para movilizar a médicos cubanos, ocupar las plazas disponibles e incentivar el intercambio de experiencias relacionadas a la práctica en la APS, considerando el historial de actuación de los profesionales en otros países<sup>19,25,36,39</sup>.

Debemos subrayar que los médicos que no tenían registro en el CFM obtuvieron un Registro Único por medio del MS que permitía la actuación solamente en actividades definidas por el PMM<sup>5,16,21,36,49</sup>. La dispensa de revalidación del diploma

generó insatisfacción por parte de las entidades médicas que alegaron injerencia del estado en la autonomía de los Consejos Federal y Regional de Medicina, además de considerar la medida un riesgo para la población, debido a la ausencia de reglas claras y con criterio para la selección de los médicos<sup>40,47</sup>.

El CFM reiteró que, aunque no emitiera los registros, la coordinación del PMM debería comunicar la relación de médicos y el local de actuación, porque, aunque tuvieran registro provisional, los profesionales estarían sujetos a las leyes en vigor en lo que se refiere a su responsabilidad profesional, civil, penal y ética<sup>44</sup>.

Como alternativa, se exigió del médico intercambista la participación en un período de acogida, para evaluación de dominio del idioma portugués, habilidad de comunicación y calificación buscando la profundización teórica y práctica con relación a los principios y directrices del SUS, mediante el acompañamiento y evaluación de tutores académicos<sup>16,29</sup>.

Otra cuestión discutida fue la ocupación de las primeras plazas de los pliegos de condiciones de selección de un PMM por un mayor contingente de médicos extranjeros, de nacionalidad cubana, debido al término de cooperación técnica<sup>19,25,36,50</sup>. Campos<sup>51</sup>, Pinho<sup>52</sup>, Martins<sup>53</sup> y CFM<sup>54</sup> señalaron como injusto el pago parcial de la beca a los profesionales y las restricciones al libre tránsito de los familiares de los médicos en servicio en Brasil. Algunos autores consideraron los términos de cooperación entre los países una connivencia ante la opresión a los cubanos<sup>51,53</sup>.

Sin embargo, los intercambistas tuvieron sus derechos garantizados, de acuerdo con los acuerdos internacionales<sup>16</sup> y los médicos brasileños adquirieron el derecho de inscripción en la Previsión Social, rechazando las reclamaciones sobre el vínculo laboral y de la posible ampliación de los gastos para el Ejecutivo, objeto de crítica del CFM<sup>55</sup>.

Por mutro lado, Scheffer<sup>7</sup> y Ferreira<sup>40</sup> verificaron fiscalizaciones por parte de diversos CRM que indicaron sustituciones recurrentes de médicos brasileños por intercambistas.

Cambricoli<sup>27</sup> cuestionó la asignación de algunos médicos del programa, puesto que casi  $\frac{1}{4}$  de los seleccionados actuaban o actuarían en capitales o regiones metropolitanas. Contrariamente, los datos del MS (2014), indicaron la ampliación de 14.090 médicos alcanzando a una población de 48,6 millones de personas (en localidades prioritarias), de 3.866 municipios y 33 distritos indígenas, con el 75% en el semi-árido del Nordeste, en la periferia de grandes centros urbanos (con Índice de Desarrollo Humano bajo o muy bajo) y en municipios y regiones con población *quilombola*<sup>19</sup>.

Para la formación médica, la Ley nº 12.871/2013 proporcionó cambios estructurales con la inducción de la reformulación de las DCN para el curso de medicina, en la perspectiva de las redes de atención a la salud, metodologías activas de enseñanza, aprendizaje e inserción precoz en los servicios de salud, alineando la formación médica a las nuevas exigencias y necesidades de la población y del SUS<sup>25,26</sup>. El gobierno federal propuso la creación de 11,5 mil plazas de graduación en medicina hasta 2017 y de 12,4 mil plazas de residencia médica hasta 2018, con enfoque en la AB y en Estrategia Salud de la Familia<sup>18,20,26</sup>.

El CFM señaló la necesidad de mayor rigor en la apertura de nuevos cursos y fiscalización de los existentes, indicando que de los 42 municipios que implantaron escuelas médicas de 2013 a julio de 2015, el 60% (25) no cumplían el criterio de cinco lechos del SUS por alumno matriculado, conforme directrices del MEC<sup>43</sup>. Además, advirtió sobre la existencia de plazas ociosas, falta de estructura de los programas y condiciones de trabajo inadecuadas<sup>43</sup>.

Por medio del documento de adhesión, el gestor local del SUS debería ofrecer condiciones estructurales necesarias para el funcionamiento del curso de graduación en medicina<sup>26</sup>. La adecuación, por medio del programa de Recalificación de UBS (*Requalifica UBS*)<sup>56</sup> y el aumento presupuestario para acciones de informatización de las UBS, implantación del nuevo sistema de información de la Atención Básica (Sisab), y de la estrategia e-SUS, con ficha electrónica para los servicios de salud<sup>25</sup>, se señalaron como esenciales para la ampliación de la efectividad de la AB<sup>19</sup>. Para tanto, la Ley también se refirió a la constitución de Contratos Organizativos de la Acción Pública

Enseñanza–Salud (COAPES)<sup>14,25</sup>. No obstante, algunos profesionales continuaron alegando condiciones de trabajo inadecuadas<sup>48</sup>.

En 2015, los ministerios divulgaron un análisis titulado “programa Más Médicos – dos años: más salud para los brasileños”, incluyendo las motivaciones y el contexto para la creación del programa; sin embargo, la indefinición de la coyuntura política y social dirigía hacia la discontinuidad del programa, a pesar de la publicación de una medida provisional incluyendo la prorrogación de programa durante otros tres años<sup>25</sup>.

### **Mapeo y posicionamiento de los actores sociales**

Este análisis documental permitió también identificar actores que interfirieron y/o influyeron en las definiciones de acciones y estrategias, así como entender cómo se “diseñó” e implementó la política pública<sup>22</sup>.

Los posicionamientos y la gestión de los recursos del poder, por parte de los actores sociales, desencadenó un conjunto de “iniciativas” divergentes en el proceso de implementación local, regional y nacional del PMM. Fue posible identificar a los actores secundarios, clasificándolos como aliados, opositores e indiferentes al actor central (MS y MEC)<sup>6,10,16,26–32,57</sup>. El cuadro 3, sistematiza el mapeo de los posicionamientos.

**Cuadro 3.** Identificación de los documentos y posicionamientos de los actores sociales en relación a las etapas de formulación e implementación del PMM.

TIPO DE ACTORES	POSICIONAMIENTO	ACTOR	DOCUMENTOS
GUBERNAMENTALES	Actor Central	MS; MEC	OLIVEIRA et al <sup>6</sup> ; PINTO et al <sup>10</sup> ; COUTO <sup>16</sup> ; CYRINO et al <sup>26</sup> ; CAMBRIOCOLI <sup>27</sup> ; CEBES <sup>28</sup> ; CARVALHO <sup>29</sup> ; CHIORO <sup>30</sup> ; AQUINO <sup>31</sup> ; CARVALHO <sup>32</sup>
	Aliados	OPAS; OMS; Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Isabel Emilia Prado da Silva (apoyadora del PMM en el MEC); AGU; CUT; Frente Nacional de Prefeitos; CONASEMS; Advocacia Geral da União (AGU); Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA)	BRITO <sup>5</sup> ; COUTO <sup>16</sup> ; MOLINA et al <sup>19</sup> ; DURCAN E TARGA <sup>20</sup> ; SILVA <sup>21</sup> ; MOLINA <sup>50</sup>
	Oponentes	Ronaldo Marques Gomes (Secretaria de Saúde do RJ); Robespierre Costa Ribeiro (Fundação Hospitalar de MG); Diputado Marcus Pestana (PSDB-MG); Líder del DEM, Mendonça Filho (PE); Diputado Ronaldo Caiado (DEM-GO); Cyro Miranda (PSDB-GO)	GOMES <sup>66</sup> ; CFM <sup>70</sup>
	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); vicepresidente – Diputado Francisco Escórcio (PMDB/MA); relator – Diputado Rogério Carvalho (PT/SE); e relator revisor – Senador Mozarildo Cavalcanti (PT/RR))	BRITO <sup>5</sup> ; COUTO <sup>16</sup> ; CFM <sup>71</sup> ; CFM <sup>72</sup> ; CFM <sup>73</sup> ; FORMENTI E ROSA <sup>75</sup>
NO GUBERNAMENTALES	Actor Central	-	-
	Aliados	Mário Scheffer (USP); Gastão Wagner de Sousa Campos (UNICAMP); CEBES; Lourdes Mann, médica cubana; CEBES; Central Única dos Trabalhadores (CUT); Conectas – Organización No Gubernamental en Defensa de los Derechos Humanos; Associação Ordem dos Bacharéis do Brasil	COUTO <sup>16</sup> ; SCHEFFER <sup>39</sup> ; CAMPOS <sup>51</sup> ; FERREIRA <sup>68</sup>

	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 –Organización Social); Alberto Schanaider (UFRJ); Gisele Keiko Kamikawa (UNICESUMAR); Ligia Bahia (UFRJ); Fórum de Estudantes da ENSP/Fiocruz; Unicamp, USP y Unifesp; Associação Médica Nacional Dra. Maíra Fachini (AMN-MF); Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU); Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU).	ANGOTTI NETO <sup>4</sup> ; BRITO <sup>5</sup> ; SANTOS <sup>34</sup> ; MENDES <sup>36</sup> ; SCHANAIDER <sup>38</sup> ; FERREIRA <sup>40</sup> ; CFM <sup>41</sup> ; D'AVILA <sup>42</sup> ; CFM <sup>43</sup> ; CFM <sup>44</sup> ; CFM <sup>47</sup> ; CUNHA <sup>48</sup> ; MOTTA <sup>49</sup> ; PINHO <sup>52</sup> ; MARTINS <sup>53</sup> ; CFM <sup>54</sup> ; SALLES <sup>55</sup> ; TORRES <sup>59</sup> ; GONÇALVES <sup>61</sup> ; CARAMELLI <sup>62</sup> ; CEBES <sup>63</sup> ; KAMIKAWA E CUETO et al <sup>64</sup> ; CFM <sup>65</sup> ; GOMES <sup>66</sup> ; CFM <sup>67</sup> ; FERREIRA <sup>68</sup> ; CFM <sup>69</sup> ; CFM <sup>70</sup> ; CFM <sup>71</sup>
	Indiferentes	Mônica Sampaio (UNB); Paulo Henrique (Univ. Estácio de Sá); Indyara Moraes (UNB); Liege Scremin (UNIBRASIL); Renato Meirelles (Datapopular); Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada)	BRITO <sup>5</sup> ; MORAIS et al <sup>15</sup> ; CARVALHO <sup>32</sup>

FUENTE: Elaborado por el autoras.



En lo que se refiere a las iniciativas de legitimización del PMM, fue posible identificar negociaciones políticas, técnicas y tácticas de los actores centrales<sup>5,15,16,35</sup>.

Los actores sociales aliados se mapearon a partir de su inserción en el proceso de decisión y defendían, entre otras cuestiones, que la falta de médicos era resultado de la omisión de los gobiernos anteriores y del corporativismo de la categoría médica<sup>58</sup> como: la OPAS/OMS (realizó la mediación de la contratación de médicos extranjeros y firmó un documento de cooperación con el Ministerio de la Salud Pública de Cuba y movilizó médicos cubanos).

Algunas Instituciones de Enseñanza Superior (IES), la Abogacía General de la Unión (AGU) y la Central Única de los Trabajadores (CUT) (defendían la legalidad del trabajo de los médicos contratados, con base en la integración enseñanza y servicio), FNP y el Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS) (defendían la necesidad de más médicos en los municipios, para garantizar la integralidad de las acciones en la APS). Además de la participación de la Asociación Nacional del Ministerio Público de Defensa de la Salud, Organización No Gubernamental de Defensa de los Derechos Humanos, Asociación Orden de los Bachilleres en Derecho de Brasil<sup>16,19-21,50</sup>.

Como contrapunto, los opositores al PMM denunciaban la existencia de intereses electorales implícitos, configurando la medida como “populista” y el interés implícito de mantener al gobierno en el poder<sup>48,50,59</sup>.

Como opositores, algunas escuelas y entidades médicas, como el CFM, defendían que el porcentaje de médicos en el país era compatible con las necesidades y denunciaba la interferencia del estado en la autonomía de los Consejos de Medicina, irregularidad en la modalidad de contratación en lo que se refiere a la legislación laboral vigente en el país y señalaban falta de rigor en la apertura de escuelas médicas<sup>47,48,58</sup>. La Dirección Ejecutiva Nacional de los Estudiantes de Medicina (DENEM), defendía que la creación del PMM era engañosa, considerando como problemas prioritarios de salud pública brasileña la ausencia de infraestructura y de gestión adecuada de las unidades de salud<sup>55</sup>.

Todavía en ese contexto pueden incluirse las Organizaciones Sociales, Fundación Hospitalaria de Minas Gerais y partidos políticos de oposición al gobierno: el PSDB y el DEM. Estos actores defendían que el PMM era una amenaza a la salud de las personas, debido a la falta de exigencia de revalidación de los diplomas de los médicos extranjeros, señalaban la existencia de políticas fragmentadas relacionadas a recursos humanos en el SUS, la falta de supervisión o tutoría, con situaciones en las que los intercambistas atendían solos y la dificultad de comunicación (en el idioma portugués)<sup>4,5,35,36,38,40-49,52,53,55,59-71</sup>.

Ese escenario, a pesar de mostrar la disposición de los grupos de oposición y de la base aliada del gobierno y una diversidad de intereses en el proceso, culminó con la aprobación de la Ley nº 12.871 /2013<sup>15,16,18,35</sup>. Independientemente de las polémicas, Kamikawa y Motta<sup>49</sup> correlacionaron la elaboración de la MP como una tentativa de asegurar el derecho a la salud de la población.

Los documentos revelaron actores con posicionamiento indiferente o contradictorio ante el PMM, a ejemplo de algunas IES, órganos de control del Estado, tales como el Ministerio Público del Trabajo (discuerda de la forma de contratación laboral), la Coordinación Nacional de Combate a las Irregularidades Laborales (defendía la inserción profesional por medio de oposiciones públicas, en atención a los preceptos constitucionales), Tribunal de Cuentas del Gobierno Federal (TCU, por sus siglas en portugués) y la Comisión Mixta<sup>18,54,71-75</sup>.

En lo que se refiere a la Comisión Mixta, a pesar de las innumerables enmiendas presentadas, no fue posible identificar la construcción del consenso en relación a las prioridades que constituyeron la agenda estratégica propiamente dicha, considerando que la actuación de los parlamentarios se dirigía a la atención de intereses propios y partidarios. Hecho consubstanciado por el elevado porcentaje de enmiendas rechazadas por la CMI que analizaba la MP<sup>16</sup>.

Los indiferentes también enumeraron algunos desafíos en la etapa de formulación del PMM: alta rotación de los profesionales entre los municipios<sup>61</sup>, necesidad de revisión de la formación médica<sup>15</sup>, insuficiencia de plazas en los cursos de graduación en medicina en todas la regiones del país<sup>15</sup> y que el PMM era una

iniciativa con el objetivo de una mayor regulación del Estado sobre la profesión médica<sup>51</sup> y baja adhesión de médicos brasileños en la primera etapa del PMM<sup>18,54,71-74</sup>.

### Consideraciones Finales

Esta revisión documental cumplió el propósito de enumerar los eventos críticos, las motivaciones e identificar el proceso de formulación e implementación del PMM, estableciéndose un juego de conducción que incluyó “concesiones” y “negociaciones” alrededor de los intereses y posicionamientos de los actores sociales, considerando la presuposición de la priorización de la atención primaria y de la ampliación de la inserción de profesionales con formación adecuada para actuar en la salud pública. No obstante, debemos enfatizar que para que un programa de esa naturaleza se mantenga, es necesario fortalecer el desarrollo de estrategias de mediano y largo plazo relacionadas a la formación y calificación de los médicos.

Aunque el PMM se haya implementado en un contexto políticamente favorable y de que los resultados preliminares de algunos estudios muestren la ampliación para el 65% de los municipios y en todas las regiones del país (el 13% en el Norte, el 35% en el Nordeste, el 27% en el Sudeste, el 17% en el Sur y el 6% en el Centro Oeste)<sup>76</sup>, incluyendo la ampliación del acceso de los usuarios *quilombolas* a los servicios de salud<sup>77</sup>, persistieron las polémicas relacionadas a las cuestiones laborales.

El documento de cooperación con la OPAS, a pesar de haber incluido a médicos de 47 países, señaló divergencias con relación a la contratación de los médicos cubanos. Los artículos subrayaron, especialmente, la baja remuneración de los profesionales, debido a la apropiación de parte del sueldo por el gobierno, la inexistencia de garantías laborales y de derechos relacionados a la movilidad de los médicos y de sus familiares<sup>50-52</sup>. Esa situación a la que estaban sometidos generó manifestaciones de descontentamiento y propuestas para profundizar el debate con la sociedad sobre la pertinencia de esa modalidad de contratación de los profesionales cubanos.

Finalmente, a pesar de sometido a tantos cuestionamientos y algunas incertidumbres, se observó que el PMM fue una estrategia importante en lo que se refiere a la regulación de recursos humanos para el SUS y tiene un papel destacado en la ampliación del acceso a la salud y el fortalecimiento de la Atención Básica en el país.

### **Colaboradores**

RA Jesus participó de la concepción, delineamiento, análisis e interpretación de los datos y de la redacción del artículo. MG Medina participó de la concepción y de la revisión del artículo. NMBL Prado participó de la concepción, delineamiento, análisis e interpretación de los datos, discusión de los resultados, revisión del artículo y aprobación de la versión final del mismo.

### **Referencias**

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 MédicoSanitária. 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 intersetorialidade [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:
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-protocoladenuncia-e-questiona-programa-mais-medicos-junto-ao-tcu&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24128:fenam-protocoladenuncia-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-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](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](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:-equivocosdo-mais-medicos-sao-apontados-pela-ambr-na-camara-dos-deputados&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24139:-equivocosdo-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-abandonamprograma-reclamando-de-falta-de-pagamento&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24799:cubanos-abandonamprograma-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-districtossanitarios-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](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/Ainterioriza%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-e-da-forma%C3%A7%C3%A3o-emsas%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](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-naoquis-enfrentar-medicos-e-academicos&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24816:ministro-da-saude-naoquis-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:maismedicos-pode-ser-alternativa-para-reprovados-no-revalida-suspeita-cfm-&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24271:maismedicos-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:conselhosda-area-de-saude-prestam-apoio-ao-cfm-contra-o-mais-medicos &catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24262:conselhosda-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](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-trescubanos-na-ba-pe-e-ma-abandonam-programa-do-governo&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24482:mais-trescubanos-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-serpago-na-integra&catid=3](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-serpago-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-pelomais-medicos&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24292:mp-vai-questionar-contratacao-pelomais-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-avaliativaprograma-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.

Translated by Maria Carbajal