

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Raphaella Postorivo

**Programa Mais Médicos: análise da política e seus conflitos de interesse**

Rio de Janeiro

2017

Raphaella Postorivo

**Programa Mais Médicos: análise da política e seus conflitos de interesse**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro.

Rio de Janeiro

2017

Título do trabalho em inglês: More Doctors Program: analysis of the policy and its conflicts of interest

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

P858p Postorivo, Raphaella.  
Programa Mais Médicos: análise da política e seus conflitos de interesse / Raphaella Postorivo. -- 2020.  
70 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientador: José Mendes Ribeiro.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Estratégias Nacionais. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Sociedades Médicas. 6. Programas Nacionais de Saúde. 7. Distribuição de Médicos. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.695

Raphaella Postorivo

**Programa Mais Médicos: análise da política e seus conflitos de interesse**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 26/06/2017

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Vieira Machado  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto  
Universidade Federal do Rio de Janeiro- Faculdade de Medicina

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Lucia Luiza  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato  
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

## AGRADECIMENTOS

Investir na carreira acadêmica envolve diversas questões, algumas que desafiam nossos limites tanto da mente quanto do corpo. É preciso ter força e vontade de se superar a cada dia. O que torna nossos sonhos possíveis é a união entre o amor e a resiliência, entretanto, não creio que seja possível concretizar nada na vida sozinho. O apoio de pessoas especiais nos torna mais fortes para enfrentar todas as adversidades. Para tal não vejo outra forma que não seja agradecer a todos os responsáveis por me ajudar a concretizar essa etapa.

Primeiramente ao meu orientador José Mendes Ribeiro, obrigada por confiar em mim desde o princípio até as fases mais difíceis desta construção, sem seu apoio nada disso seria possível.

À professora Maria Helena Machado, por toda generosidade e gentileza com que sempre me tratou. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos, sua contribuição é única.

À uma amiga-irmã que a Fundação Oswaldo Cruz me deu de presente, querida Ranaila obrigada por todo o incentivo e por me ajudar a seguir em frente.

Yuri, meu noivo que vivenciou todo processo e apoiou constantemente. A vida acadêmica exige muito, tal qual a vida a dois. Obrigada pelo companheirismo e compreensão.

Aos meus pais, Solange e Raphael, por serem pessoas tão incríveis e me ensinarem tanto sobre a vida.

Minhas irmãs, Priscilla e Danielle por me apoiarem em todas as vezes que precisei estar ausente.

À minha família que sempre torceu e apoiou uma vida inteira de estudos. Especialmente meus exemplos Vovô Vivas, tia Sheila, tia Angela, tio Marcos e meus tios Ricardo, Ronaldo e Renato.

Aninha, Bia, Isabela, Sara e Yasmin, estarei perto para apoiar vocês quando chegarem nessa etapa.

A todos os amigos por entenderem meu sumiço, especialmente Juliana, Cíntia, Luiza, Luiz, Gabriel PH, Arthur, Gabriel obrigada por continuarem perto, mesmo eu tendo precisado me afastar.

Aos colegas de trabalho da Clínica da Família Ricardo Lucarelli obrigada pelo apoio de todos vocês.

À Escola Nacional de Saúde Pública por intensificar o amor pelos meus ideais.

Aos professores da ENSP/ FIOCRUZ, vocês são um grande inspiração. Especialmente Vera e Marize por incentivar a minha caminhada.

À todos que fizeram parte dessa etapa direta ou indiretamente obrigada.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Linha do tempo do Programa Mais Médicos julho de 2013 a janeiro de 2014.....	39
Figura 2 -	Processo utilizado para delimitar as reportagens utilizadas na pesquisa.....	42
Figura 3 -	Nuvem de palavras- Compilado das 30 palavras mais utilizadas nas 50 reportagens analisadas.....	50
Gráfico 1 -	Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões – Brasil, 2013.....	24
Mapa 1 -	Distribuição dos municípios segundo o Índice de escassez de médicos em Atenção Primária em Saúde. Brasil, 2013 e 2014.....	52
Quadro 1 -	Ordem de relevância de etapas jurídicas no período de julho de 2013 a março de 2014.....	38
Quadro 2 -	Reportagens divididas por categoria (Opinião x Notícia).....	47
Tabela 1 -	Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2013.....	25
Tabela 2 -	Evolução do número de médicos e da população brasileira – Brasil, 2013	26
Tabela 3 -	Distribuição de médicos cadastrados (CNES) que atuam no SUS, por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2012.....	33
Tabela 4 -	Distribuição de médicos cadastrados (CNES) que atuam no SUS, por 1.000 habitantes, segundo capitais – Brasil, 2012.....	33
Tabela 5 -	Distribuição dos municípios brasileiros com escassez em 2013, dos municípios pelo PMM em 2014 e respectivo número de médicos; e distribuição dos municípios com escassez em 2014 e municípios que receberam médicos do PMM e continuam com escassez, por Região Geográfica e Porte populacional.....	36
Tabela 6 -	Distribuição dos médicos por ciclo de entrada no PMM. Brasil, 2013 e 2014.	51

## RESUMO

O Programa Mais Médicos é uma ação de âmbito nacional em que se propõe a melhoria da saúde pública oferecida aos brasileiros, através do provimento em caráter emergencial de médicos para regiões isoladas, bem como uma reestruturação do ensino e prática médica no país. Desde sua criação, o programa enfrenta uma série de discussões e mobilização por parte de entidades médicas que se posicionaram contrárias, gerando diversos conflitos. O presente estudo tem por objetivo analisar o Programa Mais Médicos e o padrão de conflitos entre entidades médicas e gestores do Sistema Único de Saúde. Apresenta caráter exploratório de análise de política setorial no âmbito nacional e será feito por meio de procedimentos de pesquisa em fontes primárias e secundárias. Nesse sentido, o estudo envolve revisão bibliográfica, pesquisa em jornais de ampla circulação, pesquisa documental e pesquisa em bancos de dados de acesso público.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. Estratégias Nacionais. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Sociedades Médicas.

## **ABSTRACT**

The More Doctors Program is a national extension action that proposes an improvement of the public health offered to Brazilians, through the provision in an emergency of doctors for isolated regions, as well as a restructuring of teaching and medical practice in the country. Since its inception, the program has been facing a series of discussions and mobilization by medical entities that have opposed it, generating several conflicts. The present study has the objective of analyzing the More Doctors Program and the pattern of conflicts between medical entities and managers of the Unified Health System. It presents an exploratory character of analysis of sectorial policies at the national level and is executed through a procedure of research in primary and secondary sources. In this sense, the study involves the bibliographical revision, the research in newspapers of wide circulation, the documentary research, the accomplishment of researches and searches in databases of public access

**Keywords:** Public Health Policies. National Strategies. Primary Health Care. Unified Health System. Medical Societies.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMS	Centros Municipais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CRM	Conselho Regional de Medicina
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral e Comunitária
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health System
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Postos de Assistência Médica
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso à Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAI	Secretaria Especial da Saúde Indígena
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINMED	Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.2 O ENSINO MÉDICO NO BRASIL E NO MUNDO.....	16
2.3 O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	17
2.3.1 <b>Promoção de saúde e prevenção de doenças.....</b>	<b>17</b>
2.3.2 <b>Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>19</b>
2.4 ASPECTOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS SOBRE CORPORATIVISMO E PROFISSÃO MÉDICA.....	20
2.5 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	22
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>40</b>
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>5 CONCLUSÕES.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde, criado a partir da lei 8.080/90 é um dos maiores investimentos nas políticas de saúde da população brasileira. Seu surgimento se deu após a 8ª Conferência Nacional da Saúde (1986), em que se consolidou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Tal frase se tornou emblemática no tocante à responsabilização do governo para com a saúde de seu povo, o que se consolidou na subsequente inclusão do fato na Constituição Federal de 1988, conhecida não por acaso, como a constituição cidadã.

A figura central no âmbito da temática saúde, como se sabe há tempos é representada pelo médico. A medicina apresenta nítido protagonismo na área da saúde, pois é uma das profissões mais tradicionais desde os primórdios da humanidade e que detém um poder sobre algo único que é a fragilidade física do homem. O desenvolvimento e evolução da ciência quanto ao conhecimento sobre as moléstias e os processos de cura das mesmas conferem um toque diferenciado na simbologia da figura do médico.

A profissão médica é um tema encontrado em uma série de estudos, sendo consensual a opinião de diversos autores sobre o poder encontrado nas mãos desta classe profissional. A capacidade de autonomia e autorregulação profissional são aspectos chave que somados a outros tantos categorizam o nível de domínio e força corporativa. O corporativismo médico é o marco referencial a ser utilizado como ponto de análise neste trabalho, devido ao seu fator ilustrativo, o qual permite contrastar as demais argumentações a serem apresentadas.

À luz destas considerações iniciais deve-se destacar quais são as principais esferas de poder contidas dentro de sociedades democráticas, como no caso brasileiro. O Estado implementa normas e regras, além de realizar o papel de ente regulador dos demais aspectos públicos e de alguns privados da organização do país. O próximo quesito a ser mencionado, em se tratando de democracia é o povo, isto é, a vontade da maioria de uma população deve ser o guia de regime democrático de qualquer nação. Nestas relações de poder conflitam entre si os interesses populares, políticos e também de alguns setores privados de destaque econômico.

A Saúde Pública brasileira possui histórico de batalhas entre a população, os governos e a classe médica. Cada grupo apresenta uma série de questões individuais que afetam a organização coletiva do sistema. Recentemente, diversas críticas recaíram sobre a medicina, citada como ponto central das queixas dos brasileiros sobre o Sistema Único de Saúde.

Assim, vem formando-se gradualmente no imaginário popular o questionamento da população quanto à prestação de atendimento médico no setor público, culminando, portanto,

uma pressão sobre a classe médica, a qual concorda com a existência de uma diversidade de problemas, porém, os mesmos são atribuídos ao governo e à governança.

Segundo o Banco Mundial (WORLD BANK, 1992), a definição geral de governança é “o exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo”, ou seja, “é a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o desenvolvimento”, implicando ainda “a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções”.

Desta forma, entidades e profissionais se posicionaram perante a sociedade e mídia através de textos, artigos, entrevistas, etc, elucidando opiniões críticas diretas a administração pública nos investimentos em saúde. (Revista Cultura e Extensão USP, 2013)

Tendo em vista as discussões surgidas sobre a saúde e os médicos, que se tornaram o ponto central do debate, abriu-se uma janela de oportunidade para a ação do governo, que adotou uma política pública em resposta aos questionamentos da população brasileira. Tal política aliou a necessidade e oportunidade ao embasamento em dados sobre a assistência médica no país, sendo assim, formulada com o respaldo científico de pesquisas e levantamentos nacionais de impacto, os quais demonstram que há um desequilíbrio entre o número de médicos formados e atuantes e a distribuição entre os mesmos no território brasileiro (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

Há uma constatação a respeito da concentração de médicos nas regiões com melhores índices socioeconômicos, por conseguinte, levando-se em conta que há uma profunda desigualdade social no Brasil, podendo-se concluir que ampla parte do país se encontrava desprovida de acesso a cuidados médicos (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

Em resposta às opiniões da população e aos pronunciamentos do governo, os médicos se posicionaram com uma série de argumentos que somados, justificam o complexo problema encontrado no SUS. Suas falas dizem respeito às dificuldades particularmente encontradas na gestão dos serviços, falta de estrutura física, insumos e recursos humanos presentes nos serviços de saúde em regiões remotas.

Neste contexto complexo, destaca-se uma arena permeada por grupos setoriais com interesses e demandas distintos, mas que, entretanto, convergem para o mesmo problema. Em busca de uma solução para os diversos problemas apresentados, o Governo Federal investiu na formulação da política pública denominada “Programa Mais Médicos”.

A política possui três eixos de atuação, sendo estes o provimento emergencial de médicos para regiões remotas e vulneráveis, a melhoria de infraestrutura de hospitais e unidades de saúde e o aprimoramento da formação médica no país. O "provimento emergencial de médicos" é o eixo abordado nesta dissertação.

O Programa brasileiro Mais Médicos (PMM) engloba uma política que visa melhorar a saúde pública oferecida aos brasileiros, através de investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde não existem profissionais (BRASIL, 2013). A partir de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, é possível ter uma visão ampliada sobre os problemas enfrentados pelos habitantes das diferentes regiões brasileiras, especialmente no interior. Uma pesquisa realizada pelo IPEA, com 2.773 entrevistados revelou que 58,1% da população apontou a falta de médicos como o principal problema do SUS (IPEA, 2011).

Antes do programa, existia um desequilíbrio entre a quantidade de médicos atuando no país e o número de equipamentos de saúde. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), Com a expansão do PMM em 2015, o governo federal, proveu assistência para aproximadamente 63 milhões de pessoas. Tendo um total de 4.058 municípios beneficiados, isto é, 72,8% de todas as cidades do Brasil, além dos 34 distritos indígenas.

No livro Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros (BRASIL, 2015), percebe-se que o crescimento do número de médicos com a presença dos médicos participantes do PMM foi de 388.015 médicos no ano de 2012 para 437.440 médicos em junho de 2015, sendo o aumento de 12,7%. Se não houvesse a influência do PMM, o ano de 2015 teria o número de 424.958 médicos, crescimento seria de menos 3,2% entre 2012 e 2015, e ainda com estados perdendo médicos no mesmo período: Acre (com menos 67 médicos) e Roraima (com menos 26 médicos).

Comparando-se ainda os municípios aderidos ao PMM e os não aderidos, com o objetivo de avaliar se o crescimento foi equivalente ou distinto ao longo dos anos (2012-2014), observa-se que no ano de 2013 foi significativo o crescimento do número de oferta de médicos na Atenção Básica nos municípios que aderiram ao PMM (chegando a 11,6%), muito diferente dos municípios que não aderiram, que tiveram um ligeiro aumento do crescimento (para 2,9%). (BRASIL, 2015)

De 2003 a 2011, o número de postos de emprego formal criados para médicos ultrapassava em 54 mil o número de graduados no País. Dentre os dados que chamaram a atenção do governo brasileiro, e que também impulsionou o desenvolvimento do projeto foi que o Brasil possui a proporção de 1,8 médicos por mil habitantes, este índice é menor que o

da Argentina (3,2), do Uruguai (3,7), do Reino Unido (2,7), de Portugal (3,9) e Espanha (4). Apesar de não existir uma referência padrão para esta proporção, o Governo Federal aceita como referência a proporção encontrada no Reino Unido (2,7 médicos por mil habitantes), o qual tem o segundo maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela Atenção Primária à Saúde. Além disso, o país sofre com uma distribuição desigual de médicos nas regiões: 22 estados estão abaixo da média nacional e número de equipamentos aumentaram mais que o número de médicos no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Entretanto, há que se considerar que na região sudeste do Brasil, segundo o gráfico 1 apresentado nesse trabalho existe uma relação de 2,7 médicos por mil habitantes, tal qual o Reino Unido e a despeito deste dado foram alocados médicos em determinadas regiões do sudeste, seguindo outros critérios. (BRASIL, 2015)

O Governo Federal investiu neste Programa com a promessa de oferecer à população uma alternativa para a saúde pública brasileira. Entretanto, os elevados recursos envolvidos chamaram a atenção da população e em especial da classe médica. Deste modo, tanto a sociedade quanto os médicos brasileiros se envolveram ativamente no debate do tema, emergindo, por conseguinte, uma sucessão de críticas.

Por ser uma política recente, repleta de temas sensíveis, a polêmica permeou as discussões entre os diversos atores envolvidos nesse processo. Os meios de comunicação vêm disseminando muitas informações acerca desta política que vem sendo modificada desde sua criação. Uma das marcas importantes da implementação do programa é a polaridade de opiniões sobre ele.

À luz deste cenário, despontam diversas questões acerca da política e dos conflitos que a englobam. Ao compreender tais questões, torna-se factível avaliar as necessidades bem como discutir propostas para a resolução dos demais conflitos. Para conceber as motivações do governo, é substancial que haja entendimento a respeito das disposições do programa.

Dada a relevância do tema e o impacto do Programa Mais Médicos na população brasileira, buscou-se analisar neste estudo a política e os conflitos de interesse presentes em seu campo através da veiculação de informações na mídia.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O MODELO BIOMÉDICO E A PROFISSÃO MÉDICA

Nas raízes da medicina até os dias atuais, o modelo biomédico tem sido hegemônico no ensino e prática da medicina. Associado a períodos de descobertas das chamadas ciências da natureza, o modelo traz consigo conceitos limitados sobre o processo saúde-doença.

Entretanto, desde o início do século XX, vem emergindo a crítica ao modelo biomédico por parte de outros profissionais, em especial àqueles pertencentes à área das ciências humanas (tais como a sociologia, psicologia e antropologia), assim, foi proposto o modelo que sugere uma visão mais ampla dessa discussão trazendo à luz o conceito de saúde, que neste é entendido como um bem-estar subjetivo (DE MARCO, 2003).

Este novo modelo de atenção à saúde ficou conhecido como modelo biopsicossocial, explicando o “paradigma” saúde-doença não como um conceito dicotômico, mas como um processo.

O modelo biomédico surgiu embasado na teoria mecanicista e reducionista do universo, proposta por pensadores como Galileu, Descartes e Newton e segue o modelo de ciência positivista no século XIX (ANNANDALE, 2014). Essa concepção do universo ser visto como um sistema mecânico influenciou também na concepção de homem que, visto da mesma forma, foi tratado como tal pelos médicos da época, ou seja, o homem funciona como uma máquina e, quando está doente, é por que esta máquina está danificada, assim, pode-se concluir que o conceito de saúde para esse modelo é limitante.

Através do estudo da anatomia, ocorre um movimento de ruptura das antigas maneiras de conceber o organismo humano, por conseguinte implantou-se uma nova racionalidade médica, moderna, sendo o mecanismo fisiologista do período clássico seu atributo principal. Nessa concepção, a vida deixou de ser objeto central da prática médica (clínica), e a forma humana passou a ser vista como máquina. Assim, segundo Luz (1988), sucede-se a transformação da prática clínica. Neste momento, os hospitais são organizados como espaço clínico de uma ciência das entidades patológicas. O corpo humanotornou-se, então, a sede das doenças; e as doenças, entidades patológicas (LUZ, 1988).

Segundo Annandale (1998), a saúde constitui a liberdade de doença, dor, ou defeito, o que torna a condição humana normal "saudável". O modelo foca nos processos físicos, tais

como a patologia, a bioquímica e a fisiologia de uma doença, não levando em conta o papel dos fatores sociais ou subjetividade individual (ANNANDALE, 2014).

Vendo o homem como uma máquina, tendo o conceito de saúde de que é ausência de doença e tendendo-se para a especialização e fragmentação, perde-se a visão holística do homem, em suas dimensões psicológicas e sociais. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento, o processo fisiopatológico que ganham espaço (CUTOLO, 2006).

Conforme demonstrado anteriormente, o modelo biomédico possuiu e ainda apresenta forte relevância dentro da visão e prática médica. O olhar da mulher e do homem como núcleos portadores de doença e da figura do médico como agente de cura de sintomas físicos biológicos vem passando por muitas transformações.

Com o passar dos anos a humanização do ofício médico vem sendo discutida na busca por melhor qualidade no atendimento aos pacientes. A compreensão dos seres humanos como seres complexos e não apenas biológicos é apenas um dos pontos-chave no tocante ao desafio do exercício da medicina. Caracterizando os aspectos multifatoriais das doenças, emerge o modelo biopsicossocial em contraposição ao modelo biomédico.

No Brasil, podemos ver este tema bastante abordado pela mídia, que apresenta os médicos como classe profissional elitizada, individualista e hospitalocêntrica, entretanto também os responsabilizam como os detentores do saber e das verdades científicas sobre o corpo.

É importante ressaltar que quando se fala em crítica aos médicos brasileiros, também se menciona a desaprovação do Sistema Único de Saúde. Alvo de constantes polêmicas e da massificação de informações negativas, o SUS é tratado como uma fonte de problemas da saúde pública brasileira.

## 2.2 O ENSINO MÉDICO NO BRASIL E NO MUNDO

Ao falar sobre a temática do ensino médico é importante resgatar alguns pontos destacados no tópico anterior, a começar pelo modelo biomédico e sua influência nas escolas médicas. Devido ao fato de se utilizar este modelo para explicar o processo saúde-doença, é pertinente concluir que uma das consequências do mesmo é o distanciamento do médico de seus pacientes.

Ao resgatar as origens do modelo biomédico, encontra-se o modelo cartesiano que se tornou o paradigma dominante da ciência. O universo passou a ser engendrado como sistema mecânico, composto por objetos separados, os quais foram reduzidos aos seus menores elementos materiais. (VAITSMAN, 1992).

Assim, seguiu esta tendência que se perpetua até os dias atuais de organizar o processo de ensino em medicina. Podemos citar como um marco na regularização do ensino médico o Relatório Flexner, considerado o símbolo da mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com notório impacto para a formação médica e a medicina mundial (FLEXNER, 1949).

Apesar da reforma e modernização do ensino médico, cabe ressaltar que foram incluídas características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização da medicina, com destaque para a medicina curativa e exclusão das práticas alternativas (KOIFMAN, 2002).

Articulado pela American Medical Association (AMA), o Relatório Flexner teve como um de seus principais impactos o fechamento de 124 das 155 escolas médicas nos Estados Unidos (FOX, 1980).

## 2.3 O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 2.3.1 Promoção de saúde e prevenção de doenças

A promoção de saúde e prevenção de doenças são dois conceitos essenciais para a evolução e desenvolvimento da área da saúde, pois estão diretamente ligados a melhoria da qualidade de vida da população, portanto para um entendimento mais amplo do tema, vejamos as definições destes conceitos.

Com relação aos conceitos iniciais de promoção da saúde, Sigerist, em 1947, definiu como as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Além disso, destacou como pontos primordiais para um programa nacional de saúde a educação gratuita universal, boas condições de vida e trabalho, oportunidades para descanso e recreação, e, fugindo do pensamento tradicional, a atenção médica como última prioridade (SIGERIST, 1947).

Em seguida, Leavell e Clark, em 1965, delinearam o modelo da historia natural das doenças, que apresenta três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (LEAVELL; CLARK, 1977). As medidas para a promoção da saúde, em nível de prevenção primário, não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BUSS, 2000).

A promoção de saúde apresenta na literatura diversos conceitos e opiniões, entretanto a maioria dos autores demonstra que esse conceito está ligado a todos os atores da sociedade na busca pela melhoria da qualidade de vida de todos.

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) define o paradigma da promoção da saúde como: “uma soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde geral e coletiva” (OPAS; OMS, 1993).

A promoção de saúde atua na redução de fatores de risco, na promoção dos fatores de saúde e na redução de desigualdades sociais e de saúde por meio de ações individuais e coletivas. Portanto a promoção de saúde pode ser definida como uma estratégia de ação coletiva, atendendo às necessidades sociais e buscando qualidade de vida (BUSS, 2000).

Assim, a promoção de saúde é um conceito vasto que abrange uma série de segmentos do Estado, tais como a comunidade o governo e as demais autoridades, na busca coletiva por melhores serviços e condições de saúde, logo para que haja a sua aplicação efetiva, torna se necessário que todos estejam igualmente engajados.

A prevenção orienta as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (BUSS, 2003).

As ações preventivas podem ser definidas como intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para isto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003).

Portanto, a prevenção é algo que deve ser visto como essencial, pois através dela promovem-se medidas que visem prevenir a ocorrência de doenças e controlar seus avanços. Para isto, é de suma importância à utilização de pesquisas que forneçam dados epidemiológicos que para o estudo das doenças e seus demais aspectos envolvidos.

### 2.3.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde foi instituída no Brasil com base nos modelos vigentes em outros países, somado a conjuntura política nacional da época, portanto para obter um entendimento sobre o assunto torna-se essencial a noção prévia deste contexto para em seguida fazer uma abordagem mais ampla da evolução da saúde no país.

O movimento sanitaria impulsionou diversas modificações na área da saúde no Brasil, com enfoque na mudança dos modelos assistenciais vigentes naquela época e foi expresso por Sergio Arouca (1998) considerado um dos principais líderes sanitaristas da época, da seguinte forma:

"Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998)."

Neste contexto, a Constituição de 1988, apresentou importantes diretrizes para o país e conforme citado anteriormente, dentre seus principais marcos ficou estabelecido que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido:

"Mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

A partir do movimento sanitário foram englobadas as principais concepções da Atenção Básica à Saúde ao ideário reformista, incorporando assim, a necessidade de reorientação do modelo assistencial. Com isto, a Constituição de 1988 (Brasil, 1988) e a regulamentação do SUS possibilitaram a construção de uma política de Atenção Básica à Saúde (ABS) que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde (BRASIL, 1988). Logo, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir de princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular. Assim sendo, o documento "Política Nacional de Atenção Básica"

reeditado pelo Ministério da Saúde (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) define a ABS como:

"Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos".

Pode-se considerar que a atenção primária deva ser entendida como o primeiro cuidado com a saúde do indivíduo, no sentido de sua promoção e proteção, e possui uma importância fundamental, devendo, por isso, ser considerada como atenção prioritária, a qual orienta todo e qualquer sistema de saúde. Deve atuar como coordenador do cuidado do sistema público de saúde e assim conseguir evitar que pequenos problemas de saúde se agravem, resolvendo de imediato os problemas que surgem, sem a necessidade de encaminhamento para a atenção especializada, com preservação da saúde individual.

## 2.4 ASPECTOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS SOBRE CORPORATIVISMO E PROFISSÃO MÉDICA

O presente estudo foi fundamentado a partir do marco teórico-conceitual do Corporativismo descrito por Schmitter (1974), para analisar a política de fixação de médicos em áreas isoladas no Brasil, de acordo com o PMM, bem como os conflitos entre os grupos de entidades médicas e representantes do SUS. Através de tal linha de análise, é possível aprofundar a ótica de relação entre o Estado e Sociedade que permeiam o debate entre as associações médicas e o governo.

Para Schmitter, o corporativismo constitui “um sistema de representação de interesses cujas unidades constituintes são organizadas em um número limitado de entidades singulares,

compulsórias, não competitivas, hierarquicamente ordenadas e funcionalmente diferenciadas, reconhecidas ou licenciadas (quando não criadas) pelo Estado, às quais é concedido monopólio de representação dentro de sua respectiva categoria em troca da observância de certos controles na seleção de seus líderes e na articulação de demandas e suporte” (SCHMITTER, 1974).

A caracterização do corporativismo como estrutura de representação de interesses demonstra que há uma variedade de corporativismos, assim, a identificação de formas variadas desses arranjos institucionais. Tais variações surgem em diferentes momentos históricos e convivem com diferentes regimes políticos. Portanto, o autor apresenta o corporativismo dividido em dois grupos, denominados de estatal e societal.

O corporativismo estatal, é o tipo em que as representações dos grandes interesses sociais estão subordinadas a autoridade estatal, quando não são criadas por ela. Nele, procura-se a unificação de interesses diversos. Em contrapartida, o corporativismo societal, está relacionado à dinâmica da sociedade civil, preservando-se a autonomia fundamental dos atores coletivos envolvidos. Nele as organizações de interesse possuem sua autonomia e interagem com outros parceiros institucionais, aonde há colaboração recíproca e na negociação (SCHMITTER, 1974).

Para compreender o corporativismo na classe médica, toma-se por base o conhecimento da profissionalização desenvolvida pela medicina, a qual é retratada na perspectiva de Larson (LARSON, 1977) e Freidson (FREIDSON, 1996). A partir de uma análise social e histórica da concepção das profissões, Larson, discute particularmente o monopólio das profissões, de como os grupos profissionais se mobilizam para conquistar e manter os privilégios concedidos pelo Estado na regulamentação, credenciamento e garantia de controle do exercício profissional. Segundo a autora, a partir da formação, monopólio e competição, é possível interpretar a construção da identidade profissional coletiva do grupo, aliada ao associativismo e organização classista de ações coletivas. Assim, é descrita a perspectiva mercadológica das profissões. Freidson destaca que a profissão médica possui dois tipos de abordagem, ou seja, a "profissão" como um tipo especial de ocupação e "profissão" como reconhecimento de uma promessa. O autor enfatiza a importância de pensar a profissão médica como uma ocupação que assumiu posição dominante na divisão do trabalho e, assim, obteve sucesso ao controlar e determinar a substância de seu próprio trabalho, isto é, sua capacidade de autorregulação.

A profissão médica como nenhuma outra da área da saúde, reivindica ser a autoridade mais segura em relação à natureza da realidade que lida. Quando seu trabalho característico lida com os problemas que as pessoas lhe trazem, a profissão desenvolve sua concepção própria e

independente sobre esses problemas e tenta lidar com a relação médico-paciente, a partir de sua ótica.

Ao desenvolver sua própria abordagem "profissional", a profissão muda a definição e a forma com que os problemas são vividos e interpretados pelo paciente. As percepções do paciente são recriadas e com isto, uma nova realidade social é criada pela profissão. A este fenômeno, denomina-se autonomia das profissões, a qual permite que se transformem as percepções de mundo dos usuários dos serviços oferecidos por determinada profissão.

Conforme assinalado por Ribeiro (2015), a autonomia no trabalho médico é fruto de dois momentos: o trabalho social e o serviço. Sendo como o trabalho social aquele que consome e produz bens e serviços, reproduzindo o modo de produção principal e seus valores afins (RIBEIRO; FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL, 2015).

Enquanto como serviço, onde esta autonomia, relativizada pela sua característica de trabalho social, denota atributos que foram adquiridos pela atuação médica, tais como independência técnica e a autorregulação, através do monopólio da aplicação da ciência às necessidades individuais percebidas como relativas à saúde.

A classe médica por apresentar seu caráter altamente corporativo, necessita de uma análise de seu perfil dentro desse sistema. Assim, suas entidades representativas possuem uma força considerável perante ao Estado, e lutam unificadamente pelos seus interesses, cabendo assim a este estudo compreender como este traço da categoria médica brasileira apresentou suas ideias e questões para a sociedade brasileira.

## 2.5 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Estudar a profissão médica no Brasil é um tema complexo, que se reflete em um conjunto de pesquisas elaboradas pela comunidade científica. Tais estudos demonstram alguns padrões similares a respeito de diversos aspectos da medicina e dos profissionais que a exercem. A medicina é uma das pouquíssimas profissões no mundo do trabalho que apresenta tanto poder e prestígio perante a sociedade.

O domínio do saber diagnóstico e das definições sobre saúde e doença permaneceram inquestionáveis nas mãos dos médicos durante anos. Com a típica autonomia da profissão, houve legitimidade conferida pelo Estado e pelos usuários na relação de autoridade do médico

perante seus pacientes. Porém, com o avanço da tecnologia e dos meios de comunicação, os médicos presenciam atualmente, um período diferente daquele vivido em outras épocas.

As relações sociais mudaram, hoje os pacientes/ usuários de serviços prestados pela categoria médica, questionam o saber médico e põe assim em xeque o poder exercido pelo detentor de autoridade. Áreas do conhecimento como a bioética e genética, por exemplo, surgem também como "ameaça" ao monopólio do saber exclusivo dos portadores de diploma em medicina. Assim, a perda do poder médico é um embate que vem sendo travado entre o Estado e as entidades representativas de classe, que relutam em aceitar se submeter a regras impostas pelo poder Governamental.

O posto do médico como único formulador de políticas de saúde se perdeu, assim, a gestão compartilhada vêm conquistando um espaço cada vez maior. A obra "Os médicos no Brasil: um retrato da realidade", fruto da pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil" organizada por Machado traz as colocações acima de forma estruturada e detalhada, guiando estudos atuais sobre o tema (MACHADO, 1997). É importante destacar que o mercado de trabalho sofreu diversas modificações e o Estado buscou transformar os achados em política de saúde.

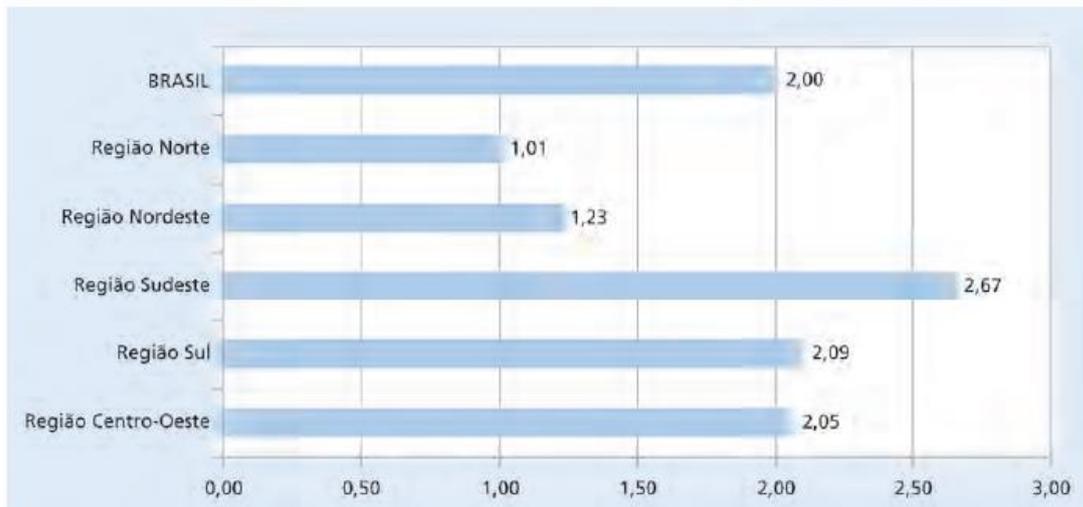
No tocante à atuação médica no SUS, alguns estudos demonstram que o mercado de trabalho do setor público é notoriamente relevante para os médicos brasileiros, já que cerca de 70% dos médicos têm algum vínculo de trabalho com o setor, seja na esfera federal, estadual ou municipal (SCHEFFER; CASSENOTE; BIANCARELLI, 2015).

Entretanto, mesmo havendo interesse da classe médica em atuar no SUS, há uma concentração considerável de profissionais nos grandes centros urbanos, ou seja, a distribuição destes pelo território brasileiro é nitidamente desigual. Para se ter uma ideia da situação relatada compara-se a seguir dados que demonstram quantitativamente esta situação, o Gráfico 1 demonstra a Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões e a Tabela 1 mostra como é a Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federação.

Ao analisar ambos, é possível ver o déficit em duas grandes regiões do país, que estão consideravelmente abaixo do índice nacional. São a região Norte, com 1,01, e a Nordeste, onde há 1,2 médico por 1.000 habitantes (*Gráfico 1*). Na melhor posição está o Sudeste, com razão de 2,67, seguido pela região Sul, com 2,09, e o Centro-Oeste, com 2,05. A região Sudeste tem uma razão médico habitante duas vezes maior que a do Nordeste. As diferenças se ampliam quando se olha os números por estado da Federação (*Tabela 1*). O Distrito Federal lidera o ranking, com uma razão de 4,09 médicos por 1.000 habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro, com 3,62, e São Paulo, com razão de 2,64. Outros três estados têm índices superiores a 2,00

médicos por 1.000 habitantes, Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Minas Gerais. Com razão inferior a 1,5 estão 16 estados, todos do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Na ponta de baixo do ranking, com menos de 1 médico por 1.000 habitantes estão Amapá (0,95), Pará (0,84) e Maranhão (0,71).

Gráfico 1: Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões – Brasil, 2013



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

Tabela 1: Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2013

UF/Brasil	Médico CFM*	População**	Razão***
Distrito Federal	10.826	2.648.532	4,09
Rio de Janeiro	58.782	16.231.365	3,62
São Paulo	110.473	41.901.219	2,64
Rio Grande do Sul	25.541	10.770.603	2,37
Espírito Santo	7.780	3.578.067	2,17
Minas Gerais	40.425	19.855.332	2,04
<b>Brasil</b>	<b>388.015</b>	<b>193.867.971</b>	<b>2,00</b>
Santa Catarina	12.497	6.316.906	1,98
Paraná	19.813	10.577.755	1,87
Goiás	10.651	6.154.996	1,73
Mato Grosso do Sul	4.238	2.505.088	1,69
Pernambuco	13.994	8.931.028	1,57
Rio Grande do Norte	4.604	3.228.198	1,43
Sergipe	3.013	2.118.867	1,42
Paraíba	5.259	3.815.171	1,38
Roraima	646	469.524	1,38
Tocantins	1.928	1.417.694	1,36
Mato Grosso	3.919	3.115.336	1,26
Bahia	17.741	14.175.341	1,25
Alagoas	3.921	3.165.472	1,24
Rondônia	1.897	1.590.011	1,19
Ceará	9.953	8.606.005	1,16
Amazonas	4.016	3.590.985	1,12
Acre	819	758.786	1,08
Piauí	3.297	3.140.213	1,05
Amapá	667	698.602	0,95
Pará	6.565	7.792.561	0,84
Maranhão	4.750	6.714.314	0,71

\* Médicos registrados no Conselho Federal de Medicina: endereço informado ao CRM (CFM, 2012);

\*\* População geral (IBGE, 2010);

\*\*\* Razão médico registrado/1.000 habitantes.

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

Um dos grandes obstáculos ao acesso universal de saúde no Brasil é a falta de médicos em determinados locais do país, especialmente médicos para atuação na atenção básica à saúde. Ainda que o problema já exista há muito tempo (*Tabela 2*), nas últimas décadas o quadro intensificou, dado que o número e a concentração dos médicos se tornavam cada vez mais um entrave à ampliação da oferta de serviços de saúde, sejam públicos ou privados.

Tabela 2: Evolução do número de médicos e da população brasileira – Brasil, 2013

Ano	Médicos	População brasileira <sup>(1)</sup>
1910	13.270	–
1920	14.031	30.635.605
1930	15.899	–
1940	20.745	41.236.315
1950	26.120	51.944.397
1960	34.792	70.992.343
1970	58.994	94.508.583
1980	137.347	121.150.573
1990	219.084	146.917.459
2000	291.926	169.590.693
2010	364.757	190.755.799

(1) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. p. 67-68.

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

Houve assim um crescimento da demanda de médicos por todo o país, pois novos investimentos foram acrescidos ao SUS, além do aumento da população beneficiária de planos de saúde. E como esse usuário, comumente utiliza essa oferta com o uso de serviços de saúde do SUS, há uma demanda duplicada sobre os serviços.

No ano de 2011, o governo brasileiro implantou duas ações para enfrentar o problema. Primeiro, regulamentou a Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010, que trata da possibilidade de um médico que se formou com o apoio do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), financiando parcial ou integralmente a mensalidade de estudantes que cursam graduação em escolas pagas, poderem abatê-la em função do tempo de atuação nas equipes da Estratégia de Saúde da Família nas áreas com maior necessidade de médicos apontadas pelo Ministério da Saúde. Caso o médico atue dois anos numa equipe em área com necessidade, ele abate em 24% a sua dívida total (1% ao mês) (BRASIL, 2010, p. 202).

Em seguida, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) que visava qualificar alunos formados em medicina para atuação na Atenção Básica e, ao mesmo tempo, motivar e atraí-los para atuar nas áreas de maior necessidade. Desta forma, possibilitava a atuação supervisionada desses profissionais e oferecia a eles estímulos como especialização, pontuação adicional válida em concursos de residência médica e bolsa de estudos paga pelo governo federal (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em síntese a regulamentação do Fies é uma medida que cria incentivo para o médico atuar na Atenção Básica do SUS em áreas com necessidade. Mas só tem efeito sobre médicos

que usaram o Fies durante sua formação. O Provab, por sua vez, busca alcançar esse mesmo objetivo e mais a formação e a preparação do médico para esta atuação, ofertando aos médicos inscritos curso de especialização e os demais incentivos mencionados.

Seguindo a linha de desenvolvimento de políticas para o SUS, um novo programa passa a ser um dos focos prioritários para o país, e a ele denominou-se Mais Médicos para o Brasil.

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Medida Provisória n.621, de 08 de Julho de 2013 e convertida em Lei n.12.871/2013 (169,56), representando um pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivo suprir a escassez da oferta de médicos nas Unidades Básicas de Saúde, para tal contempla medidas de longo e de curto prazo. As medidas de longo prazo estão voltadas à oferta de cursos e formação dos médicos, com expansão de vagas de graduação de medicina e residência médica, além de aprimoramento da formação médica no país e investir em infraestrutura e equipamentos nas Unidades de Saúde. A curto prazo, realiza a chamada imediata de médicos para atuar em regiões mais necessitadas, onde há escassez e ausência desses profissionais (BRASIL, 2013).

Para tal, a partir da Portaria interministerial n. 1.369, de 08 de Julho de 2013, formulou-se o Projeto Mais Médicos que incentiva médicos brasileiros e estrangeiros a atuarem nas regiões carentes do país, como municípios do interior e as periferias das grandes cidades. O lançamento das chamadas para contratação de médicos foi realizada por meio de Editais, onde poderiam participar tanto médicos brasileiros, formados no Brasil e em outros países, quanto estrangeiros, que ocuparam os postos de trabalhos não preenchidos por brasileiros.

1. A Portaria Interministerial n. 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, em seu artigo 4, parágrafo III, estabeleceu os seguintes critérios para definição dos Municípios prioritários para participar do PMM:

III - regiões prioritárias para o SUS: áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

a) ter o Município 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico [www.mds.gov.br/sagi](http://www.mds.gov.br/sagi);

b) estar entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; ou

d) estar em regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) dos Municípios, conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Com esses critérios foram definidos um total de 4.068 municípios + 34 distritos elegíveis para o Programa Mais Médicos no ano de 2013, o que corresponde a 81% de adesão nacional.

Semelhante a outros países que também enfrentaram a ausência ou escassez de médicos em determinadas regiões, a partir do PMM, o Brasil permite a vinda de médicos estrangeiros que atuem em outros países. Os médicos estrangeiros, especialmente os cubanos selecionados pelo Projeto desenvolvem suas atividades com licença provisória do Conselho Regional de Medicina. Tal licença permite que os médicos estrangeiros atuem somente durante o prazo estabelecido no contrato firmado e restringe o exercício das atividades nas unidades básicas de saúde na região onde forem alocados.

Dessa forma, podem participar do PMM, tanto médicos formados em Universidades brasileiras ou com diploma revalidado no país, quanto médicos formados em instituições de educação superior estrangeira, estes últimos são denominados de médicos intercambistas pelo Projeto.

Dando sequência às ações de implementação do Programa Mais Médicos, em agosto de 2013, o Ministério da Saúde assinou Acordo de Cooperação Técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Este acordo visou garantir a vinda de médicos do exterior, principalmente para vagas do PMM não escolhidas inicialmente por profissionais brasileiros e estrangeiros. A OPAS, por sua vez estabeleceu acordo com o Ministério da Saúde de Cuba com o objetivo de trazer médicos cubanos para atuar no Projeto e suprir a carência de profissionais médicos no Brasil.

Os médicos chamados pelo PMM DE "intercambistas", selecionados participam de um módulo de acolhimento e avaliação durante três semanas, com carga horária de 120 horas. As aulas abarcam conteúdos relacionados à legislação do Sistema de Saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, especialmente da atenção básica em saúde, e Língua Portuguesa. Ao final do módulo, os médicos fazem uma avaliação para testar os conhecimentos em Língua Portuguesa em situações cotidianas da prática médica. Após atestada a qualificação do médico para participar do Programa, o Ministério da Saúde encaminha documentação para o Conselho Federal de Medicina para a emissão do registro profissional provisório.

É importante destacar que ocorre uma sequência de prioridades em relação a seleção dos médicos. A Lei que criou o programa determina que se abram as vagas para médicos brasileiros, depois, médicos intercambistas, aqueles que se formaram no exterior, e, somente em terceiro lugar, é acionado a cooperação internacional com a OPAS, que estabeleceu parceria com o governo cubano.

O PMM visa ainda a integração entre ensino e serviço, associando a formação médica ao processo assistencial. Desta forma, prevê a realização do curso de especialização em saúde da família como componente obrigatório para os médicos selecionados pelo Projeto. O Curso foi oferecido na modalidade de educação à distância por meio da Universidade Aberta do SUS (Una-SUS). O acompanhamento das atividades dos médicos, bem como sua participação na especialização é realizado por tutores e supervisores vinculados às universidades públicas que aderiram à iniciativa. Os médicos devem cumprir 32 horas de atividades nas unidades básicas de saúde e oito horas no curso de especialização.

No entanto, como toda política pública, a formulação do PMM como estratégia para sanar o problema que passou a fazer parte da agenda governamental, tornou-se alvo de controvérsias e disputas estabelecidas entre diferentes atores sociais, governamentais e não governamentais. Rua (2012, p.83) explica que “uma política nunca se esgota nela mesma e frequentemente mostra-se como um campo de interesses cruzados, diversificados e até conflitantes” (RUAS, 2012).

Em um contexto marcado pelo déficit de médicos em determinadas regiões do país, somado à distribuição desigual de tais profissionais entre as cidades brasileiras e a necessidade de se promover políticas públicas efetivas na tentativa de amenizar os problemas sanitários, o governo federal adotou o programa Mais Médicos como medida em prol da efetivação da ampliação do acesso à saúde.

O programa Mais Médicos ressalta a busca pela concretização de políticas públicas condizentes com o cenário da saúde no Brasil. Devido à sua vasta extensão, o país encontra dificuldades em atender de forma igualitária a todos aqueles que buscam o acesso à saúde. A dignidade da pessoa humana, neste contexto, é dos principais fundamentos da garantia desse direito. A concretização de tal preceito não depende da efetivação exclusiva de questões relacionada a essa esfera, mas sua verdadeira realização conjuga-se a outros bens constitucionalmente protegidos.

Por essa razão, tal política pública se direciona a cumprir os princípios que norteiam o SUS, de forma a tentar assegurar o exercício do direito à saúde, além de afirmar a dignidade da pessoa humana de cada indivíduo. A necessidade de promover estratégias que busquem concretizar direitos garantidos pela Constituição faz com que as políticas públicas se moldem de acordo com a situação social do país, acompanhando as variações que o meio impõe.

O programa Mais Médicos desperta interesse em razão de sua importância para uma potencial efetividade do direito à saúde. Tal política pública enfatiza a necessidade de levar médicos a regiões carentes de profissionais e infraestrutura.

A ação governamental tem por escopo suprir a demanda imediata de médicos, de modo a agilizar a regularização do sistema em virtude da falta de profissionais em certas localidades. Trata-se de uma tentativa de diminuir as desigualdades regionais pelo país. O programa governamental é uma tentativa de amenizar as carências no setor, com o propósito de levar médicos a regiões deficitárias, a fim de suprir a demanda temporária de profissionais, seja em razão do notável déficit de mão de obra qualificada na área, seja em face da desigualdade regional provocada pela carência de médicos em certas regiões brasileiras (CASTRO, 2014).

Segundo a pesquisa realizada pelo CNI-IBOPE, 68% dos brasileiros têm a rede pública como único ou principal fornecedor de serviços de saúde, razão pela qual as políticas públicas devem concentrar seus esforços na melhoria ao acesso à saúde, o que significa não só garantir aos indivíduos a saúde preventiva ou curativa, mas também assegurar outros direitos conexos à saúde, que, juntos, fundamentam a dignidade da pessoa humana (IBOPE, 2012).

Apesar da oferta total de médicos de um país apresentar uma proporção adequada no tocante à relação de médicos por habitante, a distribuição desses profissionais tende a ser desigual, concentrando-se em determinadas regiões (POVOA; ANDRADE, 2006).

A Organização Mundial da Saúde, a OMS, recomenda que, para se assegurar a universalidade de acesso à saúde, além de garantir a qualidade do serviço, seria necessária a proporção mínima de um médico para cada 1.000 habitantes como forma de efetividade das ações na seara sanitária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE., 2006).

Ainda sob o enfoque da mesma pesquisa, o Brasil apresenta 388.015 médicos registrados no CFM, ou seja, uma demanda de dois médicos para cada 1.000 habitantes (SCHEFFER; CASSENOTE; BIANCARELLI, 2015).

No que tange à distribuição de profissionais, a demografia médica brasileira encontra desigualdades. Segundo pesquisa realizada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, a EPSM, foram analisados alguns fatores de influência que mais pesam para um médico quando da opção por trabalhar em regiões do interior e carentes de atendimento. Dentre tais fatores, a remuneração, a localização do trabalho, a carga horária e o acesso à residência médica são, nessa ordem, os fatores que mais exercem importância. As áreas da região norte são as que possuem o menor índice de procura pelos profissionais, principalmente as áreas de fronteiras, mesmo com a oferta de altos salários (ESPM, 2014).

Com efeito, no tocante à distribuição, segundo pesquisa do IPEA (Demografia Médica no Brasil, p. 38), as regiões com os maiores índices de distribuição de médicos por habitantes são o Rio de Janeiro (3,44) e o Distrito Federal (3,46). Pode-se dizer que a região Centro-Sul do país abarca os maiores percentuais de distribuição. Fatores enumerados anteriormente, como salário, localização, condições de trabalho, exercem influência na escolha dos profissionais. Segundo a pesquisa do CNI, apesar do crescimento do número de médicos, a distribuição ainda é desigual, principalmente pela vinculação dos profissionais aos serviços prestados por planos médicos, sendo a defasagem no sistema público maior (IBOPE, p.07).

A elaboração de políticas públicas tende a observar os determinantes da distribuição geográfica de médicos, uma vez que as evidências empíricas refletem mecanismos de mercado insuficientes para garantir uma distribuição geográfica adequada, apta a atender, simultaneamente, os parâmetros técnicos e as necessidades de acesso.

O Brasil possui 215.640 médicos, que atuam no Sistema Único de Saúde, representando cerca de 55% dos médicos registrados no CFM (*Tabela 3*). De acordo com essa informação, a proporção de médicos por habitantes cai para 1,3 contra uma razão de 2 médicos por 1.000 habitantes da totalidade de médicos registrados no país (*Tabela 4*).

Tabela 3: Distribuição de médicos cadastrados (CNES) que atuam no SUS, por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2012

UF/Brasil	Médico CNES/SUS *	População**	Razão***
Distrito Federal	4.559	2.648.532	1,72
Rio de Janeiro	25.655	16.231.365	1,58
Rio Grande do Sul	15.080	10.770.603	1,40
São Paulo	56.142	41.901.219	1,34
Espírito Santo	4.418	3.578.067	1,23
Minas Gerais	23.878	19.855.332	1,20
Santa Catarina	7.157	6.316.906	1,13
<b>Brasil</b>	<b>215.640</b>	<b>193.867.971</b>	<b>1,11</b>
Goiás	6.679	6.154.996	1,09
Mato Grosso do Sul	2.715	2.505.088	1,08
Paraná	11.252	10.577.755	1,06
Sergipe	2.232	2.118.867	1,05
Pernambuco	8.990	8.931.028	1,01
Roraima	466	469.524	0,99
Rio Grande do Norte	3.201	3.228.198	0,99
Paraíba	3.769	3.815.171	0,99
Alagoas	2.848	3.165.472	0,90
Tocantins	1.259	1.417.694	0,89
Acre	651	758.786	0,86
Amapá	573	698.602	0,82
Bahia	11.487	14.175.341	0,81
Piauí	2.497	3.140.213	0,80
Amazonas	2.814	3.590.985	0,78
Rondônia	1.196	1.590.011	0,75
Ceará	6.461	8.606.005	0,75
Mato Grosso	2.334	3.115.336	0,75
Maranhão	3.460	6.714.314	0,52
Pará	3.867	7.792.561	0,50

\* Médicos cadastrados no CNES prestadores de serviços ao SUS (CNES/MS, 2012);

\*\*População geral (IBGE, 2010);

\*\*\* Razão médicos CNES-SUS/1.000 habitantes.

Fonte: CFM: Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2012.

Tabela 4: Distribuição de médicos cadastrados (CNES) que atuam no SUS, por 1.000 habitantes, segundo capitais – Brasil, 2012

Capital	Médico CNES/SUS*	População**	Razão***
Porto Alegre	4.150	1.413.094	2,94
Belo Horizonte	7.001	2.385.639	2,93
Vitória	952	330.526	2,88
Aracaju	1.570	579.563	2,71
Florianópolis	1.094	427.298	2,56
Recife	3.934	1.546.516	2,54
Goiânia	3.071	1.318.148	2,33
João Pessoa	1.453	733.154	1,98
Rio de Janeiro	12.508	6.355.949	1,97
Curitiba	3.294	1.764.540	1,87
Salvador	4.851	2.693.605	1,80
Natal	1.423	810.780	1,76
Campo Grande	1.392	796.252	1,75
Brasília	4.559	2.609.997	1,75
Teresina	1.401	822.363	1,70
Maceió	1.575	943.109	1,67
Cuiabá	899	556.298	1,62
São Paulo	18.264	11.316.149	1,61
Palmas	374	235.315	1,59
Porto Velho	634	435.732	1,46
Boa Vista	413	290.741	1,42
Fortaleza	3.382	2.476.589	1,37
Rio Branco	452	342.298	1,32
Belém	1.744	1.402.056	1,24
Manaus	2.178	1.832.423	1,19
Macapá	473	407.023	1,16
São Luís	1.081	1.027.429	1,05

\* Médicos cadastrados no CNES prestadores de serviços ao SUS (CNES/MS, 2012);

\*\*População geral (IBGE, 2010);

\*\*\* Razão médicos CNES-SUS/1.000 habitantes.

Fonte: CFM: Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2012.

A mudança na proporção – de médicos registrados para médicos atuantes do SUS – interfere também no índice de profissionais por região no país. A região Sudeste continua com a maior proporção (1,35), enquanto o Norte (0,66) e o Nordeste (0,83) com a menor. Em todos os estados há uma concentração maior de médicos do SUS nas capitais em comparação com as demais localidades (Demografia Médica no Brasil, p.52.).

O aumento expressivo do número de médicos no Brasil é resultado de uma conjugação de fatores relacionados à evolução da demanda: as necessidades crescentes em saúde, mudança no perfil de mortalidade, garantia de direitos sociais, crescimento da população e incorporação de tecnologia médica. A oferta de abertura de cursos de medicina, a expansão do sistema de

saúde e a criação de mais postos médicos contribuem para o acréscimo. (Demografia Médica no Brasil, p. 29)

Para um sistema de saúde público e universal, pode-se dizer que a presença de médicos é insuficiente em se tratando do Sistema Único de Saúde, dados o contingente de médicos em atividade no país e o impasse de sua distribuição pelo país (CASTRO, 2014).

A proposta federal tende a criar soluções coordenadas para solucionar o problema da saúde pública no Brasil: além de tentar amenizar as desigualdades regionais na distribuição de profissionais pelo país, opta por importar mão de obra estrangeira como forma de aumentar o contingente de médicos ao longo do país e não só propõe medidas relacionadas aos médicos, mas também objetiva ampliar os investimentos na infraestrutura de hospitais e unidades de saúde.

A importação de médicos, é uma realidade em nível mundial, que tem se intensificado nos últimos anos. Um exemplo disso é que quase 40% do contingente de médicos registrados no Reino Unido são estrangeiros, tal qual a Noruega, cuja parcela alcança os 16,3%. O Programa Mais Médicos reflete uma tendência do mercado globalizado, que visa medidas públicas com o condão de se efetivarem à luz dos modelos da Noruega e Reino Unido. Planejada pelo Brasil “importação” de médicos é fenômeno mundial (“Planejada pelo Brasil, ‘importação’ de médicos é fenômeno mundial”, 2013).

O direito internacional, ao reconhecer a saúde como um direito humano, estabeleceu uma série de políticas públicas que têm impacto nas políticas do SUS. A permeabilidade entre o interno e o internacional contribui para o aprimoramento das relações bilaterais e multilaterais do Brasil no campo da saúde. A exportação de modelos por meio da cooperação internacional é grande avanço para efetivar a área da saúde.

O programa Mais Médicos, instituído pela Lei 12.871/2013, tem por escopo formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde. Sua criação justifica-se como tentativa de reduzir as desigualdades regionais na área, com o intuito de diminuir o déficit de médicos em certas regiões do país, como periferias e cidades do interior.

Art. 1 É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos: I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; III - aprimorar a formação

médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

O Mais Médicos é uma estratégia governamental que busca não só fortalecer e desenvolver os serviços na seara da saúde, mas também visa melhorias na política educacional, aprimorando a formação médica, aperfeiçoando conhecimento dos profissionais, a fim de consolidar o acesso universal e equitativo da saúde.

A criação do programa com a finalidade de levar médicos para regiões carentes do Brasil é apenas uma vertente de uma série de estratégias estruturantes para aperfeiçoar a formação médica, além de diminuir o déficit de profissionais em determinadas regiões. O projeto reflete as políticas públicas a serem criadas com o intuito de promover o acesso igualitário à saúde, metas do SUS.

O Mais Médicos não intenta somente levar profissionais para atuarem nas localidades necessitadas a fim de suprir a carência de médicos, mas, além disso, contribui para aperfeiçoar a formação médica brasileira, estruturando os cursos de medicina, elaborando programas de residência médica voltados para a atenção básica da saúde de forma a estabelecer novos parâmetros para a formação de tais profissionais.

A crise no atendimento básico da saúde, associada à busca pela efetividade de tal direito, provoca a necessidade de políticas públicas efetivas. A criação do programa Mais Médicos é uma das medidas adotadas pelo Governo Federal como forma de resolver essa adversidade.

Embora o Mais Médicos seja uma das soluções propostas pelo Governo Federal, com o objetivo de melhorar as condições da saúde no Brasil, trata-se de uma política que tem despertado contrariedade em face das mídias.

O programa efetuou, até julho de 2014, o provimento de 14.462 médicos em 3.785 municípios com áreas de vulnerabilidade (julho 2014). Ao analisar a distribuição destes médicos (*Tabela 5*), observa-se que o número de municípios com escassez desses profissionais na APS passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%) (ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO, 2015).

Tabela 5: Distribuição dos municípios brasileiros com escassez em 2013, dos municípios pelo PMM em 2014 e respectivo número de médicos; e distribuição dos municípios com escassez em 2014 e municípios que receberam médicos do PMM e continuam com escassez, por Região Geográfica e Porte populacional

Região / Porte populacional	Total de Municípios	Municípios com escassez em 2013*		Nº de municípios do Índice 2013 contemplados pelo PMM**		Quantidade de médicos do PMM**		Municípios com escassez em 2014		Nº de municípios do índice 2014 que receberam PMM e continuam com escassez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Norte</b>	449	215	47,9	196	91,2	955	25,9	105	23,4	86	30,6
<b>Nordeste</b>	1794	450	25,1	354	78,7	1.462	39,6	205	11,4	109	38,8
<b>Sudeste</b>	1668	253	15,2	164	64,8	650	17,6	137	8,2	48	17,1
<b>Sul</b>	1188	181	15,2	137	75,7	388	10,5	66	5,6	22	7,8
<b>Centro-oeste</b>	466	101	21,7	72	71,3	233	6,3	45	9,7	16	5,7
<b>Até 10 mil habitantes</b>	2471	457	18,5	285	62,4	384	10,4	241	9,8	69	24,6
<b>Mais de 10 até 20 mil hab.</b>	1375	283	20,6	234	82,7	614	16,6	118	8,6	69	24,6
<b>Mais de 20 até 50 mil hab.</b>	1081	295	27,3	252	85,4	1.104	29,9	129	11,9	86	30,6
<b>Mais de 50 até 100 mil hab.</b>	339	110	32,4	100	90,9	798	21,6	46	13,6	36	12,8
<b>Mais de 100 mil hab.</b>	260	52	20,0	49	94,2	664	18	23	8,8	20	7,1
<b>Capitais e regiões metropolitanas</b>	39	3	7,7	3	100	124	3,4	1	2,6	1	0,4
<b>Brasil</b>	5565	1200	21,6	923	76,9	3.688	100	558	10,0	281	100

Fonte: \* Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFMG. \*\* Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014

Novos dados surgem a todo momento desde a implementação do programa é possível obter alguns resultados positivos. O relatório de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (TCU), indica que após a implantação do Programa Mais Médicos houve crescimento de 33% no número de consultas realizadas e de 32% nas visitas domiciliares, indicando aumento na oferta de serviços de saúde (ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO, 2015).

Contudo, o Programa continua gerando forte polêmica no país. Muitos conflitos de interesse estão presentes. Considerável parte da classe médica mobilizou-se contrariamente à política, principalmente no tocante à contratação de médicos estrangeiros para trabalhar no Brasil. Entidades médicas buscaram levar suas críticas ao programa Mais Médicos à esfera da OIT (Organização Internacional do Trabalho), braço das Nações Unidas que defende melhores condições de trabalho. As entidades criticavam a ausência de direitos trabalhistas no programa,

como FGTS e 13º salário. O governo rebate defendendo que se trata de uma bolsa e que há direitos como férias remuneradas e licenças-maternidade e paternidade (MACIEL FILHO, 2007).

Devido à discussão gerada entre diversos atores sociais envolvidos, a mídia vem acompanhando ativamente todos os passos dados ao longo do programa. Com isto, os meios de comunicação ouviram opiniões de entidades médicas e governo para mapear este conflito, que envolve políticas públicas, ambições eleitorais e enormes expectativas quanto a mudanças que vêm sendo prometidas há décadas por líderes dos governos municipais, estaduais e federal (RIBEIRO; FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL, 2015).

O Programa Mais Médicos desde seu início é considerado um tema gerador de profundas discussões no cenário da política nacional brasileira. Foi apresentado à população brasileira após um período em que diversas manifestações populares tomaram as ruas de todo o país (junho de 2013). Para aumentar a polêmica, o PMM foi criado por meio de uma Medida Provisória que, posteriormente, adquiriu status de Lei Federal, ou seja, um processo que exige tempo foi encurtado e ocorreu em um período de quatro meses, em meio a discussões e debates intensos sobre seus aspectos legais, sua construção e sua representação social perante à sociedade e aos profissionais da saúde.

O PMM foi muito contestado nos seguintes temas: modificações na formação e duração dos cursos de Medicina no país (sem que houvesse discussão prévia com a Academia) e atuação de médicos estrangeiros na Atenção Básica (ultrapassando a avaliação comumente feita pelo exame de revalidação do diploma- o Revalida). Entretanto, alguns outros pontos do programa também foram e seguem sendo alvos de críticas políticas, técnicas e jurídicas.

Do ponto de vista legal, o programa foi questionado com relação à contratação dos médicos estrangeiros. O contrato se deu por meio do Ministério da Saúde do Brasil, através da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS/OMS). A implementação do programa contou com uma padronização de critérios destacados no livro publicado pelo Ministério da Saúde denominado "Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros".

Conforme descrito anteriormente o programa se tornou Lei num processo acelerado de 4 meses, ou seja, algumas etapas jurídicas importantes foram essenciais para a formalização do projeto. A seguir o *Quadro 1* descreve em ordem de relevância jurídica os passos legais do Programa Mais Médicos da categoria maior (Lei) para a de menor "peso" legal (Portaria interministerial).

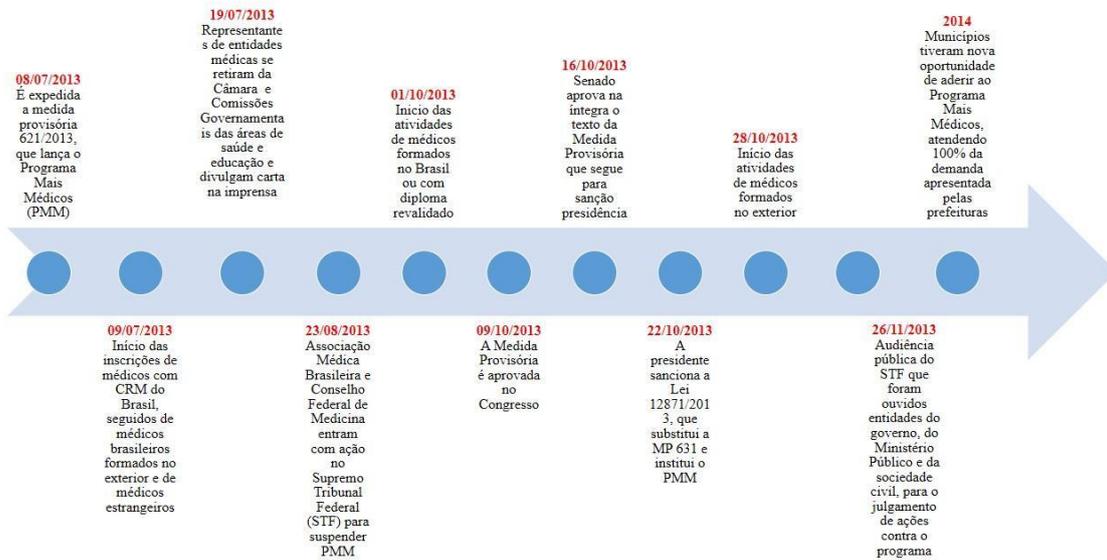
Quadro 1: Ordem de relevância de etapas jurídicas no período de julho de 2013 a março de 2014.

<b>Etapa</b>	<b>Identificação</b>	<b>Componente</b>
<b>Lei</b>	Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013	Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.
<b>Medida Provisória</b>	Nº 621, de 8 de julho de 2013	Institui o Projeto Mais Médicos e estabelece outras providências.
<b>Decreto</b>	Nº 8.126, de 22 de outubro de 2013	Dispõe sobre a emissão do registro único e da carteira de identificação para os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil
<b>Decreto</b>	Nº 8.081, de 23 de agosto de 2013	Altera o Decreto nº 8.040, de 8 de julho de 2013, que institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos.
<b>Decreto</b>	Nº 8.040, de 8 de julho de 2013	Institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Projeto Mais Médicos e estabelece outras providências.
<b>Portaria Interministerial</b>	Nº 339, de 07 de março de 2014	Altera a Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
<b>Portaria Interministerial</b>	Nº 216, de 12 de fevereiro de 2014	Altera e acresce dispositivos à Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
<b>Portaria Interministerial</b>	Nº 2, de 24 de janeiro de 2014	Dispõe sobre a equivalência dos termos Medicina de Família e Comunidade e Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito das atividades de formação em saúde e institui Grupo de Estudos voltado ao tema.
<b>Portaria Interministerial</b>	Nº 2.891, de 27 de novembro de 2013	Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
<b>Portaria Interministerial</b>	Nº 2.159, de 26 de setembro de 2013	Altera e acresce dispositivo à Portaria Interministerial nº 10/MS/MEC, de 11 de julho de 2013.
<b>Portaria Interministerial</b>	Nº 2.025, de 13 de setembro de 2013	Altera a Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013.
<b>Portaria Interministerial</b>	Nº 266, de 24 de julho de 2013	Estabelece normas para custeio de despesas com deslocamento dos médicos participantes do Projeto Mais médicos para o Brasil e seus dependentes legais.
<b>Portaria Interministerial</b>	Nº 1.493, de 18 de julho de 2013	Altera a Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013.
<b>Portaria Interministerial</b>	Nº 1.427, de 12 de julho de 2013	Designa os representantes titulares e suplentes da coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
<b>Portaria Interministerial</b>	Nº 1.369, de 8 de julho de 2013	Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Fonte: Autoria própria, 2017.

Buscando-se ainda manter visível a evolução do programa, a qual se apresentou do ponto de vista cronológico, traçou-se neste estudo uma linha do tempo. Este recurso foi escolhido devido à importância de compreensão das etapas que foram normatizando o projeto até que o mesmo se tornasse uma Lei.

Figura 1: Linha do tempo do Programa Mais Médicos julho de 2013 a janeiro de 2014.



Fonte: Autoria própria, 2017

As datas e acontecimentos apresentados no formato acima, permitem compreender sucintamente as etapas da ocorrência dos principais fatos relativos ao programa. Nela, é possível acompanhar desde o momento em que é expedida a Medida Provisória 621/2013 (Fig 1. Data 08/07/2013), atravessando as etapas em que os representantes de entidades médicas se utilizam de recursos midiáticos (Fig 1. Data 19/07/2013) e jurídicos (Fig 1. Datas 23/08/2013 e 26/11/2013), para vetar o programa, passando adiante pela Lei 12.871/2013 (Fig 1 Data 22/10/2013) que institui o programa.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo é caracterizado como exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. O uso da pesquisa qualitativa coaduna-se com a existência de diversos atores envolvidos na política pública analisada e com diferentes percepções sobre o programa; logo, a realidade é múltipla (MARIZ et al., 2005). Além disso, com a pesquisa visa-se apresentar um primeiro olhar sobre o Programa Mais Médicos e, sob a lente de análise de políticas públicas, compreender a dinâmica, conflitos e interesses dos atores envolvidos (entes governamentais e entidades médicas).

Os dados para a pesquisa foram coletados em pesquisas bibliográfica e documental. As pesquisas se concentraram no período de julho de 2013 a maio de 2014, nas mídias Globo, extraídas do banco de dados oficial da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos. As buscas realizadas nos sites governamentais, jornais e mídias diversas possibilitaram um acesso amplo às comunicações disponibilizadas sobre o Programa Mais Médicos. Do ponto de vista de rigor metodológico, esse procedimento assegura a confiabilidade da pesquisa, em parte, em decorrência do acúmulo de dados com posições favoráveis e contrárias ao programa e oriundas de atores governamentais e privados (MAY, 2004).

A pesquisa documental “[...] vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2008). Sua vantagem reside no fato de que os “[...] documentos constituem uma fonte rica e estável de dados e subsistem ao longo do tempo” (DALBERIO; DALBERIO, 2009). Por sua vez, a pesquisa bibliográfica, que propicia ao pesquisador cobrir uma gama de fenômenos muito maior que aquela pesquisada diretamente (GIL, 2008), foi realizada com base em artigos científicos, sites e notícias diversas disponíveis na internet sobre o Programa Mais Médicos. As reportagens nas mídias referem-se a notícias, textos, análises e críticas divulgadas por meio eletrônico das mídias Globo (“G1”, “O globo online” e “O Globo BR”). No geral, a busca ocorreu por meio da utilização de palavras-chave: ‘programa mais médicos’, ‘mais médicos’, ‘atenção básica à saúde’, “sistema único de saúde” e “classe médica”. Os textos selecionados foram salvos, fichados e categorizados no intuito de identificar os atores e as dinâmicas relacionadas a eles. O critério da saturação referiu-se ao fato de que diante do volume de dados, identificou-se uma reincidência destes, isto é, repetiam-se diante da diversidade e abrangência dos dados coletados (MINAYO, 1992). Contudo, pela abordagem de pesquisa adotada, não existe confirmação estatística a esse respeito. Aliás, o critério de saturação é um processo de validação objetiva em pesquisas qualitativas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para a análise dos dados, procedeu-se ao exame do conteúdo dos textos, que contribui para discutir o conteúdo manifesto e não manifesto da mensagem (GIL, 2007). Segundo Bardin (2002, p. 38), a análise de conteúdo trata-se de “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2002).

A seleção das notícias deu-se pela leitura minuciosa de todo o conteúdo jornalístico, buscando aquelas que abordavam questões referentes ao Programa Mais Médicos. No período estipulado, foram selecionadas 50 reportagens, evidenciando o interesse da mídia pela problemática em foco.

Na organização dos dados, considerou-se inicialmente a data, o caderno de publicação, e o uso de recursos jornalísticos, tais como: linguagem e título. A observação destes itens foi importante para compreender de que forma a mídia se dirige ao seu público alvo, visto que esses recursos constituem ferramentas importantes para a construção do texto e persuasão dos leitores acerca de determinada ideia e/ou crença.

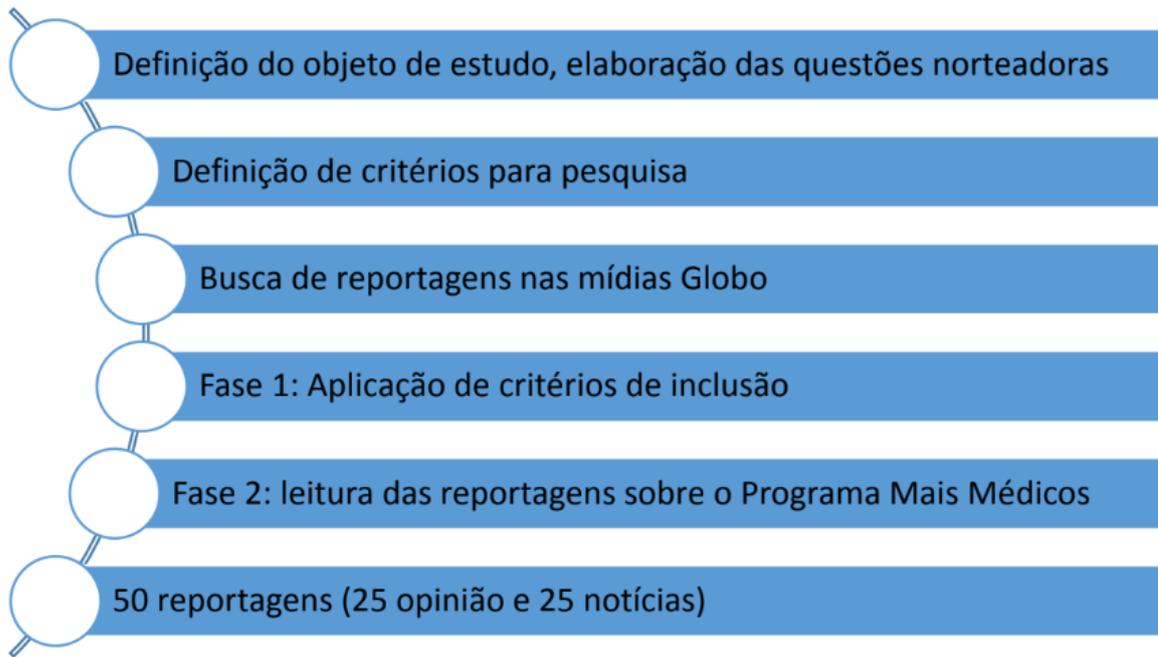
Após várias leituras, as reportagens foram agrupadas por temas, seguindo as etapas da análise de conteúdo temática descrita por Bardin (2002). A referida técnica é bastante utilizada em estudos que adotam a Teoria das Representações Sociais, pela possibilidade de articulação entre o discurso e seu contexto de produção (COUTINHO, 2003).

O material clássico da análise de conteúdo consiste em textos que já foram produzidos para outras finalidades quaisquer, como jornais ou memorandos de cooperação, permitindo reconstruir indicadores de cosmovisões, valores, atitudes, opiniões, preconceitos e estereótipos e compará-los entre a comunidade e/ou grupos sociais (BAUER; GASKELL, 2002). Os procedimentos utilizados por esta técnica caminham na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO; SOUZA, 2003).

As repetidas leituras mostraram que as reportagens abordavam, majoritariamente, dois aspectos relacionados ao Programa Mais Médicos, quais sejam: opiniões e elogios.

Os resultados foram estruturados a fim de destacar a análise realizada. Apresenta-se o contexto do programa com uma análise midiática da formulação e implementação do Programa Mais Médicos. Salienta-se que os textos selecionados foram trabalhados descritivamente e analiticamente ao longo deste trabalho. A seguir, iniciam-se os resultados e análises no contexto do Programa Mais Médicos.

Figura 2: Processo utilizado para delimitar as reportagens utilizadas na pesquisa.



Fonte: Autoria própria, 2017.

#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando a dimensão do PMM em termos de recursos envolvidos e de inovação como estratégia para provimento de profissionais médicos é importante considerar que tal política pública tem sido alvo de disputas e que não é consensual entre os diferentes atores sociais que a alternativa adotada pelo governo brasileiro foi a mais adequada. Após a criação do PMM, iniciou-se uma série de questionamentos a partir dos diferentes interesses envolvidos. De acordo com Ruas (2012:72):

Todo ator possui preferências. Uma preferência é a alternativa (meio) de solução para um problema que mais beneficia um determinado ator. Assim, dependendo da sua posição, os atores podem ter preferências muito diversas uns dos outros quanto à melhor solução para um problema político (RUAS, 2012).

Assim, tem sido possível identificar vários atores sociais, governamentais e não governamentais, todos eles imersos em uma multiplicidade de discursos e interesses no que diz respeito a esta ação governamental. Daremos destaque à compreensão de alguns atores sociais sobre algumas controvérsias vinculadas à implementação do PMM por considerar que o envolvimento de tais atores impacta na legitimidade das ações, influenciando nos resultados propostos pelo Projeto.

Desde que foi anunciado, o Programa Mais Médicos esteve presente na agenda da mídia e do debate público. As propostas do governo envolviam mudanças, inclusive, na formação dos médicos, com alterações em grades curriculares dos cursos de medicina e a obrigatoriedade do estudante passar pelo atendimento do SUS na atenção básica. Entre as diversas declarações e opiniões publicadas a partir de então, a classe médica brasileira, representada por suas entidades, posicionou-se contra o programa, respondendo-lhe, inclusive, com mais manifestações de rua, com a presença de médicos e estudantes de medicina pelo país. Entre apoiar ou não a vinda dos médicos estrangeiros, nota-se que houve uma disputa entre governo e as entidades médicas para ganhar a opinião pública.

A mídia como um dos diversos atores envolvidos nas políticas públicas deve ser considerada em análises, questão ainda pouco abordada na produção sobre políticas públicas – o modelo de Kingdon, por exemplo, não considera devidamente a mídia no processo de formação da agenda governamental (GOTTEMS et al., 2013). Conforme expõe Fonseca (2013, p. 404), a mídia é um “[...] ator fundamental em razão de sua capacidade de intermediar relações

sociais aproveitando-se da zona cinzenta que orbita entre interesses privados, que representa, e a ‘esfera pública’, que intenta representar à sua maneira” (FONSECA, 2013). Corroborando essa afirmação, Secchi (2013) pondera que a mídia exerce um papel central atualmente, em decorrência de sua influência na opinião pública e na esfera pública. Howlett (2000, p. 175), por sua vez, afirma que “[...] a cobertura da mídia, porém, não apenas aumenta as percepções e atenção públicas sobre várias questões, mas as constrói, definindo-as como econômicas ou políticas, sociais ou pessoais, radicais ou conservadoras” (HOWLETT, 2000).

No caso do Mais Médicos, a cobertura da mídia foi um elemento impulsionador dos debates a seu respeito, destacando-se, nesse caso, críticas jornalísticas, entrevistas, reportagens e outros. Embasa, assim, a noção de que a importância da mídia na análise das políticas públicas reside em seu poder de influência sobre a vida cotidiana dos indivíduos e sobre o sistema político. No Brasil, isso se apresenta em vários momentos de sua história (AZEVEDO, 2006). Com base teórica também em Guimarães e Amorim (2013), constatou-se que a mídia de massa atua como elemento que influencia na opinião pública e na receptividade pública do programa (GUIMARÃES; AMORIM, 2013).

Para Maia (2009), os veículos de comunicação possuem *modus operandi* idiossincrático: “[...] as empresas de comunicação têm um *modus operandi* específico, e os profissionais da mídia selecionam tópicos, constroem narrativas, editam e agenciam as vozes dos atores sociais nos textos midiáticos. Eles filtram e enquadram sentidos, acomodando melhor alguns modos de expressão e não outros” (MAIA, 2009). Mesmo assim, na mídia de massa a receptividade do programa foi negativa, bem como as diversas posições divulgadas sobre ele.

Em detrimento do mito da neutralidade da mídia de massa, constata-se que ela se posiciona sobre diversos temas, como supracitado. Dessa forma, é importante observar que, “[...] quando uma dada política contrária aos interesses midiáticos é inserida na agenda governamental, há uma enorme mobilização no sentido de vetá-la ou, se não for possível, conformar, enquadrar o ‘desenho’ desta política, isto é, sua ‘formulação’ e seus objetivos quanto ao que se pretende alcançar, a ponto de torná-los inócuos ou minorados” (FONSECA, 2013, p. 413). Empiricamente observou-se que a mídia de massa posicionou-se com discursos contra o Programa Mais Médicos, conforme dados mapeados: relacionou o atraso de Cuba com a qualidade dos médicos, apontou a questão de não passar pelo Revalida e de interesses não públicos do Governo com Cuba, trouxe o tema do comunismo, etc. Tudo isso proporcionou também nas mídias sociais uma luta discursiva (BARROS, 2014) pela legitimidade do programa.

Pode-se considerar que os processos de comunicação estarão mais isentos de distorções quanto mais próxima do mundo da vida estiver a sociedade civil (DURIGUETTO, 2007). Considerando-se a disputa hegemônica colocada por Gramsci, hoje, os meios de comunicação são arenas importantes para as guerras de posições na sociedade civil, seja por sua influência, abrangência ou importância. O conceito de público altera-se pela midiaticização, pois, “a mídia não só mantém a forma tradicional de constituição do ‘público’, mas também a estende, transforma e substitui.” Assim, a mídia passa a ser, também, um campo de disputa entre os atores políticos em busca da visibilidade favorável de seu ponto de vista (LIMA, 2006).

A maioria das sociedades urbanas contemporâneas pode ser considerada ‘centrada na mídia’ (LIMA, 2006, p.55), pois esta exerce papel fundamental na construção do conhecimento público que possibilita a tomada cotidiana de decisões nas diferentes esferas da atividade humana. A mídia foi utilizada como meio para propagandas políticas a partir do regime militar e, desde então, transformou-se no principal campo de construção simbólica da política. A mídia foi, então, transformada no “‘aparelho provado de hegemonia’ mais eficaz na articulação hegemônica (e contra-hegemônica)” (LIMA, 2004, p. 190).

Bourdieu (1990, p.161) explica que as lutas simbólicas podem ser realizadas de modo objetivo, em que se pode “agir através de ações de representação, individuais ou coletivas, destinadas a mostrar e a fazer valerem determinadas realidades”, e subjetivamente, em que se pode “agir tentando mudar as categorias de percepção e apreciação do mundo social, as estruturas cognitivas e avaliatórias” (BOURDIEU, 1987).

Em disputas simbólicas, a luta pelo poder corresponde a uma luta pela linguagem. Atualmente, a retórica pode ser considerada como qualquer uso de símbolos para influenciar o pensamento e a ação. Num cenário conflituoso, a palavra abandona o papel de merodesignante para participar da tentativa de empolgar a opinião pública. Considerando-se a situação de disputa entre o Governo Federal e as entidades médicas, as declarações e as justificativas apresentadas por cada parte exemplificam o exposto.

O poder simbólico tem a capacidade de intervir no curso dos acontecimentos, de influenciar as ações e crenças de outros. Para exercer esse poder, há vários recursos que podem ser usados, mas, basicamente, utiliza-se a mídia por produzir e transmitir capital, segundo Bourdieu (apud LIMA, 2006, p.12).

Na perspectiva de Gramsci sobre sociedade civil, a relação com os meios de comunicação trata-se de visibilidade da sociedade, pressão e negociação com o Estado, assim como a busca de apoio ou alianças no interior da sociedade civil. O que pode levar à

conquista de soluções favoráveis a determinado setor ou classe social em conflito, assim como a atingir melhores posições na disputa entre os diferentes projetos societários (BECKER, 2010 p. 106).

A mídia atua principalmente na formatação da opinião pública, mudando, constatando, retificando ou mantendo o que já é consenso. É responsável também por, muitas vezes, naturalizar acontecimentos que deveriam ser questionados. Para que se haja uma análise do comportamento midiático na formatação da opinião pública, deve se verificar o que é colocado em primeiro e segundo plano nos veículos.

O jornalismo, compondo parte da mídia, é um legitimador de poder. As pessoas tendem a confiar mais no que consomem nesta área do que em publicidades e propagandas. Por isso, a importância da imprensa agir de modo independente valorizando e respeitando o interesse público, e não de modo partidário, defendendo utilidades privadas (KARAM, 2004; KOVACH et al., 2004).

Karam (2004) apresenta a controvérsia, a contradição, a pluralidade e os antagonismos discursivos, que representem diversas percepções sobre o mundo, para utilização do jornalismo como o caminho para o espaço público contemporâneo. Porém, hoje, há grandes conglomerados responsáveis pela produção e difusão de informações no Brasil.

A seguir será apresentado um quadro contendo análise das 50 reportagens eleitas neste estudo, as quais foram extraídas das mídias Globo, no período de julho de 2013 a maio de 2014. As reportagens foram divididas por categoria "Notícia" ou "Opinião", e posteriormente analisadas como sendo críticas ou elogios ao Programa Mais Médicos.

Para aprofundar as análises foi elaborado em anexo (*Anexo I*) um "Banco de Citações" das reportagens, subdividido por título, citação literal extraída do texto contendo sua ideia principal, breve resumo e data, que permite avaliar o conteúdo das reportagens ao longo do desenvolvimento do PMM.

Quadro 2: Reportagens divididas por categoria (Opinião x Notícia)

<b>Categoria Temática</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Título</b>	<b>Mês/Ano</b>	<b>Mídia</b>	<b>Tipo</b>
<b>Opinião</b>	Editorial	O que está em jogo	08/2013	O GLOBO	Elogio
	Médico	Falta definir carreira	08/2013	O GLOBO ONLINE	Crítica
	Médico	Diferença é a qualidade	09/2013	O GLOBO	Crítica
	Economista	De Hipócrates à hipocrisia	10/2013	O GLOBO	Crítica
	OPAS	O Brasil não está só	10/2013	O GLOBO	Elogio
	Governo	Mais médicos e melhor saúde	10/2013	O GLOBO	Elogio
	Médico professor	Arriba e abaixo	10/2013	O GLOBO	Elogio
	Estudante de medicina	Mais médicos?	01/2014	O GLOBO	Crítica
	Editorial	A Cuba e a Venezuela que recebem Dilma	01/2014	O GLOBO ONLINE	Crítica
	Imprensa	Para onde vai o PT?	01/2014	O GLOBO	Crítica
	Sociólogo	Estado de exceção	03/2014	O GLOBO	Crítica
	Médico professor	O SUS no palanque	03/2014	O GLOBO	Crítica
	Médico presidente Associação	O crack e o gelo	04/2014	O GLOBO	Crítica
	Médico diretor faculdade	Muito além da importação de médicos	04/2014	O GLOBO	Elogio
	Entidade	Medicina eleitoral	04/2014	O GLOBO ONLINE	Crítica
	Médico professor	Taquicardia	07/2013	O GLOBO ONLINE	Elogio
	CEBES	A Saúde na boca do povo	07/2013	O GLOBO	Elogio
	Imprensa	Cubanos presos, aqui e lá	08/2013	O GLOBO	Crítica
	Imprensa	Los médicos	08/2013	O GLOBO ONLINE	Crítica
	Editorial	Quando imagens falam alto	09/2013	O GLOBO ONLINE	Elogio
	Médico	O apartheid da saúde	09/2013	O GLOBO	Crítica
	Editorial	O que importa no Mais Médicos	09/2013	O GLOBO	Crítica
	Médico	A inação pode matar	09/2013	O GLOBO ONLINE	Elogio
	Médico professor	Melhor é tornar possível	09/2013	O GLOBO	Elogio
Membro ABRASCO	Faltam R\$ 55 bilhões por ano na Saúde	09/2013	O GLOBO	Elogio	

<b>Notícia</b>		Entidades médicas condenam Programa Mais Médicos	07/2013	G1 – GLOBO	Crítica
		Entidades médicas vão questionar 'Mais Médicos' na justiça	07/2013	G1 – GLOBO	Crítica
		Serviço obrigatório no SUS é inconstitucional, diz Sindicato dos Médicos do Rio	07/2013	O GLOBO ONLINE	Crítica
		Entidade médica fala em greve geral contra programa 'Mais Médicos'	07/2013	O GLOBO ONLINE	Crítica
		Mais Médicos: CFM pede que profissionais denunciem ameaças de demissão	08/2013	O GLOBO ONLINE	Crítica
		Inscritos recusaram todas as 700 cidades sem médicos, diz Ideli	08/2013	G1 – GLOBO	Elogio
		Cubano naturalizado brasileiro diz que médicos são discriminados no Brasil	09/2013	G1 – GLOBO	Elogio
		Há 103 ações na Justiça contra o Mais Médicos, segundo AGU	09/2013	G1 – GLOBO	Crítica
		Mais Médicos: conselhos se reúnem hoje para preparar contra-ataque	10/2013	O GLOBO ONLINE	Crítica
		Médicos são orientados a pedir votos de pacientes contra Dilma	10/2013	O GLOBO ONLINE	Crítica
		Mais Médicos pode beneficiar, ainda este mês, 13 milhões de pessoas	10/2013	O GLOBO ONLINE	Elogio
		Maioria dos gaúchos é a favor do Mais Médicos, diz pesquisa da FGV RIO GRANDE DO SUL	10/2013	G1 – GLOBO	Elogio
		Terceira e maior leva de médicos cubanos chega na segunda-feira	11/2013	O GLOBO ONLINE	Elogio
		Em março, Mais Médicos terá 13 mil profissionais, diz Padilha	11/2013	O GLOBO ONLINE	Elogio
		Conselho apresenta de denúncias à OIT e OMS sobre Mais Médicos	11/2013	O GLOBO ONLINE	Crítica

		CFM volta a chamar Mais Médicos de eleitoreiro: governo nega	11/2013	O GLOBO ONLINE	Crítica
		Atendimento humanizado de médico cubano agrada pacientes de Cacoal	01/2014	G1 – GLOBO	Elogio
		População estava sem médico, diz dominicano do Mais Médicos em MT	01/2014	G1 – GLOBO	Elogio
		Na internet, médicos brasileiros apontam 'erros' de estrangeiros	01/2014	G1 – GLOBO	Crítica
		Atendimento pelo SUS melhora com Mais Médicos, diz paciente em MG	02/2014	G1 – GLOBO	Elogio
		Médica cubana contratada para o Mais Médicos pede asilo no país	02/2014	O GLOBO ONLINE	Crítica
		CFM manifesta apoio à cubana que deixou o programa Mais Médicos	02/2014	G1 – GLOBO	Crítica
		Novo ministro da Saúde defende Mais Médicos e diz que taxa de desistência é baixa	02/2014	O GLOBO ONLINE	Elogio
		Governo aumenta salário de médicos cubanos para R\$ 3 mil	03/2014	O GLOBO	Elogio
		Dilma parte 'pra cima'	05/2014	O GLOBO ONLINE	Elogio

Fonte: Autoria própria, 2017.

Em seguida será apresentada uma discussão dos conteúdos/discursos centrais vinculados no Quadro 2 e Anexo I.

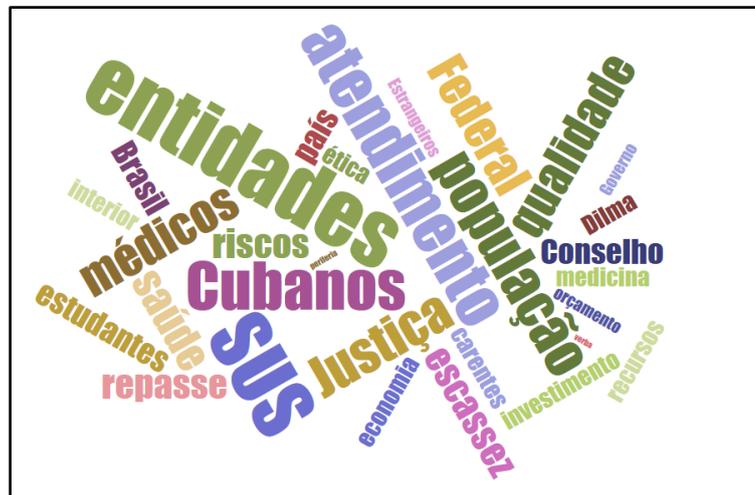
Inicialmente, os veículos de modo geral, divulgaram a proposta do Governo Federal e o posicionamento das entidades médicas, utilizando muitos representantes como fontes. Ao passo que o programa foi sendo executado, as matérias passaram a abordar a chegada de médicos estrangeiros, o treinamento pelo qual passavam e as cidades que estavam recebendo o programa. De julho de 2013 a maio de 2014, percebe-se que a imprensa passou a publicar mais informações e menos declarações sobre o tema.

Com relação aos títulos das reportagens presentes na categoria opinião, observa-se a presença de uma discussão voltada para medicina e saúde, apresentando críticas ao projeto e

seu método de execução, porém, também nota-se uma discussão maior sobre a defesa do SUS e da saúde. Em relação às notícias, pode-se ver claramente o posicionamento de entidades médicas frente ao programa.

Muitas críticas, recursos jurídicos e demais tentativas de desqualificar o programa e o governo que o implementou em diferentes etapas e períodos. Em contrapartida, vê-se o lado da ampliação do programa e do impacto positivo deste frente à população brasileira. Tão claro se deu estas considerações que ao utilizar o recurso Nuvem de Palavras, pôde-se obter a seguinte visualização (*Figura 3*):

Figura 3: Nuvem de palavras- Compilado das 30 palavras mais utilizadas nas 50 reportagens analisadas.



Fonte: Autoria própria, 2017.

Nestas reportagens, torna-se nítido que há uma disputa entre os médicos e o governo no tocante ao Programa Mais Médicos. A nuvem de palavras (*Figura 3*) demonstra com clareza os pontos centrais do debate. Isto é passível de conclusão pela presença das palavras mais utilizadas (aquelas de maior tamanho) sendo "entidades", "cubanos", "atendimento", "SUS", "médicos" e "população".

Certamente que intepretações podem ser diversas sobre a análise citada, pois a mesma foi realizada não apenas através da *Figura 3*, mas também do *Quadro 2* e *Anexo I* que traz à luz os temas com categorização por crítica e elogio ao Programa. Além da leitura de cada uma das reportagens que reforça esta compreensão.

Para demonstrar o embasamento das reportagens que foram veiculados na mídia, extraiu-se algumas outras representações de dados, que tornam mais visíveis a evolução em categorias e etapas diferentes do PMM. A seguir apresenta-se o *Tabela 6 e Mapa 1*.

Tabela 6: Distribuição dos médicos por ciclo de entrada no PMM. Brasil, 2013 e 2014.

<b>CICLO</b>	<b>PERÍODO</b>	<b>MÉDICOS</b>	<b>PERCENTUAL</b>
<b>1º</b>	Setembro de 2013	1.016	5,51%
<b>2º</b>	Novembro de 2013	5.138	27,89%
<b>3º</b>	Fevereiro de 2014	2.636	14,31%
<b>4º</b>	Abril de 2014	4.815	26,13%
<b>5º</b>	Junho de 2014	172	0,93%

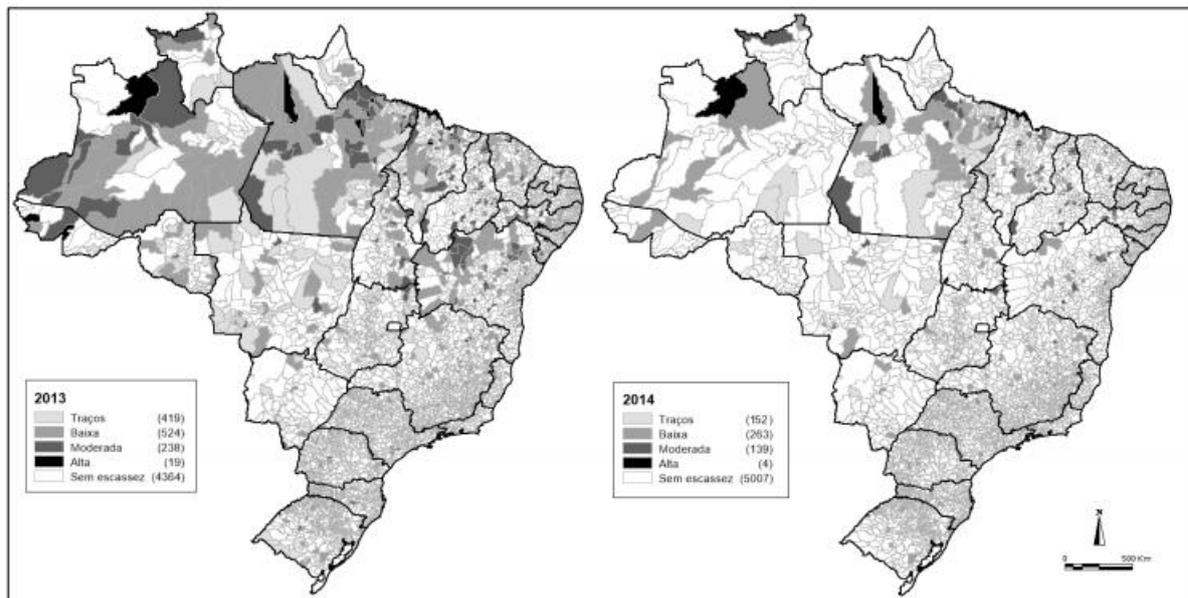
Fonte: SGP - Sistema de Gestão de Programas - Mais Médicos, 20/04/2017.

A *Tabela 6* acima permite concluir que ao longo do processo houve um crescimento expressivo da entrada nos médicos ao longo do programa, com especial destaque para os primeiro dois ciclos (Setembro e novembro de 2013) em que nota-se um aumento do percentual de médicos de 5,5% para 27,8%. Isto nos permite inferir que apesar de todas as críticas advindas de médicos e entidades de classe, o programa cresceu e houve aumento do interesse de participação de médicos no programa.

Conforme período de análise deste estudo, é válido citar o aumento também significativo dos ciclos de entrada 3 e 4 (Fevereiro e Abril de 2014), os quais ilustram aumento de distribuição de 14,3% e 26,1%, demonstrando ainda o crescimento nos primeiros meses do ano seguinte ao programa.

Seguindo o raciocínio sobre o impacto gerado pelo programa no país, apresenta-se abaixo um mapa do Brasil, ilustrando a escassez de médicos na Atenção Primária em Saúde em cada município, comparando os anos de 2013 e 2014.

Mapa 1: Distribuição dos municípios segundo o Índice de escassez de médicos em Atenção Primária em Saúde. Brasil, 2013 e 2014.



Fonte: ESPM/NESCON/FM/UFMG, 2014.

Ao analisar o *Mapa 1*, é possível concluir que houve uma profunda mudança deste indicador de escassez de médicos no país nos anos de 2013 e 2014. Tendo em vista que um dos objetivos centrais do Programa Mais Médicos era o provimento emergencial de médicos em regiões remotas, torna-se pertinente inferir que este eixo gerou de fato um impacto positivo na redução da escassez de médicos. Ainda há muito o que melhorar, porém, com este mapa, torna-se exequível compreender as notícias veiculadas na mídia no período de implementação do programa.

Desconfiança e descrença frente à saúde pública brasileira eram sim uma realidade no ano de 2013. Continuamente a classe médica se posicionou sobre as dificuldades do programa, bem como sobre as proporções da deficiência na saúde pelo Brasil. Entretanto, com estes dados uma nova realidade pode ser vislumbrada perante ao problema ainda que no quesito "falta de médicos".

## 5 CONCLUSÕES

Nesse trabalho, foram abordados os atores sociais governamentais relacionados à análise de políticas públicas. O objetivo central que permeou a dissertação foi o de mapear os atores envolvidos na formulação e implementação do Programa Mais Médicos e compreender as contribuições desses atores. Como atores centrais foram identificados o Governo e as entidades médicas.

No que se refere ao Programa Mais Médicos, verificou-se que seus processos não foram lineares nem sequenciais e estiveram imersos em relações assimétricas e conflitantes. Observou-se que ambos os atores participaram do processo motivados por interesses, ideologias e objetivos diversificados. Dessa forma, os conflitos permearam todo o processo, desde a proposta do programa, o anúncio, a aprovação da Lei, a chegada dos diversos médicos, até o início de suas atividades por todo o país.

Vale ressaltar que as opiniões que se enfeixaram nas mídias podem impactar negativamente na efetividade do programa, a ponto de parte dos beneficiários se sentir apreensiva em ser atendida por médicos estrangeiros, bem como de ocorrerem conflitos nas unidades locais entre os burocratas de rua brasileiros (diversos profissionais da área da saúde) e os intercambistas.

Adicionalmente, observa-se que a sociedade consegue influir no sistema político – que acaba sendo obrigado a reagir às suas demandas. No entanto, a influência ainda é limitada. De forma complementar, fica claro que o ciclo de políticas públicas (quando utilizado de forma estanque) pode não evidenciar “[...] interesses em disputa e os vetos, por meios distintos, advindos dos grupos sociais que se sentem, real ou imaginariamente, prejudicados” (FONSECA, 2013, p. 405).

Como fatores limitantes da análise, destaca-se a carência de um mapeamento sistemático (com uso de softwares, pois, as buscas realizadas atende os critérios de saturação qualitativos) sobre o que foi produzido e veiculado a respeito do Programa Mais Médicos. E, também, as informações disponíveis nos diversos meios de comunicação, em razão de serem, em grande parte, oriundas de decisões editoriais. De toda forma, este estudo representa um primeiro olhar sobre essa política pública, mas que ainda está aberto e em construção.

Sugerem-se, como pesquisas futuras, a avaliação do Programa Mais Médicos e de seus impactos na estrutura da saúde do Brasil; um exame dos discursos produzidos, consumidos e distribuídos sobre o Programa Mais Médicos, especificamente pela mídia de massa e sua relação com legitimidade do programa; bem como uma análise sob a ótica de outros modelos

de políticas públicas, tal como a participação e importância de outros atores não evidenciados nessa análise. As pesquisas indicadas são importantes, afinal, existem diversas formas de analisar as políticas públicas.

No caminho para a democratização do país, as políticas públicas possuem papel fundamental e precisam ser analisadas como campo multidisciplinar e ainda aberto a várias contribuições, olhares e perspectivas. Acredita-se que a contribuição principal foi caminhar na direção da constatação de que as políticas públicas se constituem de redes de interesses, conflitos, relações de poder, ideologias, disputa por recursos e legitimidade.

Por fim, observa-se que, tendo em vista o caso analisado, a mídia é um fator relevante para análise de políticas públicas, todavia, cabe ressaltar que o seu poder, tal como a influência da opinião pública, é restrito (HOWLETT, 2000). Ela pode ser ora mais direta, ora indireta, a depender das decisões editoriais, do contexto e do jogo político. Devido à atual abrangência dos grandes meios de comunicação e das redes sociais, pode-se observar que eles influenciam de forma substantiva a formação da opinião pública sobre a formulação e implementação do programa, afetando o comportamento de médicos e enfermeiros – e dos beneficiários das políticas de saúde. Todavia, essa influência poderia ser mais bem analisada tendo por base uma pesquisa empírica com profissionais de saúde e outros atores sociais (poderia ser uma pesquisa de opinião pública) – isso pode ser feito futuramente. Neste trabalho procurou-se contribuir valendo-se de outro posicionamento epistemológico e direcionamento metodológico.

## REFERÊNCIAS

- ANNANDALE, E. **The sociology of health and medicine: a critical introduction**. 2nd edition ed. Cambridge Malden, MA: Polity, 2014.
- AROUCA, S. **Reforma Sanitária**. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 18 abr. 2017.
- AZEVEDO, F. A. Mídia e democracia no Brasil: relações entre o sistema de mídia e o sistema político. **Opinião Pública**, v. 12, n. 1, p. 88–113, maio 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. [s.l.] Lisboa: Edições 70, 2002.
- BARROS, M. Tools of Legitimacy: The Case of the Petrobras Corporate Blog. **OrganizationStudies**, v. 35, n. 8, p. 1211–1230, ago. 2014.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagen e som: un manual práctico**. Petropolis: Vozes, 2002.
- BOURDIEU, P. **Choses dites**. Paris: Editions de Minuit, 1987.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**, de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>
- BRASIL. Lei n. 12.202, de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei n. 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). . 15 jun. 2010.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. . 2013.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial /MEC/MS nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. 2011. . 2011.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF, 2015.
- BUSS, P. **Uma Introdução ao conceito de promoção de saúde**. [s.l.] Editora Fiocruz, 2003.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163–177, 2000.
- CASTRO, C. A desigualdade regional pesa no SUS. 15 maio 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Demografia Médica no Brasil**, 2011. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia\\_2\\_dezembro.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf)>

COUTINHO, M. DA P. DE L. **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2003.

CUTOLO, L. R. A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. v. 35, n. 4, p. 16–24, 2006.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. [s.l.] Editora Fiocruz, 2003.

DALBERIO, O.; DALBERIO, M. C. B. **METODOLOGIA CIENTIFICA - DESAFIOS E CAMINHOS**. [s.l.] Paullus Editora, 2009.

DE MARCO, M. A. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário**. São Paulo, SP: Cortez Editora, 2007.

ESPM. **Fortalecimento da capacidade de planejamento de recursos humanos para sistemas nacionais de saúde**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/historico/RelatorioFinal.pdf>>.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO. **Dados Estatísticos sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em atenção primária no Brasil**, 2015. Disponível em: <[http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa\\_Andamento/Impacto\\_Programa\\_Mais\\_Medicos.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa_Andamento/Impacto_Programa_Mais_Medicos.pdf)>. Acesso em: 2 fev. 2017

FLEXNER, A. MEDICAL EDUCATION IN THE UNITED STATES AND CANADA. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 141, n. 1, p. 27, 3 set. 1949.

FONSECA, F. Dimensões críticas das políticas públicas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 11, n. 3, p. 402–418, nov. 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, jan. 2008.

FOX, D. M. Abraham Flexner's unpublished report: foundations and medical education, 1909-1928. **Bulletin of the History of Medicine**, v. 54, n. 4, p. 475–496, 1980.

FREIDSON, E. Para uma Análise Comparada das Profissões: A Institucionalização do Discurso e do Conhecimento Formais. v. 31, n. 11, p. 141–155, 1996.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOTTEMS, L. B. D. et al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 511–520, jun. 2013.

GUIMARÃES, J.; AMORIM, A. P. **A corrupção da opinião pública: uma defesa republicana da liberdade de expressão**. 1ª edição ed. São Paulo, SP: Boitempo Editorial, 2013.

HOWLETT, M. A dialética da opinião pública: efeitos recíprocos da política pública e da opinião pública em sociedades democráticas contemporâneas. **Opinião Pública**, v. 6, n. 2, p. 167–186, out. 2000.

IBOPE. **Pesquisa CNI – IBOPE – Retratos da sociedade brasileira: saúde pública**. Brasília: CNI, , 2012.

IPEA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) - Saúde**, 2011.

KARAM, F. J. C. **A ética jornalística e o interesse público**. São Paulo, SP: Summus Editorial, 2004.

KOIFMAN, L. **O Ensino Médico no Brasil e na Argentina: Uma Abordagem Comparativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

KOVACH, B. et al. **Os elementos do jornalismo: o que os jornalistas devem saber e o público exigir**. São Paulo: Geração, 2004.

LARSON, M. S. **The rise of professionalism: a sociological analysis**. Berkeley: University of California Press, 1977.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. [s.l.] Mcgraw-hill do Brasil, 1977.

LIMA, V. A. DE. **Mídia: crise política e poder no Brasil**. 1a. ed ed. São Paulo, SP, Brasil: Editora Fundação Perseu Abramo, 2006.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. [s.l.] Rio de Janeiro; Campus, 1988.

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

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde 2007**. [s.l.] UERJ, 2007.

MAIA, R. C. M. Atores da sociedade civil e ação coletiva: relações com a comunicação de massa. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 76, p. 87–118, 2009.

MARIZ, L. A. et al. O reinado dos estudos de caso na Teoria das Organizações: imprecisões e alternativas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 3, n. 2, p. 01–14, jul. 2005.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo : Rio de Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. DE S.; SOUZA, E. R. DE (EDS.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto Nacional pela Saúde. Mais Médicos**, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_nacional\\_saude\\_mais\\_medicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf)>

OPAS; OMS. **Promoción de lasaludenlasAméricas**. Programa provisional, tema 5.9, , 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Trabalhadores de Saúde: um perfil global. Relatório Mundial de Saúde**. [s.l: s.n.].

**Planejada pelo Brasil, “importação” de médicos é fenômeno mundial**. , 10 jul. 2013. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/educacao/planejada-pelo-brasil-importacao-de-medicos-e-fenomeno-mundial,f7eb8edd2b7cf310VgnCLD2000000dc6eb0aRCRD.html>>

POVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuicao geografica dos medicos no Brasil: uma analise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saude Pública**, v. 22, n. 8, p. 1555–1564, ago. 2006.

Revista Cultura e Extensão USP. O Que Falta Discutir sobre a Saúde Pública Brasileira. São Paulo, n. 10, p.11-17, nov. 2013.

RIBEIRO, R. C.; FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 421–424, fev. 2015.

RUAS, M. DAS G. **Políticas públicas**. [s.l.] Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; BIANCARELLI, A. **Demografia Médica no Brasil 2015**. [s.l.] Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2015.

SCHMITTER, P. C. Still the Century of Corporatism? p. 85–131, 1974.

SIGERIST, H. E. The University at the Crossroads . Henry E. Sigerist. **Philosophy of Science**, v. 14, n. 2, p. 175–175, abr. 1947.

VAITSMAN, J. Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social. [s.l.] RelumeDumará, 1992. Disponível em:

WORLD BANK. Governance and development. Washington, Oxford University Press, 1992. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/604951468739447676/pdf/multi-page.pdf>

**ANEXO I**  
**BANCO DE CITAÇÕES PMM**

<b>Título</b>	<b>Autoria</b>	<b>Citação</b>	<b>Resumo</b>	<b>Mês/Ano</b>	<b>Tipo</b>
Taquicardia	Médico professor	<i>O Mais Médicos, graças às manifestações nas ruas, traz uma novidade: finalmente, o governo voltou a falar sobre o SUS, reconheceu que a saúde vai mal, que é preciso intervir para mudar e promete mexer no mercado de trabalho via aumento das vagas para residência médica.</i>	Apesar de todos os problemas inerentes às políticas públicas, principalmente as que são realizadas em período eleitoral, o SUS volta ao centro do Debate. Explica-se que somente com o SUS em pauta é que as melhorias acontecerão na saúde, e no momento o PMM é meritório também por isso.	jul/13	Elogio
A Saúde na boca do povo	CEBES	<i>O país, governos e políticos foram desnudados pelo povo nas ruas, que denunciou as precárias políticas públicas do Brasil, incluindo as de saúde.</i>	A população clama por melhorias na saúde e os governos insistem em justificar as dificuldades por má gestão e alto custo do sistema. Para mudanças radicais e definitivas, é preciso identificar, analisar e expor as razões pelas quais o projeto do SUS desandou. A Renúncia fiscal e benefícios tributários são apenas algumas das facilidades que desvirtuam o público para o privado.	jul/13	Elogio
Entidades médicas condenam Programa Mais Médicos	Jornal	<i>A vinda de médicos estrangeiros sem aprovação no Revalida (exame de revalidação de diploma) e a abertura de mais vagas em escolas médicas, sem qualidade, na opinião das entidades, são medidas irresponsáveis...</i>	Entidades médicas (AMB, ANMR, CFM e Fenam) assinaram uma carta condenando a contratação de médicos estrangeiros sem o Revalida e a obrigatoriedade de estudantes de medicina trabalharem no SUS.	jul/13	Crítica
Entidades médicas vão questionar 'Mais Médicos' na justiça	Jornal	<i>... as medidas do programa "Mais Médicos", anunciado nesta segunda-feira pela presidente Dilma Rousseff, serão questionadas na Justiça, por contrariarem a Constituição ao estipularem "cidadãos de segunda</i>	Entidades médicas anunciaram que irão questionar o programa Mais Médicos na Justiça e avaliar a possibilidade de greve para responder ao Governo contra o que acreditam ser "medidas	jul/13	Crítica

		<i>categoria, atendidos por pessoas cuja formação profissional suscita dúvidas".</i>	paleativas, inócuas ou de resultado duvidoso".		
Serviço obrigatório no SUS é inconstitucional, diz Sindicato dos Médicos do Rio	Jornal	<i>... a norma que vincula a obtenção do diploma de médico a dois anos de trabalho obrigatório no Sistema Único de Saúde (SUS), para quem ingressar no curso de Medicina a partir de 2015, divide opiniões.</i>	Ao passo que o Sindicato dos Médicos do Estado do Rio de Janeiro defende que não há base jurídica para obrigar o profissional a trabalhar em determinado lugar, a pesquisadora da Fiocruz, Maria Helena Machado, considera necessário o contato com a realidade do SUS.	jul/13	Crítica
Entidade médica fala em greve geral contra programa 'Mais Médicos'	Jornal	<i>Para Ferreira, o programa precariza o trabalho do médico brasileiro e explora a mão de obra do profissional. O dirigente comparou as medidas à exploração de trabalho escravo.</i>	Presidente da FNM levanta a possibilidade de haver greve geral e faz críticas à remuneração do Programa. Para o presidente da SBMFC o SUS precisa de profissionais qualificados e melhoria na infraestrutura.	jul/13	Crítica
O que está em jogo	Editorial	<i>Há muito não se vê uma mobilização de uma categoria profissional como a dos médicos. Ações foram impetradas na Justiça e, na semana passada, houve paralisações em 16 estados.</i>	A contestação do Programa Mais Médicos pelas entidades médicas é legítima, mas precisa cuidado para não se sobrepor às necessidades da população de baixa renda, parcela que mais precisa do SUS.	ago/13	Elogio
Falta definir carreira	Médico	<i>A "importação de milhares de médicos" anunciada pelo governo em desatinada resposta aos protestos das ruas, sustenta-se na premissa - falsa de que aqui faltam médicos.</i>	O problema da má distribuição de médicos no Brasil não se resolve com o Programa Mais Médicos, sustentado por premissas falsas. Na verdade, é necessário uma estruturação da carreira médica.	ago/13	Crítica
Cubanos presos, aqui e lá	Imprensa	<i>São funcionários do governo cubano, destacados para trabalhar no Brasil - sob as regras contratuais do regime cubano, uma ditadura.</i>	O contrato com os profissionais cubanos, sem direito de se deslocar para outros países, com famílias impossibilitadas de deixar	ago/13	Crítica

			Cuba revolta o autor que se opõe junto a classe médica.		
Los médicos	Imprensa	<i>Parece ser uma boa ideia a sugestão dos brasileiros de que os seus colegas estrangeiros sejam submetido ao Revalida, que é um exame nacional de validação do diploma dos médicos.</i>	Protestos com vaias e xingamentos de brasileiros aos cubanos não estão corretas. Porém, a indignação da classe, exigência de revalida e crítica à barreira do idioma são pertinentes.	ago/13	Crítica
Mais Médicos: CFM pede que profissionais denunciem ameaças de demissão	Jornal	<i>Em pé de guerra com o governo federal, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reforçou nesta segunda-feira pedido para que categoria denuncie problemas como a falta de estrutura para trabalho e ameaças de demissão relacionadas ao programa Mais Médicos.</i>	O Conselho Federal de Medicina está incentivando os profissionais para relatar os problemas de estrutura, falta de respeito com o profissional e pacientes ou ameaças de demissão de colegas por conta do Programa Mais Médicos	ago/13	Crítica
Inscritos recusaram todas as 700 cidades sem médicos, diz Ideli	Jornal	<i>A ministra de Relações Institucionais, Ideli Salvatti, afirmou nesta segunda-feira (5) que nenhum dos candidatos ao programa Mais Médicos, do governo federal, optou por trabalhar em algum dos cerca de 700 municípios que não possuem qualquer médico na rede pública de saúde.</i>	Os 700 municípios que não apresentam médicos na rede pública não obtiveram inscritos pelo Programa Mais Médicos, o que comprova a necessidade do Programa, de acordo com Ideli Salvatti.	ago/13	Elogio
Diferença é a qualidade	Médico	<i>Gostaria de frisar o ponto que me parece crucial: a crise institucional deflagrada pelo Ministério da Saúde serviu para reforçar o reconhecimento à qualidade dos médicos brasileiros.</i>	Não se pode negar a qualidade dos médicos brasileiros, que no que tange a especificidade de cirurgia plástica, é reconhecida mundialmente pela sua prática e avanços.	set/13	Crítica

Quando imagens falam alto	Editorial	<i>Ao fim da aula inaugural, os cubanos, assustados, se viram cercados e obrigados a passar por um corredor humano de colegas de profissão brasileiros que os vaiavam e chamavam de "escravos", "incompetentes".</i>	Episódio em que médicas brancas, de jaleco estão xingando um médico negro, assustado, relembram emblemática foto de 1956 em Little Rock. No Brasil, somente 1,5% dos médicos se autodenomina negro .	set/13	Elogio
O apartheid da saúde	Médico	<i>Criaram dois tipos de médicos: os do Brasil abandonado e os do Brasil padrão Fifa</i>	A saúde virou prioridade numa agenda eleitoral, esquecendo que esgoto e educação podem erradicar doenças. Os diferentes locais e condições mostram que médicos são divididos injustamente.	set/13	Crítica
O que importa no Mais Médicos	Editorial	<i>Em meio a reações corporativistas, de cunho ideológico e até racistas, o programa importa cubanos, mas questões de fundo na saúde pública continuam desatendidas</i>	Faltam médicos no Brasil. A imigração de médicos faz sentido, mas precisa ser feita de forma séria. Também não basta soltar profissionais no meio do nada sem qualquer apoio especial do SUS.	set/13	Crítica
A inação pode matar	Médico	<i>É hora de agir. Quem sofre é a população.</i>	Incomoda a falta de cooperação tanto do governo quanto dos médicos. Afinal, o objetivo é (ou deveria ser) comum: proporcionar um melhor acesso aos serviços de saúde. O governo tenta impor suas propostas, enquanto os médicos respondem através da mídia ou judicialmente	set/13	Elogio
Melhor é tornar possível	Médico professor	<i>Entre feridos e ofendidos pelas escaramuças sobre a importação de médicos salvaram-se a entrada da saúde, pela porta da frente, na agenda pública e o retorno do uso de verbas no futuro pelas autoridades governamentais.</i>	O Brasil discute a possibilidade de tornar o SUS acessível, qualificado e dotado de recursos suficientes e estáveis. O debate agora é entre usuários do SUS, médicos, professores, especialistas em planejamento de sistemas de saúde e educacionais que questionem o impacto e longevidade das atuais proposições do governo.	set/13	Elogio

Faltam R\$ 55 bilhões por ano na Saúde	Membro ABRASCO	<i>O SUS poderia constituir-se em autarquia pública, tendo como núcleo organizativo as 420 regiões de saúde em que se divide o país</i>	Um dos pontos relevantes do PMM foi o reconhecimento de que os municípios não darão conta de resolver impasses do SUS. É necessário um investimento adequado em toda rede de Atenção Básica. O autor estima 55 bilhões no orçamento anual.	set/13	Elogio
Cubano naturalizado o brasileiro diz que médicos são discriminados no Brasil	Jornal	<i>Para Carlos Rafael, os cubanos dos Mais Médicos, ao ganharem menos que os médicos de outros países e ao não poderem trazer a família, estão sendo discriminados pelos governos do Brasil e de Cuba.</i>	Apesar de ganharem mais do que em Cuba, médico cubano relata que é discriminação receber menos que outros médicos e em condições diferentes.	set/13	Elogio
Há 103 ações na Justiça contra o Mais Médicos, segundo AGU	Jornal	<i>Desse total, 25 são ações coletivas, 24 ações individuais, dois mandatos de segurança e duas ações diretas de inconstitucionalidade. - Nenhuma delas resultou em ordem de suspensão do programa.</i>	Apesar das 103 ações na Justiça questionando o Programa Mais Médicos, o ministro da saúde, Alexandre Padilha, reconheceu os problemas de infraestrutura e defendeu a ampliação do curso de medicina.	set/13	Crítica
De Hipócrates à hipocrisia	Economista	<i>Vamos gastar R\$ 7,1 bilhões nos estádios padrão Fifa, enquanto em dez anos aplicamos só R\$ 4,2 bilhões em saneamento.</i>	Os políticos defendem o SUS, mesmo o país sendo colocado em 108º em satisfação com a qualidade dos serviços. Mesmo assim, não se pode indicar que é a falta de investimentos o foco do problema, e sim a aplicação dessa quantia. O programa Mais Médicos é um avanço no atendimento, porém engloba um contexto político.	out/13	Crítica

O Brasil não está só	OPAS	<i>Trinta e cinco ministros da Saúde e delegados de alto nível de países das Américas concluíram que a falta de médicos, enfermeiras, parteiras e outros profissionais de saúde é um dos maiores obstáculos para a conquista da cobertura universal de saúde. Por</i>	Durante reunião anual na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas /Organização Mundial de Saúde), em Washington, os representantes de 35 países propuseram reformas com o intuito de assegurar que as pessoas tenham acesso aos profissionais de saúde nos locais onde são mais necessários.	out/13	Elogio
Mais médicos e melhor saúde	Governo	<i>O Programa Mais Médicos é um exemplo cristalino de ação afirmativa para melhoria do sistema de saúde, que, por meio da contratação de médicos para atendimento nas regiões onde há escassez de profissionais, trará mais qualidade de vida a uma parcela significativa da população</i>	O autor relata a dificuldade em contratar médicos em municípios isolados. Ele elogia a contratação de médicos estrangeiros, a proposta de abertura de novas vagas nos cursos de medicina e investimentos no SUS de R\$ 16 bilhões.	out/13	Elogio
Arriba e abaixo	Médico professor	<i>O programa Mais Médicos, querendo-se ou não, construiu uma narrativa diferente sobre os problemas de saúde.</i>	A autora critica as políticas imediatas que costumam implantadas em época de eleição. Mas acredita que o Mais Médicos demonstra que o debate em saúde está aprofundado e o povo aprova, mesmo que a repercussão na classe médica tenha sido negativa.	out/13	Elogio
Mais Médicos: conselhos se reúnem hoje para preparar contra-ataque	Jornal	<i>Entidades médicas de todo o país iniciam nesta quinta-feira nova ofensiva para barrar o trabalho de profissionais formados no exterior no programa Mais Médicos.</i>	Ao passo que as entidades médicas se preparam para reagir à aprovação no Congresso da transferência para o Ministério da Saúde a incumbência de conceder registro de trabalho no Programa, o ministro da saúde minimiza o atrito e diz que entidades continuarão a fiscalizar o trabalho exercido.	out/13	Crítica

Médicos são orientados a pedir votos de pacientes contra Dilma	Jornal	<i>Segundo o presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Florentino Cardoso, a maior parte dos médicos vai influenciar o eleitorado de forma indireta, sem recorrer à participação partidária. Para ele, o importante é marcar uma posição antigoverno.</i>	Em reação à aprovação da medida provisória que criou o PMM, as entidades médicas preparam uma ofensiva nacional na campanha de 2014 contra a presidente Dilma Rousseff, sobretudo na população de baixa renda.	out/13	Crítica
Mais Médicos pode beneficiar, ainda este mês, 13 milhões de pessoas	Jornal	<i>Levando em consideração os 2.597 profissionais inscritos na segunda chamada do programa, e que devem iniciar os trabalhos ainda em Outubro, a estimativa é que mais nove milhões de brasileiros sejam cobertos pelo atendimento na atenção básica, em um total de 13,3 milhões de pessoas beneficiadas pelo Mais Médicos.</i>	Os atendimentos realizados pelo PMM já beneficiam 3,5 milhões de pessoas, através da atuação de 1.020 profissionais nas regiões mais carentes do país. Entre os quase 4 milhões de beneficiados, 61% vivem nas regiões Norte e Nordeste, demonstrando a abrangência e impacto social do programa.	out/13	Elogio
Maioria dos gaúchos é a favor do Mais Médicos, diz pesquisa da FGV RIO GRANDE DO SUL	Jornal	<i>De acordo com o governo, a pesquisa consultou 1,2 mil pessoas, a partir de 16 anos de idade, em todas as regiões do estado.</i>	Em pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) que avaliou a aceitação do PMM, 80% dos gaúchos disseram ser favoráveis. Além disso, 45% dos usuários consideram o atendimento do SUS bom ou muito bom, 35% disseram que é regular e 20% compreendem o serviço como ruim.	out/13	Elogio
Terceira e maior leva de médicos cubanos chega na segunda-feira	Jornal	<i>De acordo com o Ministério da Saúde, 3 mil profissionais desembarcam nas próximas duas semanas.</i>	A primeira etapa do programa contou com 400 cubanos e a segunda, com 2 mil. Entretanto, o Mais Médicos será composto por 5,4 mil médicos cubanos.	nov/13	Elogio
Em março, Mais Médicos terá 13 mil profissionais, diz Padilha	Jornal	<i>Até março de 2013, o programa Mais Médicos terá 13 mil profissionais, atendendo totalmente à demanda dos municípios.</i>	Ministro da Saúde diz que abrirá novo edital em dezembro, pois é o mês de formatura de muitos médicos no Brasil. O Número de médicos atende à demanda dos municípios, disse o Ministro.	nov/13	Elogio

Conselho apresenta de denúncias à OIT e OMS sobre Mais Médicos	Jornal	<i>CFM justifica falta de transparência e não cumprimento de regras para o recrutamento internacional de profissionais.</i>	CFM alega preocupação na forma de intermediação/exploração de mão-de-obra a qual os cubanos estão submetidos. O contrato entre o Ministério da Saúde e a Opas, que receberá 5% de todo os salários dos médicos cubanos, sem justificativa ou previsão legal caracterizam a falta de transparência do contrato com os médicos e os critérios para contratação.	nov/13	Crítica
CFM volta a chamar Mais Médicos de eleitoreiro: governo nega	Jornal	<i>As entidades são contra a contratação de médicos estrangeiros sem a revalidação do diploma</i>	Em audiência pública na segunda-feira (25) no Supremo Tribunal Federal, CFM diz que PMM é eleitoreiro. Representante do governo rebate afirmando que o programa pretende beneficiar a população do interior e das periferias, onde há ausência de profissionais na área da saúde	nov/13	Crítica
Mais médicos?	Estudante de medicina	<i>Ainda bem que o MEC não é médico. A esta altura, nós, estudantes de Medicina da Universidade Gama Filho, já estaríamos todos mortos.</i>	A autora critica o PMM e o fato de o governo aumentar as vagas em cursos de medicina (questiona a qualidade de cursos), enquanto a Universidade Gama Filho falia e não houve apoio do MEC.	jan/14	Crítica
A Cuba e a Venezuela que recepcionam Dilma	Editorial	<i>Dilma descobriu uma forma de satisfazer uma necessidade premente do Brasil e, ao mesmo tempo, ajudar o regime "companheiro" cubano, com o Programa Mais Médicos, que ela irá reafirmar.</i>	Medidas populistas de governos de esquerda culminaram em crises na Venezuela e Cuba. O autor reforça que Dilma está se esforçando para apoiar os parceiros por questões ideológicas.	jan/14	Crítica
Para onde vai o PT?	Imprensa	<i>Na saúde, ajudados pela oposição e pelos interesses corporativos da elite médica, o programa Mais Médicos virou panaceia.</i>	As medidas adotadas durante os anos de governo do PT na educação e saúde são amplamente criticados. O PMM é citado como um "curativo", que só é útil para os necessitados.	jan/14	Crítica

Atendimento humanizado de médico cubano agrada pacientes de Cacoal	Jornal	<i>O que chama a atenção no atendimento é a posição das cadeiras, de lado e não de frente, que segundo o médico é uma tentativa de tornar o atendimento mais humano com a aproximação dos pacientes</i>	Pacientes estão satisfeitos com o atendimento, a aproximação torna o cuidado melhor e traz conforto para eles. É um atendimento mais humanizado, diferente dos médicos brasileiros. Em geral, os médicos daqui não têm o costume de olhar para os pacientes, disse uma paciente.	jan/14	Elogio
População estava sem médico, diz dominicano do Mais Médicos em MT	Jornal	<i>A população estava há um ano, ou mais, sem médico</i>	Últimos médicos trabalhavam em contrato de 20 horas semanais. No PMM, o contrato é de 40 horas semanais, sendo 32 de trabalho e o restante para estudos. Dentro do posto conforme o médico, faltam remédios, soro, curativos, mas ele elogia o programa no tocante a abrangência para população carente	jan/14	Elogio
Na internet, médicos brasileiros apontam 'erros' de estrangeiros	Jornal	<i>O novo terreno de retaliação dos médicos brasileiros aos cubanos contratados pelo Programa Mais Médicos, do governo federal, é a internet</i>	Através de um blog, médicos brasileiros vem colhendo desde outubro receitas supostamente prescritas por médicos estrangeiros e que mostrariam desde dificuldade com a língua portuguesa até erros na escolha de medicamentos.	jan/14	Crítica
Atendimento pelo SUS melhora com Mais Médicos, diz paciente em MG	Jornal	<i>Tinha dia que eu vinha de madrugada e não havia nenhum médico e precisava vagar por outras unidades em busca de atendimento, relatou</i>	Com chegada de médica cerca de 20 pessoas por dia passaram a ser atendidas na unidade do Programa Saúde da Família (PSF). De acordo com dona de casa, chegada da médica ajudou a melhorar o atendimento na unidade, deficitário há cerca de sete meses	fev/14	Elogio

Médica cubana contratada para o Mais Médicos pede asilo no país	Jornal	<i>O deputado Ronaldo Caiado (DEM-GO) fez uma denúncia contra o programa Mais Médicos em plenário da Câmara nesta terça-feira, ao lado de uma médica cubana</i>	A médica, que trabalha no Pará, abandonou o programa. Ela afirmou que recebe apenas US\$ 400 por mês do que o governo brasileiro paga, o que contraria a promessa feita pelo governo. A bolsa prevista para médicos do programa é de R\$ 10 mil, mas os cubanos não ficam com todo o valor. A maior parte dela fica retida em Cuba.	fev/14	Crítica
CFM manifesta apoio à cubana que deixou o programa Mais Médicos	Jornal	<i>O CFM parabeniza essa cubana pela coragem de denunciar que fugiu e manifesta apoio a essa intercambista cubana.</i>	Roberto D'Ávila, presidente do CFM pede que autoridades acolham e protejam a médica, pois ela corre o risco de ser deportada para Cuba e presa por "desertar".	fev/14	Crítica
Novo ministro da Saúde defende Mais Médicos e diz que taxa de desistência é baixa	Jornal	<i>O grande problema é que se transforma num grande espetáculo uma situação normal de desistência, diz Chioro.</i>	Arthur Chioro, disse que o índice de desistência do PMM é baixo, criticou a postura da médica e atacou a oposição. Segundo ele, dos 5.378 médicos cubanos que participam do programa, 22 desistiram.	fev/14	Elogio
Estado de exceção	Sociólogo	<i>Ao importar, junto com os médicos, as normas jurídicas da ditadura castrista para o Brasil, o programa instala um Estado de exceção.</i>	A forma de contratação de cubanos é questionada. O valor da bolsa, os direitos políticos e trabalhistas são considerados inferiores em relação aos outros profissionais.	mar/14	Crítica
O SUS no palanque	Médico professor	<i>sobe e desce do SUS dos palanques deve-se a crenças bastante comuns entre ocupantes de cargos executivos.</i>	Em época de eleição o apoio a um mesmo SUS para pobres e ricos é discurso comum. Porém, quando conquistam o mandato, governantes justificam que incluir um grupo implica em excluir o outro, e por isto é justificável um SUS medíocre para quem mais necessita, pois incluir os	mar/14	Crítica

			ricos reduziria o acesso aos pobres.		
Governo aumenta salário de médicos cubanos para R\$ 3 mil	Jornal	<i>Decisão foi tomada após profissionais abandonarem o programa federal</i>	Coincidentemente, o aumento ocorreu depois da desistência de médicos cubanos, da pressão do Ministério Público do Trabalho e da cobrança da oposição, os governos de Brasil e Cuba decidiram aumentar o salário que os profissionais daquele país que atuam no Mais Médicos recebem no Brasil	mar/14	Elogio
O crack e o gelo	Médico presidente Associação	<i>Enquanto as autoridades importam médicos, uma verdadeira tragédia social se agiganta a cada dia debaixo do nariz do Governo: o uso do crack cresce diariamente.</i>	Após as manifestações a única resposta dada pelo governo à população foi o PMM. Que é confuso, desastroso, ruim. Enquanto a saúde psiquiátrica é negligenciada pelo governo.	abr/14	Crítica
Muito além da importação de médicos	Médico diretor faculdade	<i>O Brasil vive uma oportunidade única para debater a formação médica e evoluir no modelo de assistência em saúde.</i>	O PMM deve ser utilizado como ponto de partida para debater melhoria da atenção à saúde no Brasil. As instituições devem focar na qualificação de médicos brasileiros e não nas críticas à importação de profissionais.	abr/14	Elogio
Medicina eleitoral	Entidade	<i>Na verdade, médicos brasileiros estão sendo substituídos por médicos estrangeiros pelos prefeitos pelo abjeto motivo de diminuir ainda mais os investimentos na saúde e fazer propaganda eleitoral, enganando a boa vontade e a crença do povo.</i>	A dispensa do Revalida, retirada de poder dos conselhos de registrar os médicos, falta de diálogo com a classe são alguns dos pontos citados para, segundo o autor, o governo avançar em uma política eleitoreira.	abr/14	Crítica

Dilma parte 'pra cima'	Jornal	<i>Acuada por queda nas pesquisas e pelo "Volta, Lula", presidente ataca oposição e pede apoio popular.</i>	Em pronunciamento feito a cinco meses das eleições, a presidente Dilma Rousseff, fez promessas para eleitores ricos e pobres, em cadeia nacional de rádio e televisão. Mandou ainda recados para a oposição e fez um pedido explícito de apoio para que possa colher a "vitória".	mai/14	Elogio
------------------------	--------	---	---	--------	--------