



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM)
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação
Internacional (PPGDSCI)

ANTONIO NEVES RIBAS

Do provimento à fixação: um olhar global para o Programa Mais
Médicos para o Brasil

BRASÍLIA, DF

SETEMBRO/2020

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM)
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação
Internacional (PPGDSCI)

Do provimento à fixação: um olhar global para o Programa Mais
Médicos para o Brasil

ANTONIO NEVES RIBAS

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional (PPGDSCI) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento e Cooperação Internacional.

Orientadora: Prof. Dr^a Leides Barroso Azevedo Moura

Coorientador: Prof. Dr. Joaquim José Soares Neto

Brasília, setembro de 2020

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM)
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação
Internacional (PPGDSCI)

ANTONIO NEVES RIBAS

Do provimento à fixação: um olhar global para o Programa Mais
Médicos para o Brasil

Aprovado pela banca examinadora em 17 de setembro de 2020

Professora Doutora Leides Barroso Azevedo Moura

Orientadora

Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – UnB

Professora Doutora Marília Miranda Forte Gomes

Membro Examinador Interno

Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – UnB

Professora Doutora Maria Helena Vieira Machado

Membro Examinador Externo

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde - DAPS

Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ

Professor Doutor José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana

Membro Examinador Externo

Diretoria Regional de Brasília - DIREB

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Professor Doutor José Walter Nunes

Membro Examinador Interno (Suplente)

Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – UnB

AGRADECIMENTOS

Privilegiado; assim me sinto. Gozo de boa saúde física e mental, tenho um teto que me abriga e faz-me sentir seguro, faço mais de três refeições ao dia (com direito à sobremesa e cafezinho), tenho duas pernas saudáveis, uma bicicleta e um carro para me locomover. Livrementemente, diga-se de passagem, afinal, há nesse mundo seres humanos que nem esse direito humano têm. Além de tudo isso, tenho uma família que me dá apoio e amparo, tenho trabalho e tenho estudo. Quantas pessoas no mundo podem dizer o mesmo?

Não se trata de humildade falsa ou descabida, mas sim de reconhecimento de uma realidade da qual eu preferia e desejaria diferente. Sim, quero tudo isso e muito mais, porém, melhor do que adicionar itens a essa lista, é adicionar gente a esses itens. Quisera eu que essa relação pudesse ser maior, e para mais pessoas... Contudo, não há como negar que esse é um momento meu, uma conquista minha a ser incluída lá no primeiro parágrafo, mas tão inegável quanto isso é a constatação de que não cheguei aqui sozinho: seria impensável, impossível! Sinto-me grato e privilegiado por:

- estar ao lado de uma mulher tão incrível e admirável a quem tenho a felicidade de poder chamar de esposa. Débora, além da gratidão por todo o apoio que recebi (e por todos os anos ao meu lado), quero lhe dedicar essa conquista: ela também é sua!

- receber todos os dias (sem limite de dose) o maior amor do mundo. Chloe, no dia que puder ler isso, saiba que o papai quer te agradecer por todo o apoio que você nem sequer sabe que me dá. E a Luna também! Um dia eu vou te contar mais sobre isso...

- ter recebido a maior herança que um filho pode ter: amor incondicional e uma sólida educação de base. Lilian e Otto, devo-lhes a vida, mas, hoje, queria agradecer por acreditarem sempre em mim. Isso me faz querer ser sempre uma pessoa melhor;

- ter ao meu lado, e à minha frente, mestres que genuinamente podem ser chamados de orientadores. Leides e Neto, vocês me guiaram por seis anos desde que entrei no PPGDSCI para fazer meu mestrado. Não poderia pedir por uma dupla melhor! Eterna gratidão pela paciência, compreensão, apoio, confiança e ensinamentos,;

- poder ter passado por essa fase sem ter que me endividar. Melhor ainda, recebendo por isso. Sou agradecido e orgulhoso de viver num país onde o Ensino Superior é gratuito e de qualidade. Esse título não só não me custou nada, como recebi bolsa para poder pesquisar

aqui no Brasil e no Canadá. Que as futuras gerações possam não somente desfrutar desse direito, como também reconhecer e valorizar essa conquista.

Sei que a lista já está grande, mas não poderia deixar de estender minha gratidão às seguintes pessoas:

- ✓ À toda minha família, de sangue e de vida, aqui em Brasília, Japão, Goiás, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Roraima, Bahia e Aracaju;
- ✓ Aos docentes e colegas do PPGDSCI pelos seis anos de convivência: Ana Maria, Doriana, Bessa, Marília, Magda, Cecília, José Walter e tantos outros;
- ✓ Aos ensinamentos e amizades adquiridos no sanduíche na Universidade McGill, principalmente à minha coorientadora, Anne Andermann, ao Prof. Irwin Kuzmarov e aos colegas dos grupos de pesquisa;
- ✓ Aos Professores e colegas da Fiocruz do Rio de Janeiro e Brasília, principalmente à Prof. Maria Helena e Prof. Paranaguá;
- ✓ À CAPES, em especial à equipe do PDSE, por ter me proporcionado a incrível oportunidade de fazer meu sanduíche em Montreal;
- ✓ Aos amigos e companheiros de trabalho e jornada nas trincheiras da Saúde Pública no Brasil e no mundo;
- ✓ A João Gabriel Tavares – por ter me ajudado a reparar meu GPS cortical;
- ✓ Às boas e verdadeiras amizades; sem elas, a vida seria insossa e sem graça...

Sinto-me um privilegiado!

LISTA DE SIGLAS

- AB – Atenção Básica;
- APS – Atenção Primária à Saúde;
- CFM – Conselho Federal de Medicina;
- CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica;
- COAPES - Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde;
- CRM – Conselho Regional de Medicina;
- DAB – Departamento de Atenção Básica;
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais;
- DM – Densidade Médica;
- DM – Densidade Médica;
- DOU – Diário Oficial da União;
- DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena;
- eSF – equipe de Saúde da Família;
- ESF – Estratégia Saúde da Família;
- FTS – Força de Trabalho da Saúde;
- MEC – Ministério da Educação;
- MFC – Medicina de Família e Comunidade;
- MP – Medida Provisória;
- MS – Ministério da Saúde;
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico;
- ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;
- OMS – Organização Mundial da Saúde;

- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde;
- PCPMM – Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos;
- PIB – Produto Interno Bruto;
- PMB – Programa Médicos pelo Brasil;
- PMM – Programa Mais Médicos;
- PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil;
- PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica;
- RAS – Rede de Atenção à Saúde;
- RHS – Recursos Humanos em Saúde;
- RMFC – Residência em Medicina de Família e Comunidade
- SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- SF – Saúde da Família;
- SGP – Sistema de Gerenciamento de Programas;
- SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- SUS – Sistema Único de Saúde;
- UBS – Unidade Básica de Saúde;
- U&E – Urgência & Emergência;
- UF – Unidade Federativa.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURAS

Figura 1: Do provimento à fixação: um olhar global para o Programa Mais Médicos - organização e metodologia	p.22
Figura 2: Sistemas de Saúde: análise comparativa e panorama global - etapas da revisão narrativa da literatura (2016 – 2017)	p.32
Figura 3: Percurso metodológico para análise comparativa de sistemas de saúde ..	p.38
Figura 4: Sistemas de saúde: dimensões, instâncias e componentes.....	p.42
Figura 5: Tipos de sistemas de saúde por modelo assistencial e financiamento.....	p.44
Figura 6. Distribuição rural e urbana de médicos e enfermeiros no mundo (2010)	p.54
Figura 7: Densidade das Escolas Médicas no Mundo por 10 milhões de habitantes (2010)	p.64
Figura 8: Mapas: escassez médica no Brasil x municípios com proporção de domicílios com renda per capita abaixo da linha de pobreza	p.77
Figura 9: Do provimento à fixação: analisando alguns resultados do Programa Mais Médicos. Estrutura organizacional do capítulo	p.86
Figura 10: Linha do tempo das Legislações Fundantes e de Implementação dos Programas Mais Médicos (1990 – 2013) e Médicos pelo Brasil (2019)	p.91
Figura 11: Eixos de ação do Programa Mais Médicos	p.101
Figura 12: Percurso metodológico da revisão integrativa: Da implantação à fixação: o que diz a literatura sobre o Programa Mais Médicos?	p.103
Figura 13 Etapas do processo de seleção e classificação das publicações sobre os resultados do Programa Mais Médicos no provimento e fixação de médicos (2013 – 2019)	p.106
Figura 14: Distribuição de municípios e médicos de acordo com o tipo do município. Programa Mais Médicos, 2018	p.124
Figura 15: Etapas do processo de pesquisa para definir o parâmetro de comparação entre a Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos e outros motores de busca	p.189

Figura 16: Etapas do processo comparativo de pesquisa no motor de busca Google Acadêmico a partir dos parâmetros definidos na Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos	p.190
--	-------

Figura 17: Resultados do teste de validação do buscador da Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos em comparação com o Google Acadêmico e Scielo	p.191
---	-------

GRÁFICOS

Gráfico 1: Densidade médica (em médicos por 10 mil habitantes) e distribuição de médicos por continente (2013-2018)	p.59
---	------

Gráfico 2: Densidade Médica no continente africano em médicos por 10 mil habitantes (2013-2018)	p.60
---	------

Gráfico 3: Densidade Médica nas Américas em médicos por 10 mil habitantes (2013-2018)	p.62
---	------

Gráfico 4: Gráfico 4: Razão de médicos registrados no CFM por 1.000 habitantes nas regiões brasileiras, (2013)	p.78
--	------

Gráfico 5: Evolução da razão médico/habitante entre 1980 e 2010 – Brasil, 2013	p.79
--	------

Gráfico 6: Relação de médicos por 1.000 habitantes nas regiões brasileiras (2013)	p.81
---	------

Gráfico 7: Dispersão do tempo de permanência dos participantes do Programa Mais Médicos segundo o estado civil (2018)	p.126
---	-------

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADROS

Quadro 1: Tipologias de sistemas de Saúde no mundo (1980)	p.41
Quadro 2: Densidade Médica no continente europeu em médicos por 10 mil habitantes (2013-2018)	p.63
Quadro 3: Relação de países segundo o número de médicos por 1.000 habitantes em 2012	p.76
Quadro 4: Perfis dos municípios elegíveis ao Programa Mais Médicos, segundo a ordem cronológica de estabelecimento das prioridades e vulnerabilidades	p.96
Quadro 5: Relação dos temas referentes às publicações excluídas da etapa final da revisão integrativa pelo critério de “fuga do tema”	p.110
Quadro 6: Características gerais dos participantes do Programa Mais Médicos (2018)	p.123
Quadro 7: Distribuição regional dos participantes do Programa Mais Médicos (2018)	p.123
Quadro 8: Tempo médio de permanência, em dias, do participante do Programa Mais Médicos por características pessoais e local de lotação (2018)	p.125

TABELAS

Tabela 1: Força de trabalho médica doméstica e migrada em países africanos (2008)	p.58
Tabela 2: Densidade Médica na Europa em médicos por 10 mil habitantes (2013-2018)	p.61
Tabela 3: Escolas Médicas, Graduados e Força de trabalho Médica no mundo (2010)	p.65

RESUMO

Introdução: O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído no ano de 2013 com o objetivo de reduzir a escassez médica na Atenção Primária à Saúde no país, a fim de atingir a meta de 2,7 médicos/1.000 habitantes no ano de 2026. Para alcançar este resultado, apostou-se em duas principais estratégias: prover médicos de forma provisória com foco nas localidades mais vulneráveis do Brasil, contando, sobretudo, com força de trabalho estrangeira, e ampliar o número de vagas e cursos de Medicina em regiões de baixa densidade escolar de formação médica. Decorridos seis anos de sua implantação, faz-se necessário avaliar o quanto o Programa evoluiu no sentido de fixar os médicos nessas localidades, caminhando assim para sua meta central de aumentar o índice de médicos por habitante. **Objetivo:** Avaliar o PMM frente a outras iniciativas e programas similares existentes em diferentes países, no que concerne as estratégias e mecanismos utilizados para provimento e fixação destes profissionais. **Métodos:** Trata-se de estudo comparativo de metodologia mista que se utiliza de revisões bibliográficas não-sistemáticas combinadas a análises quantitativas em bases de dados oriundas do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) e do Observatório de Recursos Humanos da Organização Mundial da Saúde para o período de 2013 a 2018. **Resultados:** A análise comparativa demonstrou ser um método válido para avaliar o Programa Mais Médicos frente a intervenções de propósito semelhante em outros países. O arcabouço normativo do PMM evidenciou uma estrutura interinstitucional e interfederativa que contempla um conjunto de pelo menos 12 medidas utilizadas mundialmente para atrair e fixar médicos em áreas desassistidas. A revisão integrativa da literatura indicou que o PMM apresenta resultados significativos no eixo do provimento, moderados no eixo da formação e carente de mais evidências que atestem a melhoria da infraestrutura nas Unidades Básicas de Saúde. Não foram encontradas publicações que focassem nos resultados do Programa atrelados à fixação de médicos. Sendo assim, delineou-se um estudo que se utilizou da regressão linear múltipla para investigar se as características pessoais dos médicos e o local de lotação tinham alguma influência no tempo de permanência do participante no Programa. Não foi encontrada nenhuma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis independentes “sexo”, “idade”, “nacionalidade”, “estado civil”, “região de lotação” e “tipo do município”, com a variável dependente “Tempo Médio de Permanência”

($0,01 < p < 0,24$; NC=95%). Sobre os 15.949 médicos ativos no PMM até novembro de 2018 pode-se dizer 58% eram mulheres, 2/3 eram solteiros, 3 a cada 4 tinham até 40 anos de idade e somente 3% não eram cubanos (53%) ou brasileiros (44%). Quanto à região de atuação, 35% trabalhavam no Nordeste, 46% no Sul-Sudeste e 20% nas regiões Norte e Centro-Oeste. No que compete à tipologia do município de lotação, 47% estavam trabalhando em municípios predominantemente rurais, 27% nos centros urbanos e 26% em cidades de perfil misto. O Tempo Médio de Permanência desses profissionais foi de 2,1 anos ($\mu = 787$ dias; NC=95%; $s=462,47$; EP=3,66). **Conclusões:** O Programa Mais Médicos, em comparação a iniciativas semelhantes em outros países, demonstra ter uma estrutura institucional robusta que contempla a maior parte das medidas recomendadas internacionalmente para atrair e fixar esses profissionais em áreas desassistidas. Se por um lado existem evidências suficientes para comprovar sua eficácia no provimento de médicos para as áreas designadas como prioritárias, por outro, há um importante vazio de resultados referentes à retenção. É preciso, portanto, desenvolver mais pesquisas de caráter quantitativo e qualitativo, para verificar se os dispositivos empregados de fato contribuem para que os médicos prumem do provimento à fixação.

PALAVRAS-CHAVES

Programa Mais Médicos; Provimento e Fixação; Escassez Médica; Atenção Primária à Saúde; Sistemas de Saúde Comparados.

ABSTRACT

Introduction: The *More Doctors Program* (MDP) was created in 2013 by the Brazilian Government with the objective to reduce the shortage of Primary Health Care (PHC) physicians in the country, reaching the target of 2.7 doctors/1,000 inhabitants by the year 2026. To do so, the Program has two main strategies: recruiting physicians temporarily to underserved areas, counting mainly on foreign workforce, and increasing the number of Medicine courses and vacancies in regions with lower records of Medical Schools. After six years of its creation, it is necessary to evaluate how the Program evolved in terms of retaining the doctors at these areas, moving towards its central goal, which is increasing the doctors per inhabitant index, especially in the most underserved areas of the country. **Objective:** To evaluate the MDP with other similar initiatives and programs in different countries, concerning strategies and mechanisms used to recruit and retain these professionals. **Methods:** This is a mix-method comparative study, that combines literature reviews and databases analysis extracted from two sources: *Sistema de Gerenciamento de Programas* (Ministry of Health of Brazil), and *Global Health Observatory Data Repository* (World Health Organization) **Results:** The comparative analysis proved to be a valid method for evaluating the More Doctors Program (MDP) in the light of interventions with similar purpose in other countries. The normative framework of the PMM showed an interinstitutional and interfederative structure that includes a set of at least 12 measures used worldwide to attract and retain doctors in underserved areas. The integrative literature review indicated that the MDP presents significant results in its provision component, moderate in the educational and lacks more evidence to attest the improvement of the Primary Care Center's infrastructure. No papers focusing the Program's results on retaining doctors were found. Therefore, a study was designed to apply multiple linear regression, in order to investigate whether the doctors' personal characteristics and their localization payed any influence on their length of stay in the Program. No statistically significant correlation was found between the independent variables "sex", "age", "nationality", "marital status", "region" and "type of municipality", with the dependent variable "Average length of stay" ($0,01 < p < 0.24$; CL = 95%). Of the 15,949 active doctors in the MDP until November 2018, 58% were

women, 2/3 were single, 3 out of 4 were up to 40 years of age and only 3% were not Cuban (53%) or Brazilians (44%). As for the region where they work, 35% were in the Northeast, 46% in the South-Southeast and 20% in the North and Mid-West. Regarding the type of municipality, 47% were working in predominantly rural municipalities, 27% in urban centers and 26% in cities with a mixed profile. The average length of stay of these professionals was 2.1 years ($\mu = 787$ days; $NC = 95\%$; $s = 462.47$; $EP = 3.66$). **Conclusions:** The *More Doctors Program*, in comparison with similar initiatives in other countries, demonstrates having a robust institutional structure that includes most of the measures internationally recommended to attract and retain these professionals in underserved areas. If, on the one hand, there is enough evidence to prove its effectiveness on providing doctors for the prioritized areas, on the other, there is an important gap in results regarding retention. It is necessary, therefore, to develop more quantitative and qualitative research, to verify whether the mechanisms adopted by the MDP actually contributed to attract and retain doctors in the Brazilian PHC Centers.

KEY WORDS

More Doctors Program; Recruitment and Retention; Medical Shortage; Primary Health Care; Comparative Health Systems.

SUMÁRIO

Apresentação	15
1. Introdução	16
2. Metodologia	20
3. Análise comparativa e panorama global de Sistemas de Saúde: uma revisão narrativa 31	
3.1 - Como e o quê comparar entre sistemas de saúde?	32
3.2 - Sistemas de Saúde: panorama global	38
4. Escassez médica no mundo e no Brasil: uma revisão narrativa da literatura	54
4.1 - A escassez médica no mundo	56
4.2 - A escassez médica no Brasil	74
5. Da implantação à fixação: uma análise do Programa Mais Médicos	85
5.1 – Programa Mais Médicos: origens e funcionamento	86
Como surgiu?	86
Como funciona?	92
5.2 – Da implantação à fixação: uma análise sobre os resultados do Programa Mais Médicos	102
5.2.1 – O que diz a literatura?	102
5.2.2 – Até quando você fica, doutor? Uma análise sobre o tempo de permanência no Programa Mais Médicos	121
6. Do provimento à fixação: o que vem sendo feito em outros países?	131
7. Considerações finais, limites de pesquisa e conclusões	153
Referências	163
APÊNDICES	189
ANEXOS	198

Apresentação

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, em meio a um contexto político conturbado e marcado por manifestações populares que eclodiram em todo o território nacional, com demandas por melhores condições de saúde, e tantas outras reivindicações. Para a maior parte da população brasileira, aquele foi o primeiro contato com o Programa e com as principais propostas e ideias que ele trazia: ampliar o número atual de médicos na Atenção Primária à Saúde, a fim de reduzir as iniquidades regionais na distribuição de recursos humanos com auxílio da força de trabalho estrangeira, e expandir o número de vagas e cursos de Medicina, sobretudo nas localidades onde havia poucas ou nenhuma faculdade.

Muito embora muitos conhecessem o *Mais Médicos* somente pelos temas mais pautados pela grande mídia, como, por exemplo, atuação de médicos estrangeiros e mudanças curriculares nos cursos de Medicina, eu pude conhecê-lo a fundo, participando desde o período de sua concepção. Por ter composto a equipe do extinto Departamento de Atenção Básica (DAB) no Ministério da Saúde, tive a oportunidade de participar diretamente da estruturação e planejamento do programa, da pactuação com os atores, dos estudos de impacto e análises de expansão e também da avaliação de experiências estrangeiras que pudessem auxiliar na formulação do Programa. Na verdade, meu contato com o tema da escassez de profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde é até mais antiga...

Infelizmente na minha graduação nada aprendi sobre APS, aliás, se fosse depender do conteúdo ofertado na graduação em Fisioterapia para aprender sobre o assunto, eu até hoje seria um leigo. Foi graças ao meu envolvimento com o movimento estudantil que eu pude me aproximar não somente da APS como também da Saúde Pública como um todo. E foi essa iniciativa que me projetou para a vida profissional que eu trilharia a partir de 2005. Mudei-me de Brasília, cidade onde nasci e me criei, para experimentar a vida no Nordeste, onde meu primeiro trabalho pós-formado foi como gerente de uma Unidade Básica de Saúde na periferia de Aracaju. Fiquei morando na capital sergipana por três anos e decidi provar novos ares a 300 km ao sul, em Salvador. Lá trabalhei na gestão hospitalar, mas acabei atuando por mais tempo novamente na Atenção Primária, viajando bastante para o interior da Bahia com o objetivo de apoiar as secretarias municipais de saúde na gestão da APS, principalmente no provimento e fixação de trabalhadores nessas localidades.

Em 2011 retorno para Brasília para trabalhar no Ministério da Saúde, onde desde o começo um dos principais desafios era justamente pensar e elaborar políticas de saúde voltadas para a fixação de profissionais (principalmente médicos) nas regiões mais remotas e vulneráveis do país. Optei por sair do Ministério da Saúde em 2015 para conseguir concluir meu mestrado em 2016, do qual propus avaliar o quanto o Programa de fato tinha conseguido prover médicos para as áreas mais vulneráveis do país e o quão real tinha sido a expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família devido ao provimento emergencial. A esta altura o país passava por um período ainda mais conturbado de sua história política, que culminou no impedimento presidencial de Dilma Rousseff e na troca abrupta do governo federal.

No final de 2018, em virtude da mudança política fruto do processo eleitoral, o Programa sofreu profundas alterações estruturais quando o presidente eleito criticou a cooperação feita com Cuba, questionando a qualidade do trabalho dos médicos cooperados e as relações estabelecidas com o governo cubano. O impasse diplomático culminou na decisão da retirada dos médicos cubanos do Programa. Em 2019 o governo federal apostou em uma nova Medida Provisória (MP) para lançar um outro Programa, intitulado *Médicos pelo Brasil*, que propõem uma nova estrutura e novos termos para o provimento de médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira. A MP seguiu sua tramitação em curso regular no Congresso Nacional e acabou por ser aprovada em dezembro de 2019, já no penúltimo dia antes de expirar, porém só entrará em vigor a partir de 2020.

Em que pese todas as alterações ocasionadas pela substituição do Programa Mais Médicos pelo Programa Médicos pelo Brasil, eu sempre fiquei intrigado, curioso e motivado a aprofundar meu trabalho de mestrado acerca do alcance do PMM no seu objetivo principal: diminuir a escassez médica na APS, sobretudo nas localidades mais vulneráveis do país. Embora esta seja uma sentença aparentemente simples, existe uma complexidade por trás dela. Muitas medidas devem ser tomadas para que: (1) haja um quantitativo suficiente de médicos para atender a demanda populacional; (2) exista profissionais aptos e inteiramente preparados para atender à esta demanda; (3) médicos se sintam atraídos e motivados para eventualmente residirem e trabalharem nas localidades mais remotas e vulneráveis do país; 4) haja condições de trabalho e de vida para que eles se mantenham atuando nessas localidades.

Cada um desses quatro pontos requer uma série de medidas que dependem da atuação do Ministério da Saúde (e das Secretarias municipais e estaduais de Saúde), mas

transcendem o escopo da área da Saúde e entram na esfera da Educação, do Trabalho, da Infraestrutura e de aspectos, inclusive, de âmbito familiar e subjetivo do indivíduo. Será que o PMM estava estruturado para dar conta dessas dimensões? O que foi feito e quanto o Programa conseguiu caminhar para sair de um provimento emergencial e, de fato, fixar os médicos? Considerando toda essa complexidade e o fato de que a escassez médica é um problema global, surgiu a curiosidade de explorar o que os outros países fazem para prover e fixar os médicos na APS. Quais estratégias são consideradas mais exitosas? Para além do provimento, quais são as outras estratégias e mecanismos que o Brasil vem adotando para lograr os objetivos do Programa e, de que forma eles estão relacionados com o que acontece no exterior? Essas experiências podem servir de inspiração para eventuais mudanças no PMM e futuras iniciativas.

Estas foram algumas perguntas que me motivaram ao longo dessa trajetória de quatro anos que se provou muito mais complexa do que eu esperava. Tive a grata oportunidade de complementar meus estudos no Departamento de Medicina de Família da Universidade McGill, no Canadá, onde pude intercambiar minha experiência com outros pesquisadores de vários países.

Quanto mais eu me aprofundava no funcionamento dos sistemas de saúde mundo afora, mais eu via o quanto as idiossincrasias do SUS o fazem tão único, como já diz seu próprio nome. E se tem algo que eu apre..... com convicção é que não há como fazer comparações isoladas entre os programas/iniciativas de Provimento e Fixação sem inseri-los em um contexto que contemple, ao menos, a realidade onde os sistemas estão inseridos. Igualmente inadequado é entender como funcionam os sistemas de saúde de forma isolada, sem considerar o contexto socioeconômico, político e cultural daquele país. Foram, portanto, muitas leituras, muitas reflexões para chegar a um produto que, seguramente tem suas lacunas e incompletudes, mas também potencialidades. Ao final, para conseguir concluir tive que fazer escolhas e espero que nessas escolhas eu consiga ter contribuído para gerar conhecimento e propor novas reflexões para quem se interessar sobre o tema.

1. Introdução

O Relatório Mundial da Saúde de 2006 apresentou um panorama da Força de Trabalho da Saúde (FTS) que inspirava precaução. O processo de globalização, as repercussões negativas dos programas de ajustamento e a reforma financeira capitaneados por organismos internacionais, o envelhecimento populacional, as mudanças no perfil epidemiológico mundial e a introdução de novas tecnologias foram alguns dos elementos apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que geravam insegurança a trabalhadores da saúde e que, como consequência, redução das capacidades nacionais de gastos nas áreas sociais, como saúde e educação, bem como aumentar a migração nacional e internacional de médicos e enfermeiros para outras regiões e países, em busca de oportunidades e segurança no emprego. Ainda de acordo com o Relatório, a crise global da FTS (com estimativas de um déficit global superior a 4 milhões de profissionais de saúde) afetava a todos os países, indistintamente de seu patamar socioeconômico, porém ela é mais incisiva nas regiões rurais, remotas e periferias urbanas (WHO, 2006).

Conforme o que já se previa em 2006, essa crise se agravou nos anos seguintes e a demanda por profissionais de saúde cresceu em todos os países; se por um lado os países de mais alta renda combinam baixas taxas de fertilidade com o envelhecimento de sua população (o que se associa a um aumento no número Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – DCNT), por outro, nos países mais pobres, observou-se um aumento na emigração de profissionais de saúde (Dal Poz, 2013).

A escassez médica, independentemente da sua origem, cria uma série de desafios à organização de sistemas de saúde que vão desde aspectos mais gerais, tais como barreiras de acesso e alto volume de investimento financeiro, até consequências mais específica – porém não menos importantes – como o comprometimento da execução de um cuidado longitudinal e continuado com a saúde do usuário, considerada uma prática de fundamental importância para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas (Schmidt et al, 2011).

De acordo com a *Aliança Global da Força de Trabalho em Saúde*, países com baixo índice de médicos por habitantes costumam ter resultados negativos em taxas como expectativa de vida e mortalidades materna e infantil, apontando para uma forte associação entre estes fatores (GHWA, 2012). Essa possível correlação serviu para mobilizar a OMS a estipular parâmetros quantitativos mínimos para assegurar a prestação de serviços capazes

de combater esse quadro e promover melhores condições de saúde nos países. Segundo a OMS, o Brasil tinha 17,6 médicos para cada 10 mil habitantes em 2013, relação que era inferior às médias registradas nos países emergentes (17,8) e nas Américas (20,2). A comparação ficava ainda mais desequilibrada, quando remetida ao continente europeu, que apresentava uma média de 33,1 médicos para cada 10 mil habitantes, chegando a ser superior a 40 em países como Áustria e Suíça. Os desbalanços, no entanto, não ocorriam apenas na perspectiva internacional; dentro do país também havia desigualdade na relação médico/habitante, principalmente entre as regiões Sudeste e Norte/Nordeste (OMS, 2012).

Em 2013, o governo federal brasileiro lançou o Programa Mais Médicos (PMM) com o objetivo de combater este problema a partir de três grandes eixos de ação: (1) Provimento Emergencial; (2) Formação; (3) Infraestrutura. O propósito do Programa consiste em reduzir as iniquidades existentes no que concerne à distribuição de médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) pelo território nacional, atingindo a meta de 2,7 médicos para cada 1.000 habitantes no ano de 2026. Para lograr este objetivo, o Programa apostou sobretudo no eixo da formação, onde estão concentradas ações que visam promover a expansão dos cursos de graduação e residência com ênfase para a área de Medicina de Família e Comunidade em regiões do país com menor índice de médicos. Paralelamente aos investimentos feitos na área da formação, o PMM proveu de forma imediata mais de 18 mil médicos, brasileiros e estrangeiros, para municípios e áreas mais vulneráveis e/ou remotas do país.

Após dois anos de sua implantação, alguns trabalhos que analisaram os dados do primeiro biênio do PMM, tais como os de, Oliveira et al (2016), Santos et al (2016) e Pinto et al (2017) mostraram que houve avanços significativos na alocação equitativa de médicos na APS, apontando, portanto, para o êxito do eixo do provimento emergencial. Os autores complementam ainda que o provimento emergencial de médicos contribuiu para a ampliação do acesso da população aos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na melhoria de indicadores sanitários, gerando, conseqüentemente, avanços na cobertura universal à saúde, alto percentual de satisfação dos usuários, ente outros resultados.

Apesar deste reconhecimento do Programa, é preciso explorar e aferir o período em que os médicos atuaram nesses municípios e localidades vulneráveis. Tão ou mais importante que o provimento, no sentido de gerar impacto na saúde da população nessas áreas, é a fixação, ou seja a permanência deste profissional dentro de uma equipe por um prazo longo o suficiente para, por exemplo, gerar vínculo com a população adstrita ao

território de atuação e trabalhar na perspectiva da longitudinalidade e territorialidade do cuidado, entre outros princípios e diretrizes da APS (Starfield, 2002).

Muito embora o PMM não seja a primeira iniciativa brasileira a combater a escassez médica, conforme apresentou Maciel Filho (2007), o referencial teórico analisado nesta tese demonstrou que foi a intervenção de maior magnitude, tanto em termos de organização jurídico-administrativa (Di Jorge, 2013; Silva & Santos, 2015), quanto de mobilização de força de trabalho (Oliveira et al, 2015). Contudo, por ser uma iniciativa recente, a maioria das pesquisas existentes ainda está centrada em avaliar seus elementos intrínsecos, ainda que já exista um conjunto de investigações que esboçam avaliações de impacto, como os trabalhos de Santos et al (2015) e Girardi et al (2016). Visando reduzir potenciais limitações e ampliar o espectro de possibilidades de avaliação do PMM, este estudo vislumbra obter na comparação com iniciativas internacionais, auxílio para compreender o quanto (e se) o Programa Mais Médicos caminhou no sentido de fixar médicos nas regiões mais vulneráveis no país.

Por mais que haja na literatura trabalhos que fazem referência às iniciativas tomadas em vários países, as abordagens geralmente ocorrem com descrições isoladas ou com revisões mais generalizadas. Há, portanto, uma lacuna a ser preenchida por estudos que utilizem metodologias capazes de estabelecer parâmetros de comparação entre sistemas distintos. Considerando que há evidências que asseguram que, tanto a escassez, quanto a distribuição geográfica desproporcional de profissionais de saúde consistem em desafios à efetivação dos sistemas de saúde, justifica-se a realização desta pesquisa.

No intuito de responder à pergunta: “como se deu a trajetória do Programa Mais Médicos do provimento à fixação desses profissionais, quando comparado com iniciativas similares em outros países?” a presente pesquisa tem os seguintes objetivos:

- **Objetivo Geral:** Avaliar o PMM frente a outras iniciativas e programas similares existentes em diferentes países, no que concerne as estratégias e mecanismos utilizados para provimento e fixação de médicos.

- **Objetivos específicos:**

- Explorar a literatura científica sobre as evidências relacionadas ao provimento e fixação de médicos nos sistemas de saúde, a partir de experiências internacionais;
- Analisar a escassez médica no Brasil, a partir de evidências nacionais e internacionais;
- Analisar os resultados obtidos pelo PMM com relação à fixação dos médicos no período de 2013 a 2018;
- Identificar possíveis avanços e obstáculos no PMM, tendo como parâmetro as iniciativas estrangeiras de provimento e fixação de médicos;

2. Metodologia

Este trabalho adota uma abordagem mista que utiliza os métodos de revisão narrativa e integrativa de literatura, pesquisa documental e análise quantitativa de dados secundários. Trata-se de um estudo de caráter comparativo que definiu como objeto o Programa Mais Médicos (PMM), no intuito de avaliar seus resultados relativos ao provimento e à fixação de médicos para o período de 2013 a 2018, tendo como referência outros programas e iniciativas em diferentes países que partilham do mesmo propósito do PMM: reduzir a escassez médica na Atenção Primária à Saúde.

A análise comparativa é uma metodologia reconhecida e validada por diversos autores como uma alternativa para compreender e avaliar os sistemas de saúde e as suas derivações (Mechanic, 1975; Terris, 1980; Freeman, 1999; Burau & Blank, 2006; Connil, 2008; Marmor & Wendt, 2012), e permite definir um percurso metodológico capaz de possibilitar tanto a identificação de elementos e características relevantes do objeto escolhido (o PMM), quanto parâmetros para promover a comparação.

Posto isso, elencou-se dois temas que cumprissem os seguintes requisitos: ter relevância na lógica do Programa e poder servir de base para avaliar o PMM em si, e para utilizar como referências na comparação com programas e iniciativas de outros países. Por esses motivos, foram elencados os temas do **provimento** e da **fixação** de médicos, de modo que as análises produzidas, ainda que estejam circunscritas a outras temáticas, estão centradas nas estratégias e mecanismos utilizados para alocar estes profissionais em determinados lugares, bem como para mantê-los atuando nesses territórios a longo prazo.

Para fins da presente pesquisa, compreende-se *provimento* como ação ou efeito de disponibilizar, de abastecer, de alocar (neste caso) o médico em um determinado lugar. Pode também ser usado como seu sinônimo perfeito¹ “*provisão*”, ou ainda, a depender do contexto, como *recrutamento*². Quanto à *fixação* ou *retenção*³, define-se como ato ou efeito de permanecer estabelecido e estável em um determinado local, por um período determinado. A determinação do tempo necessário para consolidar a fixação é relativa e depende do uso de referências e parâmetros de comparação, pelos quais este estudo busca identificar. Igualmente, cabe salientar que este trabalho focará apenas na *fixação horizontal*,

¹ Dicionário Online de Português. In: <https://www.dicio.com.br/provimento/>. Acessado em: 17/02/2020.

² Em referência ao termo “*recruitment*” adotado recorrentemente na literatura em língua inglesa.

³ Em alusão ao termo “*retention*”, encontrado como tradução para fixação na literatura de língua inglesa.

isto é, aquela relativa à permanência do *médico* em locais antes desassistidos, e não abordará a *fixação vertical* ou “*task shifting*” que implica na redistribuição de funções historicamente atribuídas ao médico sendo assumidas por outros profissionais (Campos et al, 2009).

Definidos o objeto e os temas, o passo seguinte foi buscar e utilizar um referencial teórico capaz de: (1) embasar a escolha da análise comparativa de sistemas de saúde enquanto metodologia de avaliação; (2) possibilitar compreender, de forma geral, como funcionam os sistemas de saúde; (3) caracterizar a escassez médica enquanto problema comum ao Brasil e a outros países; (4) abordar como o Programa Mais Médicos se propõe a enfrentar esse problema e quais foram os resultados alcançados até agora; (5) descrever como outros países vem combatendo a escassez médica.

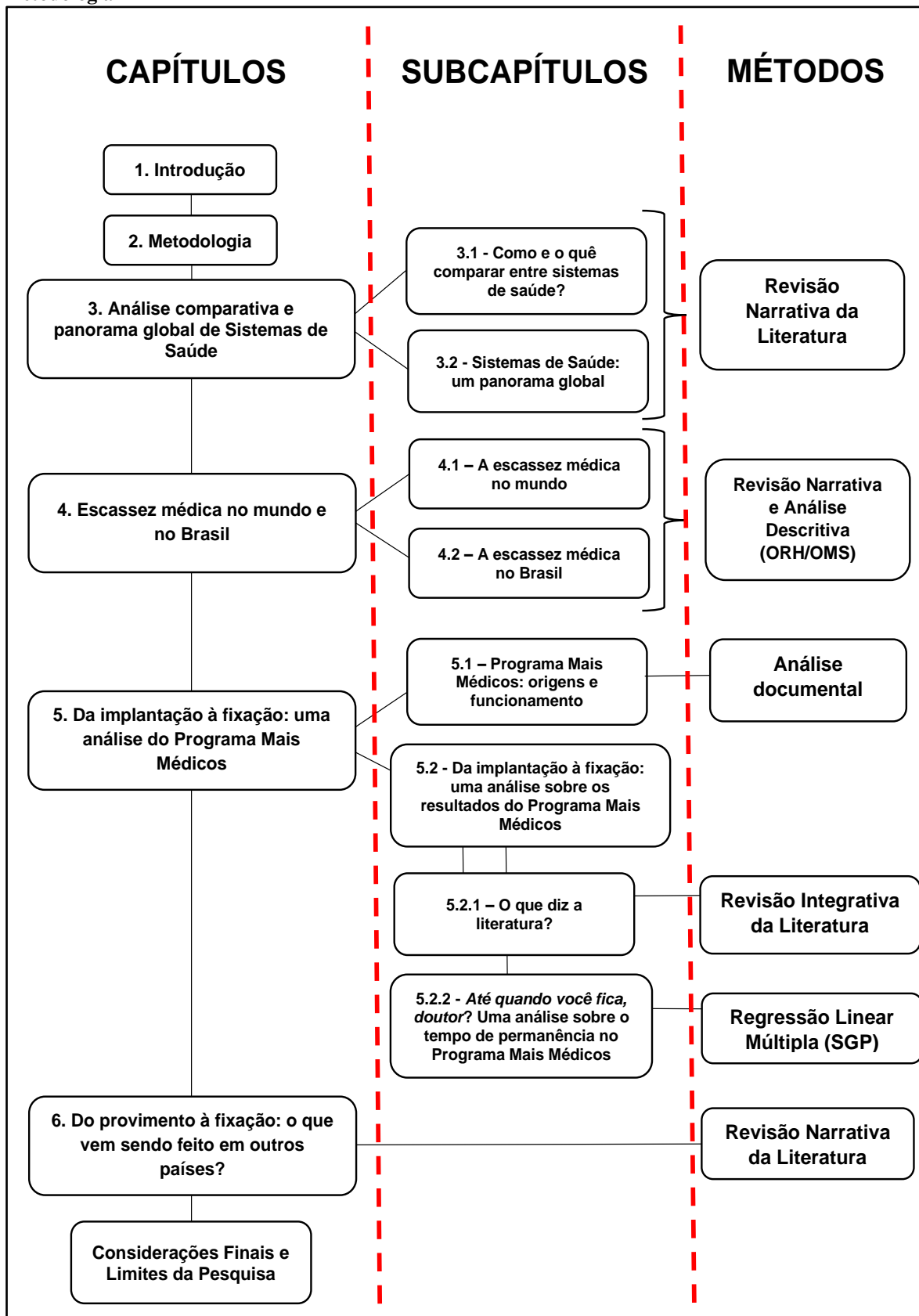
Esses cinco pontos supracitados determinaram a escrita dos quatro capítulos subsequentes ao capítulo da metodologia, de forma a contemplar todos os assuntos, na seguinte configuração:

- análise comparativa e panorama global de Sistemas de Saúde;
- escassez médica no mundo e no Brasil;
- da implantação à fixação: uma análise do Programa Mais Médicos;
- como os outros países estão enfrentando o desafio da escassez médica, e;
- do provimento à fixação: o que vem sendo feito em outros países?

Como a pesquisa utilizou diferentes métodos para tratar de cada assunto, a divisão em capítulos serviu para apresentar uma leitura mais fluida em texto corrido, onde a metodologia, os resultados e a discussão sobre eles são postos de maneira simultânea, adquirindo um formato próprio para artigos (Booth et al, 2009). Dessa forma, como a discussão sobre cada tópico será feita dentro dos próprios capítulos, a integração entre eles será feita já nas considerações finais.

Na sequência, discorre-se sobre os métodos utilizados nos capítulos da pesquisa, com as respectivas argumentações acerca das escolhas e critérios adotados no delineamento de cada um deles. Outrossim, com o objetivo sintetizar e facilitar a compreensão do sequenciamento deste estudo, disponibiliza-se na Figura 1 a sistematização gráfica da organização do trabalho completo, incluindo os métodos aplicados em cada capítulo.

Figura 1: Do provimento à fixação: um olhar global para o Programa Mais Médicos - organização e metodologia



Fonte: o autor.

Revisão narrativa de literatura

Essa foi a metodologia usada em vários capítulos, em virtude de sua abrangência e capacidade de identificar a contribuição de conceitos para a compreensão do objeto de pesquisa, como descrevem Sousa et al (2018). O método da revisão narrativa da literatura tem como finalidade identificar o máximo de referências encontradas sobre um tema específico, sem uma sistematização rígida, que aceita distintos formatos, como livros, revistas, artigos, relatórios técnicos e todo tipo de literatura cinzenta que possa contribuir para um primeiro contato com o objeto de estudo a ser explorado (Stacheira et al, 2020). Uma revisão não sistemática permite ao pesquisador a elaboração de ensaios que favorecem a contextualização, exploração de um tema divulgado não apenas em publicações indexadas, problematização e uma primeira validação do quadro teórico a ser utilizado na investigação empreendida (Vosgerau & Romanowski, 2014).

Esses três motivos ratificam a escolha desse método para os capítulos que o utilizaram, pois, em contraposição a outros tipos de revisão com etapas mais rigorosas (como a integrativa e a sistemática), o propósito era percorrer um repositório mais vasto, de forma a construir um referencial teórico amplo e abrangente, sendo, portanto, adequada para a inclusão e análise de dissertações e teses (Traina & Traina Jr, 2009). As revisões narrativas foram também complementadas por análises pareadas em grupos de pesquisa⁴, o que, segundo Spier (2002), refina e aprofunda a abordagem, uma vez que a construção da narrativa passar a ser moldada a partir de uma lógica de revisão de pares (*peer review*), e não mais por uma visão singular apenas.

À revisão narrativa não cabe explicitar ou sistematizar critérios para a busca e análise crítica da bibliografia, nem tampouco esta deve esgotar as fontes de informações de forma a ser replicada. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores, mas esses estudos, para Noronha & Ferreira (2000), são cientificamente necessários para ordenar periodicamente um conjunto de informações e resultados já obtidos e para captar resultados de pesquisa ainda não publicados ou em processo de publicação, favorecendo assim uma organização de conteúdo que demonstre a integração entre configurações emergentes, diferentes perspectivas investigadas, estudos recorrentes, as lacunas e as contradições do objeto estudado.

⁴ Grupos de Pesquisa em Sistemas de Saúde e Medicina Rural, ambos ligados à Universidade McGill (Montreal/QC, Canadá) – *Research Groups on Health Systems and Rural Medicine*. jul-nov (2017).

Revisão integrativa de literatura

A respeito desse método, Mendes et al (2008) destacam ser este o tipo mais adequado para combinar as literaturas teórica e empírica, assumindo, ao mesmo tempo, as formulações de seus autores como parte do processo. A variedade na composição da amostra, combinada à multiplicidade de finalidades deste método, proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos e de teorias ou problemas relativos à aplicação de estudos em saúde.

Face a esses aspectos, a revisão integrativa se mostrou adequada frente ao objetivo de demonstrar os principais resultados do PMM, afinal, após seis anos de existência e ter sido tema de alto interesse tanto na mídia, quanto na comunidade acadêmica, era de se esperar que o Programa motivasse a publicação de uma série de trabalhos voltados a investigar quais foram seus resultados (Carvalho, 2014). Não obstante, era previsível que os escopos dessas investigações apontassem para resultados em diversas áreas, então, foi necessário restringir o espectro para conduzir a revisão.

Seguindo as recomendações de Sobral & Campos (2012) que advogam pela acurácia na definição do tema e da pergunta de pesquisa, definiu-se que esta revisão focaria nos resultados concernentes ao **provimento** e à **fixação**. Neste sentido, a pergunta de pesquisa foi: *“de todos os resultados do Programa Mais Médicos, quais são as evidências que a literatura apresenta sobre o provimento e a fixação desses profissionais em regiões de alta escassez médica no Brasil”?*

Ressalta-se que a *fixação* de médicos está necessariamente vinculada a uma série de outros fatores, ou seja, é praticamente impossível tratar da fixação por si só, sem abordar os mecanismos utilizados para estimular o médico a permanecer por um longo tempo em determinado posto de trabalho, tais como incentivos financeiros, melhoria nas condições de trabalho, bonificações por desempenho, estímulo ao desenvolvimento profissional, entre outros (WHO, 2010; Buchan et al, 2013). Desta forma, para encontrar publicações referentes à fixação, foi preciso associá-lo a outros termos usando descritores controlados e não controlados: “Programa Mais Médicos”⁵; “provimento” e “fixação”, além do da sinonímia completa: “provisão”; “recrutamento” e “retenção”.

A terceira etapa da revisão consistiu em definir os motores de busca de publicações. Faz sentido explicitar esta ação como uma etapa metodológica da revisão, pois, a intenção

⁵ DeCS Categoria: SP1.001.022.048 e Número do Registro: 50209.

inicial era utilizar exclusivamente a *Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos* (PCPMM)⁶. Muito embora para autores como Galvão et al (2004) e Mendes et al (2008) esta medida não se configure como um etapa da revisão integrativa, ela aqui faz sentido, pelo propósito de adotar a Plataforma para encurtar o percurso da pesquisa, por meio de um “atalho”, levando em consideração que a proposta da Plataforma é abrigar todas as produções relativas ao PMM, inclusive as pesquisas que estão em andamento.

Consta em seu website que esta Plataforma é capaz de reunir todo o acervo de pesquisas e de publicações sobre o PMM. Artigos publicados em periódicos brasileiros e estrangeiros, livros e capítulos de livros, dissertações e teses podem ser acessados na seção “*Acervo de Publicações*”. A página virtual também disponibiliza um “*Acervo de Pesquisa*”, que contém informações sobre investigações concluídas ou em andamento sobre o Programa. O sítio virtual ainda disponibiliza um espaço dedicado a Estudos de Caso e notícias relacionadas ao Programa Mais Médicos.

A entrada e disponibilização dos textos na página ocorre por duas vias: (1) ou o pesquisador responsável pode cadastrar o seu projeto de pesquisa, descrever questões metodológicas e compartilhar seus resultados, ou; (2) a produção é indexada pela BIREME à base da plataforma por intermédio de uma busca sistemática aos principais sites acadêmicos e utilização de motores de busca em repositório digital⁷. Complementarmente, a equipe responsável desenvolveu uma taxonomia para registrar os documentos referentes ao programa Mais Médicos, que pode ser visualizada na íntegra no Anexo 1 deste trabalho.

Além de todos esses fatores, que já fornecem subsídio robusto para definir a PCPMM como o único buscador para estudos sobre o Mais Médicos, Medina et al (2018) publicaram um artigo de revisão fazendo uso exclusivo da Plataforma como motor de busca, dando ainda mais suporte para essa decisão. Todavia, devido ao fato de os estudos de Netto et al (2018), Rios (2017) e Martins et al (2017) terem utilizado outros portais de busca para além da PCPMM, optou-se por fazer um teste de validação, comparando os resultados com outros buscadores, a fim de averiguar se realmente não havia a possibilidade de perdas, ou seja, se a Plataforma de Conhecimentos do PMM realmente era realmente sensível para captar a

⁶ Iniciativa conjunta entre a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) Disponível em: <http://maismedicos.bvsalud.org>. [vários acessos].

⁷ Segundo a BIREME, os sites acadêmicos, buscadores e repositórios associados são: LILACS, PAHO-IRIS, BIGG, BRISA, SciELO, LiSSa, Epistemonikos, PubMed/MEDLINE, IBECs, MEDCARIB, WHOLIS, CUMED, LIS, HISA, Coleciona SUS, BDENF e Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP).

maior parte das publicações referentes ao Programa. A descrição detalhada desse teste está disponibilizada no Apêndice 1.

O teste serviu para demonstrar que a PCPMM, ao contrário do que consta em seu website, não identifica todas as referências bibliográficas relativas ao Programa Mais Médicos. Em comparação ao motor do *Google Acadêmico* ela retornou com menos resultados, sendo que a diferença se referia às publicações do ano de 2019. Enquanto o *Google* e o *Scielo* rastrearam as mesmas cinco publicações para este ano, o buscador da PCPMM não identificou nenhuma produção. Todavia, ao compará-la com o motor de busca da *Scielo*, percebeu-se que a PCPMM possui um repositório mais completo, principalmente porque o *Scielo* apresentou um vácuo completo de publicações para os anos de 2013 a 2015.

De posse desses resultados e, divergindo em parte com Medina et al (2018), deliberou-se por seguir utilizando o buscador da PCPMM, porém com o auxílio do motor de busca do *Google Acadêmico*, exclusivamente para poder encontrar e acessar publicações de 2019. Em função da varredura ineficiente, em especial no período anterior a 2016, descartou-se o buscador *Scielo* para dar sequência à pesquisa. Os resultados desta revisão estão descritos no capítulo correspondente, juntamente com o conteúdo extraído das três restantes etapas da revisão integrativa, descritas por Galvão et al (2004): (1) análise crítica dos estudos incluídos; (2) interpretação e discussão, e; (3) síntese do conhecimento adquirido.

Pesquisa Documental

O método da análise ou pesquisa documental foi aplicado para descrever o Programa Mais Médicos, tendo como referência o conjunto de Leis, normas e regras que serviram para moldar sua estrutura e viabilizar sua implementação. A decisão de restringir a pesquisa documental às normativas legais do PMM é amparada pela visão de Pimentel (2001). Segundo a autora, a essência do uso deste método está no fato de a coleta eliminar, ao menos em parte, a eventualidade de qualquer influência (presença ou intervenção do pesquisador) do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados, anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida. Decerto que o processo de elaboração desses documentos perpassa pelo subjugo de conceitos, interpretações e visões carregadas de parcialidade de seus formuladores, porém, o produto extraído, sem ser submetido a crivos posteriores, é uma fonte ainda “preservada”.

Segundo Gil (2008), a pesquisa documental se caracteriza pelo uso de materiais que ainda não passaram por um tratamento analítico-científico e, dessa forma, guardam certa proteção com relação a interpretações que provém de estudos subsequentes. A utilização de documentos para a pesquisa traz uma riqueza de informações, já que elas podem ser usadas em várias áreas de ciências humanas e sociais, aproximando o entendimento do objeto na sua contextualização histórica e sociocultural, além de permitir acrescentar a dimensão “tempo” à compreensão do social. Ademais, a etapa documental é frequentemente utilizada para complementar uma pesquisa, sobretudo no campo das políticas sociais, com vistas a subsidiar dados encontrados por outras fontes, com a intenção de ratificar a sua confiabilidade (Sá-Silva et al, 2009).

Os elementos de análise documental deste estudo (regramentos e normativas) se encaixam na compreensão de Cellard (2008) de que a relevância dos documentos ultrapassa o valor da “letra-fria”; eles carregam neles um conjunto de valores que explicita o contexto pelo qual os contratos sociais são estabelecidos em um determinado período histórico e conjuntural. Segundo o autor, a pesquisa documental permite apreender os esquemas conceituais, e evita ou ameniza interpretações sob valores atuais e/ou pessoais, parciais e errôneos.

Análise Descritiva

Métodos de estatística descritiva quantitativa são aplicados no intuito de organizar, sintetizar, agrupar, classificar e, principalmente descrever aspectos importantes sobre um conjunto de características observadas, ou para comparar essas características entre dois ou mais conjuntos. Ainda que esse processo sofra perdas de informações, em virtude das operações executadas, ganha-se com a clareza da interpretação proporcionada (Reis & Reis, 2002).

A organização descritiva dos dados é capaz de evidenciar informações relevantes em termos dos objetivos da pesquisa (Barbetta, 2007). Neste sentido, a análise do substrato extraído da base de dados sobre Recursos Humanos em Saúde (RHS) disponível no *Repositório do Observatório da Organização Mundial da Saúde* permitiu gerar conteúdo informativo da distribuição dos médicos pelo mundo e prover subsídio para análises subsequentes acerca da densidade e da escassez médica no mundo e no Brasil.

A adição desta análise é justificada por dois motivos: primeiramente porque o Observatório da OMS é uma ferramenta bastante consultada por pesquisadores da área, sendo que muitos deles, inclusive, participam direta ou indiretamente da produção. Em segundo lugar, porque é uma base de dados de cunho oficial e com vasta informações sobre vários países, o que representa uma fonte de informação essencial na temática da presente pesquisa.

Para conduzir a análise, foi necessário fazer alguns ajustes metodológicos e modificações na base de dados. As notas metodológicas referentes à esta análise descritiva podem ser obtidas no Anexo 2. Após os devidos alinhamentos, a execução foi feita por intermédio do software *IBM SPSS Statistics 20*, a partir da base exportada em arquivo Excel (csv) disponibilizada na página virtual do Observatório. As operações foram executadas seguindo as instruções contidas no Guia do Usuário (*User's Guide*), contando algumas vezes com suporte das orientações contidas no livro de Landau & Everitt (2004).

Regressão Linear Múltipla

O *Sistema de Gerenciamento de Programas* (SGP) é um sistema do Ministério da Saúde (MS), pelo qual gestores municipais e profissionais médicos realizam adesões e inscrições nos Programas de Provisão de Médicos⁸. É um sistema de acesso restrito a funcionários do governo federal, capaz de armazenar dados e produzir relatórios gerenciais referentes ao Programa Mais Médicos (PMM), entre outras funções. A responsabilidade do preenchimento dos campos é compartilhada entre o profissional, o responsável na gestão municipal e a equipe técnica da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)⁹. Por não se tratar de um sistema de acesso aberto ao público, foi necessário solicitar acesso às bases de dados através da Lei de Acesso à Informação (LAI)¹⁰, de modo que a resposta do pedido protocolado no *e-SIC*¹¹ retornou oficialmente no dia 20 de novembro de 2018. Cabe acrescentar que esta pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme comprova a documentação apensada no Anexo 3.

Foram recebidas duas bases de dados em formato “xlsx”: uma contendo a relação dos médicos na ativa até a data de 20/11/2018, e outra que apresentava uma relação de

⁸ In: <http://maismedicos.saude.gov.br/loginExt.php>. [vários acessos].

⁹ Em 2019 o Ministério da Saúde passou por uma reformulação administrativa e organizacional, de modo que a gestão do PMM passou da SGTES para a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS).

¹⁰ Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. In: <https://www.gov.br/acessoainformacao/pt-br>. Acessado em: 26/10/2016.

¹¹ Sistema eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão. In: <https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx>. Acessado em: 18/11/2016. Protocolo nº 25820005245201676 de 18/11/2016.

pendências na homologação. Na primeira havia uma série de variáveis relativas a 16.379 médicos, a saber: CPF, nome, data de nascimento, sexo, nacionalidade, instituição de formação, estado civil, município e Unidade Federativa (UF) de lotação, entre outras. Quanto à segunda, por não haver conteúdo que pudesse auxiliar a compreensão da evolução do PMM no quesito da fixação de médicos em regiões de alta vulnerabilidade, decidiu-se por não a utilizar no estudo.

O objetivo inicial, e mote do protocolo encaminhado oficialmente via e-SIC, era obter acesso à uma série histórica de 2013 a 2018 que dispusesse de dados capazes de gerar informações sobre a mobilidade do médico ao longo do PMM, com vistas a permitir análises sobre o tempo de permanência médio em cada equipe ou Unidade Básica de Saúde (UBS), rotatividade de profissionais (*turnover*), fluxos migratórios e outros indícios que contribuíssem para estabelecer padrões e tendências do provimento e fixação no âmbito do Programa. No entanto, as bases enviadas não geravam informações suficientes para conduzir essas análises, pois se restringiam a um recorte temporal específico, o que impossibilitava a realização de um estudo retrospectivo de coorte, como almejado. Apesar dessa limitação, foi possível realizar um estudo sobre o *tempo de permanência* dos participantes no PMM, combinado com uma análise sucinta dos motivos que levaram os médicos a serem afastados permanentemente do Programa.

Buscou-se investigar a relação do tempo de permanência (enquanto variável dependente) com aspectos como sexo, idade, nacionalidade, estado civil e local de atuação (variáveis independentes). O propósito era averiguar se esses fatores possuíam algum grau de influência (correlação) com o período de atuação do profissional no PMM e, para tanto, utilizou-se do método de regressão linear múltipla, dado o intento de observar o comportamento linear entre uma variável e um conjunto de outras variáveis. Segundo Barbetta (2007), a análise de regressão linear múltipla (ou multivariada) tem por objetivo verificar a existência de uma relação funcional entre uma variável dependente com outras variáveis explanatórias ou regressoras. Sua aplicação, todavia, não serve para medir causa e efeito, mas sim uma associação numérica entre as variáveis analisadas. Na área da saúde o método é empregado com distintas finalidades, como relatam Agier et al (2016) e Chi et al (2017), porém desconhece-se algum estudo que o tenha aplicado para analisar tempo de permanência de profissionais de saúde em determinado local.

As análises foram realizadas no próprio *Microsoft Excel* (versão 2016), sendo que após alguns procedimentos de limpeza do banco de dados e criação de variáveis *dummy* e secundárias, a amostra total de médicos foi de 15.949. Se por um lado alguns rótulos puderam ser excluídos, por não apresentarem relevância na análise (a exemplo do número de registro profissional e código de inscrição no programa), por outro, a base carecia de informações que seriam interessantes para agregar na análise, a exemplo da naturalidade, pois elas poderiam obter alguma correlação com o tempo de permanência no Programa, a partir da hipótese de que a proximidade do lar influenciaria a decisão do médico em permanecer naquele território específico.

3. Análise comparativa e panorama global de Sistemas de Saúde: uma revisão narrativa

Este capítulo tem dois objetivos principais: explorar as contribuições de distintos autores sobre a análise comparativa entre sistemas de saúde como uma metodologia de avaliação, e possibilitar compreender como funcionam os sistemas de saúde, em uma perspectiva geral. Para tanto, ele foi segmentado em duas partes: a primeira aborda a análise comparativa de sistemas de saúde a partir de uma perspectiva histórica e contextualiza seu uso enquanto metodologia de avaliação. A segunda parte traz um panorama global dos sistemas de saúde a partir de algumas classificações e tipologias. Este texto tem o propósito de situar a comparação entre o PMM e as outras intervenções dentro de um contexto que proporcione uma compreensão ampla do objeto em análise, conforme indica a própria metodologia de análise comparativa (Wendt et al, 2009).

Entre setembro de 2016 e novembro de 2017 foi feita uma revisão narrativa da literatura nos idiomas inglês, português e espanhol e todo material coletado foi catalogado e gerenciado por intermédio do software *Mendeley*. Para acessar as publicações, foi utilizada a base de dados da *PubMed* complementarmente ao *Google Acadêmico*, pois, ao contrário da maioria das outras bases, ele permite o acesso imediato a essa informação, sem exigir uma série de operações adicionais (Bakkalbasi et al, 2006).

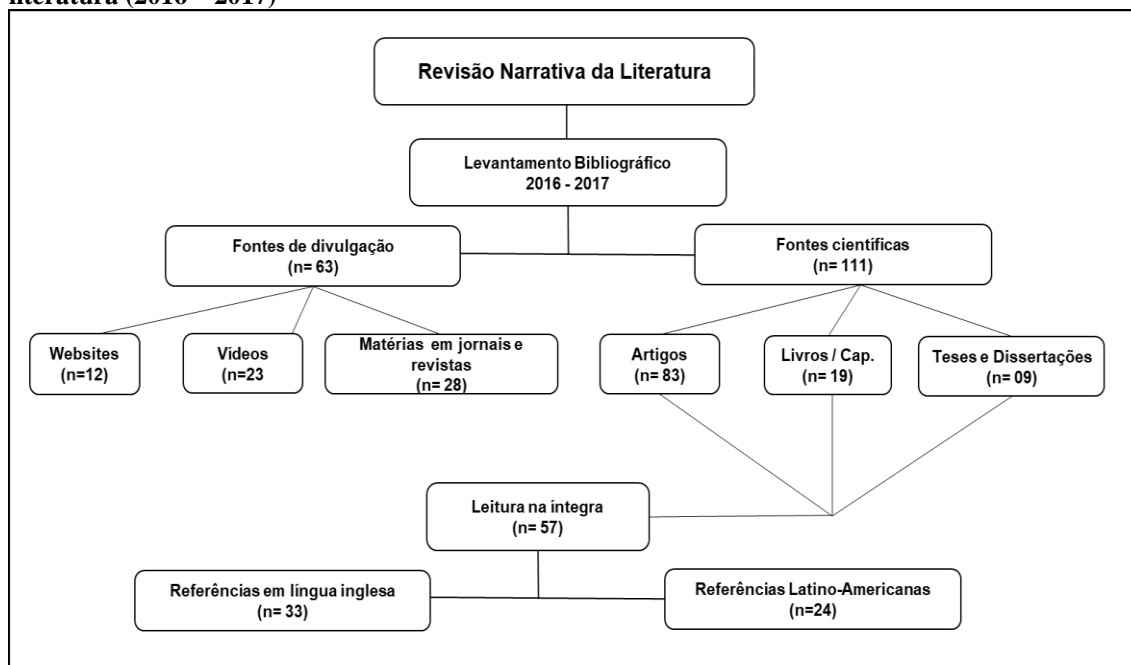
Esta revisão bibliográfica seguiu três etapas, endossadas por Alves-Mazzotti (2002); a primeira foi de contextualizar os sistemas de saúde e análise comparativa entre eles; a segunda foi analisar as concepções teóricas adotadas nos estudos analisados; e a terceiro consistiu em selecionar e extrair sínteses das evidências encontradas. A bibliografia foi organizada de acordo com sua procedência: *fontes científicas* (artigos, livros, teses e dissertações) e *fontes de divulgação* (matérias em revistas ou jornais, documentos técnicos e websites), conforme sugerem Cervo & Bervian (2002).

A seleção final dos textos lidos na integralidade excluiu as fontes de divulgação e incluiu as científicas, com destaque para: (1) a bibliografia em língua inglesa utilizada pelo *Grupo de Pesquisa em Sistemas de Saúde do Departamento de Educação Continuada da Universidade McGill*¹²; (2) referenciais teóricos latino-americanos sobre sistemas de saúde

¹² A participação no *Health Systems Research Group* ocorreu por intermédio do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE/CAPES), processo nº 88881.132622/2016-01, entre junho e novembro de 2017.

e análises comparativas; (3) publicações mais citadas na área das análises comparativas. A Figura 2 apresenta as informações sobre os resultados encontrados e as etapas da revisão.

Figura 2: Sistemas de Saúde: análise comparativa e panorama global - etapas da revisão narrativa da literatura (2016 – 2017)



Fonte: o autor, a partir de (1) Vosgerau & Romanowski, 2014; (2) Cervo & Bervian (2002); (3) Noronha & Ferreira (2000); (4) AmatuZZi et al (2006).

3.1 - Como e o quê comparar entre sistemas de saúde?

A análise comparativa de políticas é uma “indústria em constante crescimento” (Burau & Blank, 2006). Os avanços na tecnologia da informação possibilitaram a expansão da disponibilidade e da disseminação de dados em muitos países, enquanto, ao mesmo tempo, muitos campos políticos se tornaram cada vez mais orientados internacionalmente. O maior interesse em informações sobre políticas em outros países também foi estimulado pela percepção de políticas compartilhadas desafios decorrentes de crises econômicas e de bem-estar social. A perspectiva comparativa é amplamente utilizada no campo acadêmico da análise de políticas públicas e em estudos de políticas mais aplicadas. Paralelamente às discussões sobre o aprendizado gerados pelas análises comparativas, há um debate sobre as metodologias da comparação entre países (Horton, 2006).

A análise comparativa de sistemas de saúde é usada principalmente para capturar o contexto institucional onde se insere a organização do cuidado, de modo a contribuir para explicar como ocorrem as políticas de saúde em diferentes países, e quais são suas

implicações. Nesse sentido, compreende-se o sistema de saúde como um conjunto típico ideal de características macro institucionais com base em variações no financiamento, nos cuidados à saúde, bem como nas diferenças correspondentes na prestação de serviços à população (Freeman, 1999).

Os sistemas de saúde tendem a variar bastante de um país para outro. Na verdade, a depender da localidade e da forma como são avaliados, há distintos arranjos dentro de um mesmo território, como é o caso do Reino Unido (que possui uma estrutura axial única, mas com diferenças na organização da assistência entre Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte) e também do Canadá – que também possui um regimento central com particularidades entre suas províncias (Prowle & Harradine, 2015). Em prefácio escrito para a obra de Johnson & Stoskopf (2010), a pesquisadora Susan Guest descreve que os sistemas de saúde são as redes mais complexas e carregadas de recursos já inventadas pelo ser humano, pois ao mesmo tempo que bilhões são investidos na procura de caminhos para moldá-los de forma sustentável, seus rumos são desviados completamente a partir de guinadas oriundas das mais distintas e imprevisíveis fontes.

Não obstante, há investimentos e movimentos substanciais que visam compreender como os sistemas de saúde funcionam mundo afora, isto porque, segundo Conill (2008), a contribuição crescente da análise comparada entre sistemas de saúde cresceu significativamente à medida que a intervenção governamental nas políticas sociais foi crescendo ao longo do século XIX, chegando ao ápice na segunda metade do século XX, em virtude do movimento de industrialização no pós-guerra. Ainda que levantem questionamentos acerca das lições apreendidas na análise comparativa, Marmor et al (2005), reconhecem na prática uma alternativa válida ao estudo de sistemas de saúde quando os propósitos são motivados pelo interesse em aprender como os sistemas se moldaram e como funcionam para, a partir daí, extrair lições sobre a formação de políticas.

A análise comparada mostra que as trajetórias de sistemas e serviços de saúde demonstram ter convergências e divergências entre si. Se, por um lado, cada sistema é único, fruto do processo histórico de cada país, por outro, seus serviços e componentes recebem e incorporam influências das mais diversas origens. Ainda que singulares, os sistemas de saúde, portanto, permitem comparações, e estas podem ocorrer de formas e formatos diversificados, a partir de elementos que são destacados por vários autores da área (Burau & Blank, 2006).

Sob um prisma mais global, os modelos existentes podem ser compreendidos e identificados a partir de seus aspectos constitutivos. Fleury (1994), por exemplo, identifica três principais atributos caracterizantes para se comparar sistemas de saúde: a assistência (ligada à incapacidade financeira de arcar com despesas de saúde), o seguro (benefícios condicionados à vinculação trabalhista ou filiação) e a seguridade (fundamentado no princípio da justiça e com acesso universal). Esta categorização está alinhada com uma das primeiras classificações propostas para sistemas de saúde, feitas por Terris (1980), que descreve três tipos principais de sistema: (1) o de assistência pública; (2) o do seguro de saúde, e; (3) o do serviço nacional de saúde. Segundo o autor, à época mais de 100 países e quase 50% da população mundial estavam inseridos em sistemas de assistência pública, onde os atendimentos médicos eram prestados em hospitais e centros de saúde financiados com tributos gerais, mas que claramente eram insuficientes perante a demanda. Paralelamente, um quinto da população mundial (concentrada em países industrializados) era beneficiária de sistemas de seguro de saúde, enquanto os 30% restantes estavam cobertos por sistemas que asseguravam o acesso a toda sua população.

Conforme o passar dos anos, a conjuntura sócio-político-econômica dos países foi se alterando e novas contribuições foram sendo adicionadas à estas primeiras classificações. Por ofertar serviços para poucos, os sistemas de assistência pública também recebem a denominação de “não-sistemas” ou ainda sistemas *out-of-pocket*, uma vez que, nestes casos, os mais ricos conseguem pagar por mais e melhores serviços. Os modelos de seguro de saúde também podem ser conhecidos como *bismarkianos*¹³, e, apesar das grandes diferenças e particularidades apresentadas em cada país, a base ainda consiste em uma contribuição do trabalhador a partir da dedução de renda. Já os modelos universalistas foram “batizados” com o nome de outra figura política influente, o britânico William Beveridge, que após a II Grande Guerra elaborou um plano econômico que moldou os alicerces do que hoje se configura como o *National Health System*¹⁴ (NHS) no Reino Unido. Tanto no NHS, quanto em outros sistemas baseados no modelo *Beveridge* (a exemplo do SUS), a saúde é compreendida como um direito do cidadão e deve ser assegurada e custeada pelo Estado a partir do recolhimento de impostos (Connil, 2008; Johson & Stoskopf, 2010).

¹³ Relativo ao chanceler prussiano Otto von Bismark (1815-1898).

¹⁴ Sistema Nacional de Saúde, em tradução livre.

Há de se ressaltar, no entanto, duas questões: em primeiro lugar que praticamente nenhum modelo atual assume um formato puro; ao longo dos anos estes sistemas foram se adaptando e adquirindo formatos mesclados. Nos casos do Canadá França e Alemanha, por exemplo, os sistemas são baseados no modelo do seguro, porém adotam o caráter universalista. Em segundo lugar, deve-se considerar a peculiaridade de sistemas que, embora se utilizem da lógica de algum dos modelos citados, possuem alta interferência do setor privado e um grau de organização tipicamente fragmentado, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos da América (Mechanic, 1975).

Os estudos comparativos, no entanto, não se limitam em analisar e identificar apenas os componentes estruturantes dos sistemas de saúde, adentrando também em questões mais específicas. Burau & Blank (2006), relembram que um sistema de saúde pode ser sinteticamente traduzido pela combinação de quatro elementos fundamentais: recursos, organização, financiamento e gestão, que, por sua vez, se desdobram na prestação de serviços à população de acordo com suas necessidades. Wend et al (2009), contudo, apontam que as avaliações mais recentes tendem a se concentrar em três grandes funções essenciais: a regulação, o financiamento e a prestação de serviços, e que estes pilares serviram de suporte, inclusive, para os estudos da Organização Mundial de Saúde a partir dos anos 1980.

Com o decorrer dos anos, a OMS foi modificando os prismas e elementos de base para desenvolver seus estudos comparativos entre os sistemas de saúde de diferentes países. Desde 2016, as Estatísticas Mundiais de Saúde, publicadas anualmente pela OMS, passaram a monitorar o progresso mundial rumo aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS). Os dados publicados na última versão do documento apontam para resultados que são produto da comparação entre países, ou de blocos de países, a partir de indicadores de performance que refletem o desempenho dos sistemas de saúde e de fatores associados. Desse modo, o próprio testemunho do Diretor Geral da OMS, Tedros Ghebreyesus, de que um dos principais desafios para as autoridades sanitárias em todo o mundo é o combate à desigualdade entre países, só é possível a partir de uma análise comparativa. Ele exemplifica a afirmação dizendo que os países de baixa renda ainda são acometidos por doenças ou condições preveníveis, e que uma das consequências dessa realidade é que uma a cada 41 mulheres vai a óbito por causas maternas (WHO, 2019).

O desempenho dos sistemas de saúde é tema pelo qual formuladores de políticas apresentam grande preocupação por muitos anos e, por várias vezes a análise comparada de

sistemas de saúde entre países acaba se configurando em uma via para auxiliar na compreensão de um determinado sistema em si (Tandon et al, 2000). Segundo Goldstein & Spiegelhalter (1996) existe uma extensa literatura sobre reformas no setor saúde que constantemente arguem sobre as melhores maneiras de se mensurar o desempenho dos sistemas de saúde com o objetivo de avaliar o impacto das intervenções propostas.

Evans et al (2000) descrevem como o desempenho dos países em termos de cumprimento de um objetivo importante (o de melhorar a saúde da população) pode ser aferido, considerando, inclusive indicadores de outras áreas sociais. Estes autores, complementados pelo trabalho de Murray & Frenk (1999) propõem uma distinção entre *objetivos intrínsecos* de um sistema de saúde e os *objetivos instrumentais*. Esta proposta serviu para modificar o espectro das análises conduzidas pela OMS na década de 2000 e na contemporaneidade servem como referência para os estudos comparativos feitos pelo referido organismo internacional. De acordo com os referidos trabalhos, um objetivo intrínseco é aquele cuja realização pode ser aumentada mantendo constantes outros objetivos intrínsecos, ou seja, há pelo menos independência parcial entre os diferentes objetivos intrínsecos. Os objetivos instrumentais, por sua vez, são aqueles que servem para atingir os objetivos intrínsecos.

Existem três objetivos intrínsecos de um sistema de saúde: (I) a melhoria da saúde da população (tanto em termos de níveis atingidos quanto de distribuição); (II) o aumento da capacidade de resposta do sistema de saúde às demandas reais da população, e (III) uma distribuição financeira equânime, justa e igualitária, de forma a gerar proteção frente a riscos financeiros, isto é, garantir que os indivíduos de menor renda não arquem com uma parcela maior de seus gastos discricionários com saúde do que os mais ricos (Murray & Frenk, 1999).

As análises comparativas conduzidas a partir das abordagens dos quatro *elementos fundamentais* (Burau & Blank, 2006), das três *funções essenciais* (Wend et al, 2009) e do desempenho dos sistemas no contexto dos seus *objetivos intrínsecos e instrumentais* (Murray & Frank, 1999; Evans et al, 2000), possibilitam uma visão panorâmica e mais holística dos sistemas de saúde. Existe, porém, segundo Hortale et al (1999), uma compreensão geral de que, seja na avaliação, seja na análise comparada em si, é preciso demarcar a fronteira entre o que é sistema de saúde e o que é sistema de serviços ou cuidados em saúde. Neste sentido, há um movimento voltado a extrapolar as abordagens clássicas e

comparar aspectos como a relação entre a esfera pública e privada (e os graus de participação/regulação destes entes), os sistemas de governança, a forma de prestação dos serviços dentro de cada nível de atenção, da performance de cada sistema frente a um conjunto de indicadores e a capacidade de resposta ante a desafios comuns (Prowle & Harradine, 2015).

Muito embora boa parte dos trabalhos que exploram as alternativas de enfrentamento a estes desafios em comum estejam preocupados com o impacto econômico e os ajustes frente à austeridade financeira (identificando que este é comprovadamente um problema a todos os sistemas de saúde do mundo), existe também empenho em larga escala para avaliar as medidas tomadas perante outros problemas comuns fora da esfera econômica. Dentre estes problemas, destaca-se, por exemplo, a escassez de trabalhadores para dar conta das demandas e necessidades da população coberta (OCDE, 1992).

Comparar e classificar são atos intrínsecos à cognição, e natos a todas formas de se produzir ciência. Trata-se de buscar semelhanças, distinções e singularidades com a intenção de conhecer determinações, causalidades e inter-relações (Freeman & Frisina, 2010). Com o objetivo de identificar a contribuição da comparação na compreensão dos sistemas de saúde Conill et al (1991) sugeriram que a análise comparada pode seguir uma vertente mais operacional, que instrumentaliza a análise de situações concretas, ou outra de natureza mais conceitual, que identifica questões críticas e tendências na área da saúde.

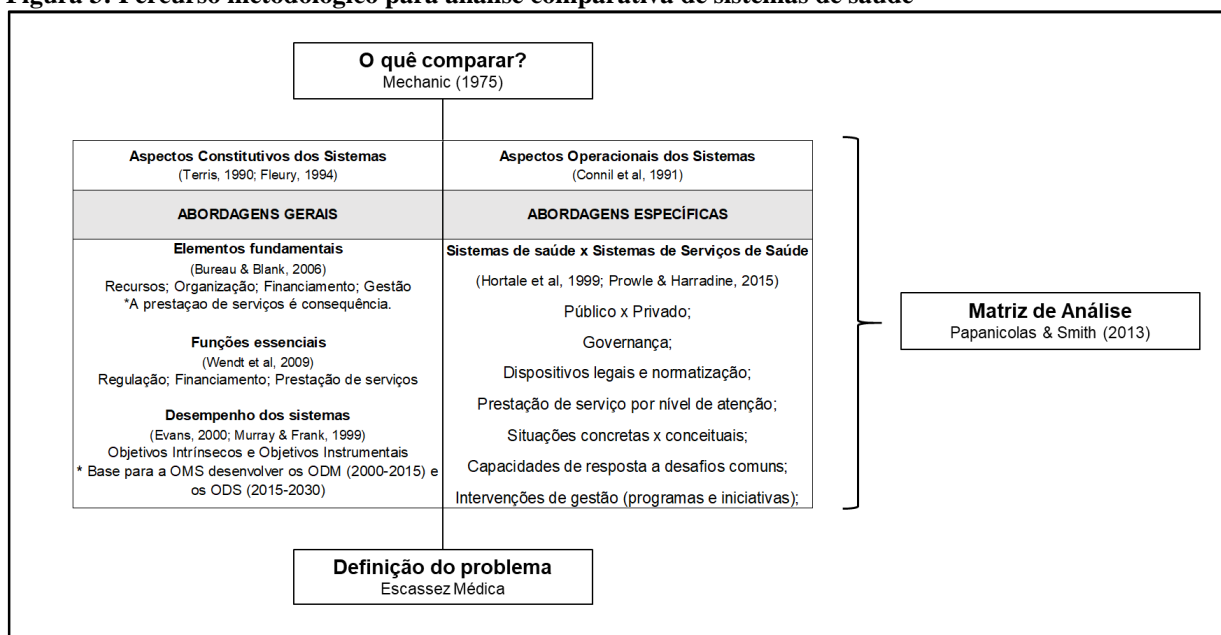
Esta tese pretende seguir ambas as vertentes descritas por Conill e colaboradores, resguardando-se de referenciais que validam a finalidade e os métodos dos estudos comparados a partir da definição precisa de parâmetros e objetos em comum. A intenção, é de “incluir explicitamente a análise comparada no campo da avaliação, a medida que se considera que esta subentende um julgamento de valor da qualidade dos sistemas de saúde mediante a um processo de análise sistemático e relativamente objetivo” (Hortale et al, 1999).

Seguindo os descritos de Mechanic (1975), a primeira etapa da metodologia consiste em definir “o quê” comparar, ou seja, quais conteúdos serão comparados. Neste sentido, amparado em Papanicolas & Smith (2013) e Wendt et al (2009), os conteúdos selecionados podem ser diversos, desde que estejam amparados em propósitos bem definidos e possuam parâmetros compatíveis. Para sistematizar o percurso metodológico, estes autores se utilizam de *frameworks* (matrizes) que sistematizam os conteúdos a serem comparados seguindo uma

sequência dimensional que inicia no âmbito conceitual e embrionário de cada sistema, perpassa por aspectos mais específicos relacionados à operabilidade e funcionamento, até chegar a fatores relativos ao desempenho (performance) dos mesmos, que podem ser analisados por intermédio de indicadores de performance ou do impacto provocado por intervenções de gestão.

Para promover uma análise comparativa entre programas e iniciativas, portanto, é preciso realizar um exercício de aprofundamento a fim de compreendê-las integralmente. É necessário olhar para o contexto, discernir as dimensões globais do sistema onde se inserem e, ao mesmo tempo, é vital compreender o problema a ser analisado (no caso específico deste trabalho, a escassez médica). Sendo assim, o presente estudo contempla desde os aspectos constitutivos dos sistemas (Terris, 1990; Fleury, 1994) até os elementos e detalhes mais operacionais dos programas e iniciativas de provimento e fixação de médicos (Figura 3).

Figura 3: Percurso metodológico para análise comparativa de sistemas de saúde



Fonte: o autor.

3.2 - Sistemas de Saúde: panorama global

O estudo dos sistemas de saúde é considerado uma das áreas mais importantes das Ciências da Saúde, sendo que diversos grupos de especialistas ao redor do mundo se dedicam a conhecer e analisar os sistemas de saúde de seus próprios países e de outros (Buss & Labra, 1995). Uma abordagem inicial, pode entendê-los como um “conjunto de partes inter-

relacionadas e interdependentes que tem como objetivo atingir determinados fins”. Roemer (1991) aplicou esta noção aos sistemas de saúde, a partir da compreensão de que cada país possui um histórico de ações, organizações, possível identificar uma série de ações, regras, instituições e indivíduos que se inter-relacionam com o objetivo de estruturar o cuidado à saúde de sua população.

Existem distintas maneiras de se definir e compreender como se organiza um sistema de saúde. Não obstante, Marques (2016) relembra que um sistema, por definição, não se limita à uma estrutura fechada e estanque: sua dinâmica opera comutada a outros sistemas e a um conjunto de relações sociais em um determinado lugar e tempo. Seu funcionamento, tampouco, segue uma lógica necessariamente ordenada, e o fato de haver correlação de seus componentes não significa que as inter-relações partam de marcos e objetivos comuns entre os atores. Trata-se de um ambiente muito mais caótico que ordeiro, mais conflituoso que consensual e, por isso, em constante mudanças e são tão complicados de serem compreendidos.

A Organização Mundial da Saúde compreende que se trata mais do que um aglomerado de serviços de saúde que prestam cuidados a uma determinada população; consiste, na verdade, na junção de todas as organizações, indivíduos e ações cujo principal objetivo é promover, recuperar ou manter a saúde. Neste sentido, uma mãe que cuida de uma criança doente em casa, provedores privados, programas de mudança de comportamento, organizações de seguros de saúde, legislação de saúde, todos esses podem ser considerados exemplos de componentes de um sistema. Além disso, estão embutidas nele ações intersetoriais promovidas por equipes do setor Saúde para, por exemplo, incentivar atores do campo da Educação a promover melhorias na saúde das crianças, determinante este bem conhecido como prescriptor de uma saúde de qualidade (WHO, 2007).

Esta definição é fruto de uma reflexão que extrapola a visão que vigorou como hegemônica até meados da década de 1960, pela qual restringia os sistemas de saúde a uma engrenagem de serviços em cadeia, inserida numa estrutura política, econômica e social específica delimitada a um território específico. Para além disso, um sistema é determinado também pela presença e participação dos atores nele envolvidos, comumente categorizados entre provedores e usuários. É importante destacar que os objetivos dos atores nem sempre são compartilhados, podendo, inclusive serem conflitantes, porém, a combinação das ações

em saúde realizadas entre os provedores e a população, resulta na interação que forma o sistema, sejam essas interações harmônicas ou antagônicas (Frenk, 1997).

Lobato & Giovanella (2012) corroboram com os autores acima ao afirmarem que a compreensão dos sistemas enquanto estruturas orgânicas de atenção à saúde, fruto dessa interrelação social, é recente na história. Segundo elas, o desenvolvimento dos sistemas está relacionado com o crescimento da participação dos Estados no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar das populações e comprometem o desenvolvimento das nações. Dessa forma, os Estados foram consolidando estruturas responsáveis por garantir a prevenção de doenças, a organização de vigilância em saúde, a oferta direta de serviço de cura e reabilitação a curto, médio e longo prazo.

Dada sua natureza complexa, as peculiaridades de um sistema de saúde podem mudar ao longo do tempo e ser diferentes em cada país (ou mesmo entre esferas diferentes numa mesma nação), todavia, existem alguns componentes básicos que os marcam. Há diversificadas formas de abordar esses componentes básicos, sendo que algumas delas já foram previamente descritas (Hortale, 1999; Murray & Frank, 1999; Evans, 2000; Burau & Blank, 2006; Wendt et al, 2009; Prowley & Harradine, 2015), e, subsequente a essas abordagens, há derivações que intentam agrupar esses componentes básicos a fim de agrupar, classificar e compreender como os sistemas de saúde se organizam em uma perspectiva global.

A maior parte dos países do mundo possuem algum grau de organização e estruturação de serviços de saúde de forma a proporcionar à sua população uma oferta capaz de ser compreendida dentro de um modelo ou a uma série de padrões subjugados a princípios e diretrizes maiores. Na maioria destes casos é possível notar um comportamento de ordem sistêmica que, conseqüentemente, define como são configurados os sistemas de saúde destes países (Terris, 1980). Este mesmo autor distingue três tipos básicos de sistemas de “*assistência médica*” a partir de características com certo grau de semelhança entre si, e os associa a os três sistemas econômicos básicos do mundo existentes à época, conforme ilustra o Quadro 1.

Quadro 1: Tipologias de sistemas de Saúde no mundo (1980)

	ASSISTÊNCIA PÚBLICA	SEGURO DE SAÚDE	SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
Sistema Econômico	Pré-capitalista	Capitalista	Socialista
Abrangência	<ul style="list-style-type: none"> • 108 países • 1,86 bilhões de habitantes (49% da população) • Ásia, África e América Latina 	<ul style="list-style-type: none"> • 23 países • 711 milhões de habitantes (18%) • Europa Ocidental, América do Norte, Oceania, Japão e Israel 	<ul style="list-style-type: none"> • 14 países • 1,35 bilhões de habitantes (33%) • Europa Oriental, Ásia e Cuba
Principais Características	<ul style="list-style-type: none"> • Foco nos indigentes e desassistidos • Hospitais e centros de saúde do governo financiados por coleta de impostos • Subfinanciado • Aquém da demanda • Profissionais de saúde com baixos salários • Dedicção dos médicos abaixo da Carga Horária contratual • Cobertura populacional reduzida • Contratualização com o setor privado para ampliar a rede • Sistema privado coexiste, porém restrito a pequenos grupos 	<ul style="list-style-type: none"> • Grande variedade de modelos entre países; • Presença de seguros governamentais e não-governamentais • Cobertura universal (Canadá, Escandinávia e Oceania) ou Cobertura restrita à trabalhadores formalizados (Japão, Áustria, EUA); • Tributação direta no salário para cobrir o sistema de Seguridade Social • Saúde se encaixa no Sistema de Previdência ou Bem-estar social • Cofinanciamento • Profissionais de saúde são autônomos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura universal; • Financiamento através de impostos; • Profissionais de saúde são assalariados • Assistência integral à saúde • Gratuidade dos serviços • População participa das esferas de decisão • Tem a Atenção Primária (Profilática) como base do Sistema de Saúde • Serviços gerenciados por distintas esferas da administração pública • Regionalização dos serviços • Adscrição de clientela como estratégia para assegurar a responsabilidade sanitária


Fonte: o autor, baseado em Terris (1980).

Esta forma de classificar ou agrupar os sistemas de saúde proposta por Terris (1980) dialoga com algumas alternativas propostas por outros atores. Tobar (1995), por exemplo, propõe que os sistemas de saúde sejam estudados a partir de algumas categorias. A primeira delas diz respeito à três dimensões centrais de análise: (1) suas políticas de saúde; (2) o estado ou situação de saúde da população, e; (3) o sistema em si. Na sequência, o autor sugere identificar as fortalezas e debilidades dessas três dimensões a partir das seguintes instâncias: (a) os atores em cena; (b) os papéis desempenhados por esses atores no sistema, e; (c) os subsistemas que compõem um sistema de saúde de âmbito nacional. O extrato deste amálgama, por sua vez, deveria ser inserido num esquema proposto por Tobar & Tobar (1996), que propõem a compreensão dos sistemas de saúde a partir da interação do que eles denominam ser seus três principais componentes: (I) político – que determina o modelo de

gestão; (II) econômico – que se desdobra no modelo de financiamento, e; (III) técnico – que estrutura o modelo de atenção (ou modelo assistencial). A Figura 4 busca sintetizar essa proposta de análise elaborada por Frederico e Sebastián Tobar (1995; 1996), mesclando as dimensões, instâncias e componentes, de forma a “preparar o terreno” para a classificação dos sistemas de saúde sugerida por eles, e que guarda semelhanças com a classificação proposta por Terris (1980).

Figura 4: Sistemas de saúde: dimensões, instâncias e componentes

DIMENSÕES	INSTÂNCIAS	COMPONENTES
1) Políticas de Saúde: políticas sociais oriundas de um esforço sistemático para reduzir os problemas de saúde	1) Os atores em cena: cada sistema de saúde é fruto da interação de ações recíprocas entre provedores e uma população específica	1) Político (Modelo de Gestão): relativo à definição de prioridades e formas de condução, aos valores e às funções do Estado
2) Estado de saúde da população: uma subdimensão inserida na qualidade de vida da população	2) Os papéis de cada ator: população enquanto usuários e contribuintes (indivíduos), ou entes jurídicos com poderes decisórios na definição de políticas e ações	2) Econômico (Modelo de Financiamento): responde à perguntas sobre quanto gastar, de onde tirar e onde gastar os recursos obtidos.
3) O sistema em si: a totalidade de ações que a sociedade e o Estado desenvolvem em saúde; uma resposta social organizada para os problemas de saúde	3) Os subsistemas: divisões regionais, administrativas, geográficas ou referentes aos papéis de distintos gestores que compõem a governança do sistema.	3) Técnico (Modelo de Atenção): diz respeito a questões como cobertura populacional (quem incluir), tipos de serviços e prestadores, localização das unidades assistenciais



Modelo Universalista
Modelo do Seguro Social
Modelo de Seguros Privados
Modelo Assistencialista

Fonte: o autor, baseado em Tobar (1995) e Tobar & Tobar (1996).

Conforme ilustra a figura acima, a proposta de análise de Tobar & Tobar (1996) se desdobra em uma classificação que agrupa os sistemas de saúde em quatro principais modelos. Eles ressaltam, no entanto, que nenhum país adota um modelo inteiramente puro, de modo que há nuances a serem observados. Contudo, é igualmente importante destacar que é possível notar certa hegemonia no processo de organização e financiamento dos sistemas. Assim sendo, quando se diz que um determinado país adota um certo tipo de sistema, na verdade, a melhor descrição seria dizer que aquele é o sistema predominante, ou de características mais aparentes.

As nomenclaturas, tipologias e agregadores sugeridos por Terris (1980) e Tobar & Tobar (1996) apresentam similaridades, porém, estes identificam uma categoria a mais do

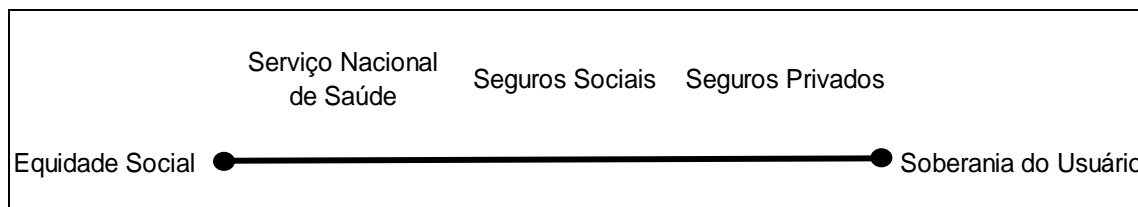
que aquele. Segundo os pesquisadores, os modelos dos sistemas de saúde podem ser descritos como:

- **Universalista:** sistemas neste caso podem ter distintas fontes de financiamento, mas a tendência é que essas fontes são quase que totalmente de origem pública, oriundas de arrecadação tributária. Os serviços são prestados à toda população por provedores públicos, sendo que os trabalhadores estão sob contrato com o poder Estatal;
- **Seguro Social:** o financiamento desses sistemas ocorre por contribuições mandatórias de instituições e trabalhadores e a extensão do direito à utilização dos serviços é restrita aos contribuidores e seus beneficiários diretamente designados conceito de seguro social implica num seguro no qual a participação é obrigatória;
- **Seguros Privados:** modelo caracterizado por baixa regulação pública e ação tendencial ao livre mercado. A cobertura depende da contribuição voluntária de indivíduos, grupos familiares ou empresariais e possui gradações em termos de quais serviços estão incluídos, ou seja, há diferenciação entre os seguros na carteira de serviços disponíveis;
- **Assistencialista:** a saúde não é um direito da população, mas sim um dever (o inverso dos sistemas universalistas). Caberia ao Estado prover assistência exclusivamente às pessoas consideradas inaptas a assumirem a responsabilidade de cuidar da própria saúde, seja por condições físicas e biológicas, seja porque as pessoas não possuem condições financeiras de arcar com despesas de saúde.

Conforme exposto anteriormente, a análise comparativa das políticas de saúde geralmente se utiliza de tipologias de sistemas de saúde para ajudar a capturar o contexto institucional dos cuidados de saúde e contribuir para explicar as políticas de saúde em diferentes países (Freeman, 1999). Nesse sentido, a tipologia desenvolvida por uma série de estudos da OCDE nos anos 1990 foi particularmente influente (Figura 5). A tipologia, a partir destes trabalhos, visava auxiliar a compreensão de um sistema de saúde como um conjunto típico ideal de características macro institucionais com base em variações no financiamento dos cuidados de saúde e diferenças correspondentes na organização da

prestação de cuidados de saúde. Isso reflete o fato de que o financiamento público de serviços de saúde (ou a falta dele) é frequentemente visto como a característica definidora do grau de envolvimento do público nos serviços de saúde.

Figura 5: Tipos de sistemas de saúde por modelo assistencial e financiamento



Fonte: OCDE (1992)

A Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) definiu que um sistema de saúde pode ser expresso pela dicotomia entre a soberania do usuário (predominância de incentivos) e a equidade social (predominância do controle), e propôs três modelos de sistemas de saúde: (1) Serviço Nacional de Saúde (*Beveridge*): inspirado na experiência do Reino Unido¹⁵, este modelo é caracterizado pela cobertura universal, pelo financiamento oriundo da tributação geral à população; (2) Seguro Social (*Bismarck*): a cobertura universal está inserida em um sistema de seguridade social, financiado pelas contribuições de empregadores e trabalhadores, por meio de fundos de seguro sem fins lucrativos, e; (3) Seguro Privado (Soberania do Usuário): o sistema de saúde e a garantia da cobertura dependem da contribuição direta de empregadores e indivíduos (OCDE, 1992).

Existem outras propostas de classificação ou tipologias de sistemas de saúde, principalmente porque além das diferenças nos elementos de análises entre cada país, a configuração dos sistemas depende de fatores políticos, econômicos, tecnológicos, culturais e sociais que, por sua vez, vão mudando ao longo da história e, conseqüentemente, impõem modificações nos sistemas de saúde. Ademais, toda e qualquer iniciativa de tentar promover uma categorização é passível de críticas por diversos motivos, mas principalmente pelo risco da generalização que desconsidera idiosincrasias que podem ser fundamentais para uma compreensão holística dos sistemas. Vale ainda acrescentar que todas as análises reconhecessem que os sistemas de saúde não necessariamente se enquadram apenas em uma

¹⁵ Apesar da inspiração no Reino Unido, o primeiro sistema oficialmente identificado como *Serviço Nacional de Saúde* é o da Nova Zelândia, criado em 1938 (seis anos antes do britânico).

tipologia; eles possuem características mescladas, e essa plasticidade interfere na interpretação de um ou outro autor.

Para além de questionamentos metodológicos as críticas dirigidas aos exercícios de classificação apontam que a utilização de tipologias serve a um propósito político maior de reduzir a importância dos sistemas de saúde no tecido social, e tem se transformado em ferramentas cada vez mais habituais do neoinstitucionalismo para desconfigurar de forma simplista uma estrutura complexa que demanda análises mais profundas e além do alcance de enquadramentos tipológicos (Deleon & Resnick-Terry, 1999; Scott, 2001). Apesar de todas essas limitações, esses autores, tão críticos à utilização e à finalidade das tipologias de sistemas de saúde, reconhecem que são esforços úteis para captar tendências e similaridades que, por sua vez, acabam servindo de referências para analisar comparativamente os sistemas de saúde de diferentes países.

Em virtude dessa reconhecida importância, as análises comparativas evoluem para classificar os sistemas de saúde não somente por país, mas considerando também um contexto geopolítico de um agrupamento de países, seja em continentes, regiões ou similaridades político-econômicas (Marmor et al, 2000). A partir da contribuição dos autores que propuseram classificações ou tipologias de sistemas de saúde, vale então traçar um panorama global para identificar como estão organizados os sistemas de saúde ao redor do mundo. Por se tratar de um exercício panorâmico, a intenção não é detalhar profundamente cada sistema, ou mesmo abordar todos os países, mas sim fornecer informações que possam gerar uma visão geral, ou um mapeamento genérico de como estão organizados os sistemas de saúde.

O continente europeu, sobretudo na sua parte ocidental, é marcado por países que asseguraram a cobertura universal de saúde, porém com formatos diferentes entre si. Ao passo que o Reino Unido e Irlanda historicamente optaram por construir sistemas de saúde universalistas ou *beveridgistas*¹⁶, do qual o financiamento está assegurado pela contribuição tributária e o acesso do usuário é universal e igualitário, países como Áustria, Bélgica, França, Alemanha e Itália adotam sistemas hegemonicamente embasados no modelo *bismarkiano* ou do seguro social, ou seja, a lógica do financiamento está alicerçada na contribuição de empregadores e trabalhadores (Mossialos et al, 2015)

¹⁶ Neologismo proposto pelo autor para designar os modelos de saúde inspirados em Beveridge.

Enquanto o *National Health Service* (NHS) do Reino Unido não distingue seus usuários por tipo de contribuição (sendo ela compulsória e organizada pela Receita Britânica), na Alemanha o cidadão é obrigado a ter um plano de saúde, à exceção de quando não consegue arcar com as despesas, daí então, o Estado se responsabiliza por seus cuidados. Os seguros de saúde (públicos e privados) competem entre si no mercado e oferecem diferentes coberturas, muito embora haja um patamar mínimo definido pelo Estado, e os custos são bancados por trabalhadores e empregados. Nesse modelo de seguro de saúde, o usuário geralmente tem a liberdade de escolher os serviços e profissionais que vai acessar (como é o caso da Alemanha e da França, por exemplo), enquanto nos sistemas universalistas geralmente o usuário é assignado para determinados serviços e grupos de profissionais (NHS, 2013; Busse & Blümel, 2014).

A livre escolha do usuário é outro fator de diferença entre os sistemas da Europa Ocidental. Se no Reino Unido, Espanha e nos países baixos o acesso a um especialista é regulado por um médico de família ou função análoga¹⁷, na França e na Suíça o paciente tem a liberdade de acessar diretamente um médico de outra especialidade, sem necessariamente ter sido encaminhado por um generalista. Entretanto, entre a França e a Suíça há uma diferença importante no que tange à coparticipação ou despesas diretas do cidadão (*out of pocket*) com saúde. No sistema francês a taxa de contribuição do trabalhador é baixa (menor do que 1%), então o empregador arca com a maioria dos custos, a não ser para medicamentos, onde a participação do trabalhador pode superar 70%. No sistema suíço, as tarifas de coparticipação são mais equilibradas entre si. Se por um lado um suíço pode ter que pagar 30% de uma consulta médica, por outro a contribuição com medicamentos tende a ser próxima dessa percentagem, o que faz com que a participação individual nas despesas com saúde seja mais equilibrada que no país vizinho. Contudo, assim como na Alemanha, todo cidadão suíço é obrigado a ter um plano de saúde, com a diferença que as seguradoras podem oferecer bônus que reduzem as coparticipações dos usuários (Chevreul et al, 2010; Schäfer et al, 2010; Obsan, 2015).

Nos países escandinavos os sistemas de saúde estão totalmente inseridos no contexto do *Welfare State*, de forma que a grande maioria dos serviços de saúde é oferecida de forma universal e indistinta à situação empregatícia de seus cidadãos. Ainda que suecos,

¹⁷ Os médicos de família, em casos como estes, atuam na função de *gatekeepers*, ou seja, são eles que determinam se um paciente precisa ou não de um especialista.

dinamarqueses, noruegueses e finlandeses tenham que adquirir seguros de saúde, estes são majoritariamente públicos e ofertados pelo Estado, graças à uma carga tributária específica para a área da saúde. Os prestadores privados, incluindo instituições e profissionais liberais, correspondem a 10% do geral, de modo que a grande parcela dos médicos atua integralmente na rede pública. Outro fator que une os escandinavos e os distingue da maioria dos outros sistemas de saúde da Europa Ocidental é que a participação popular na esfera decisória do sistema é institucionalizada e os conselhos administrativos regionais são escolhidos por intermédio de eleição direta (Strandberg-Larsen et al, 2007; Anell et al, 2012).

Na Península Ibérica os sistemas de saúde guardam a semelhança de serem universalistas, porém, a forma de captação de recursos e governança são bem distintas. Portugal tem um modelo de gestão bem centralizado, do qual a autoridade sanitária fica muito limitada ao ente nacional, enquanto a Espanha possui um sistema descentralizado, pelo qual as Comunidades Autônomas têm certa liberdade para estruturar a gestão e os modelos de atenção nos territórios circunscritos. Inclusive, a composição do financiamento do sistema de saúde espanhol é fruto de uma mistura de fontes oriundas do Estado Espanhol (Saúde e Seguridade Social), das Comunidades Autônomas e das corporações locais. Ambos os países, entretanto, têm semelhanças no que compete ao papel da Atenção Primária à Saúde enquanto ordenadora do sistema de saúde, sendo que a carreira de médico de família é bem estruturada e a formação recebe altos investimentos (OCDE, 2015).

No maior e mais populoso continente do mundo, os sistemas de saúde mais mencionados em estudos comparativos são o chinês, o japonês e o cingapuriano, muito embora haja produção acessível de outros países, com destaque especial para a Tailândia nos últimos 20 anos (Liu, 2015). Em virtude da sua pujança demográfica, territorial, histórica e econômica, entre outros fatores, a China possui uma alta importância geopolítica no cenário continental e global e sua recente reforma sanitária tem recebido considerável destaque na comunidade acadêmica (Chen, 2009). Apesar das modificações impostas pelas reformas, a atual configuração não modificou por completo algumas heranças seculares como a assistência via Medicina Tradicional Chinesa (MTC) ou a interiorização do atendimento pelos *Médicos de Pés Descalços*¹⁸. O governo central chinês tem responsabilidade geral pela legislação, política e administração nacional de saúde, que é guiada pelo princípio de que todo cidadão tem direito a receber serviços básicos de saúde. Estes, por sua vez, devem ser

¹⁸ Do inglês, *barefoot doctors*. Iniciativa que surgiu na década de 1960 com o objetivo de levar médicos para o interior do país.

oferecidos pelos governos locais, porém o sistema de governança é complexo, envolvendo diversos órgãos de competências e poderes distintos (Meng, 2019).

O Japão é um dos exemplos mais claros de um sistema estruturado em seguros de saúde, pelo qual todo japonês é obrigado a escolher ao menos um e cuja participação média gira em torno de 30%. Cabe ao governo regular praticamente todos os aspectos do Sistema de Seguros de Saúde Pública (PHIS)¹⁹, e entre suas principais funções está a de definir a tabela de taxas e conceder subsídios aos governos locais, seguradoras e provedores. As quase 50 regiões do Japão implementam esses regulamentos e desenvolvem serviços regionais de saúde com fundos alocados pelo governo nacional. Mais de 1.700 municípios operam componentes do PHIS e seguro de assistência a longo prazo e organizam atividades de promoção da saúde para seus residentes. A participação do setor privado é mínima, uma vez que as seguradoras públicas oferecem carteiras muito semelhantes entre si e com coberturas bem amplas (Tatara & Okamoto, 2009).

Em Cingapura, o sistema é financiado e administrado diretamente pelo Ministério da Saúde e garante cobertura universal aos cidadãos, por intermédio de recursos provenientes da receita geral. A maior parte do orçamento é destinada a prover subsídios de até 80% para pacientes que recebem atendimento em serviços públicos, e isso é possível graças a um sistema denominado “3Ms” (*Medisave*, *MediShield* e *Medifund*), que opera seguros destinados a ajudar indivíduos e famílias a pagarem por seus cuidados médicos. O *Medisave* é um programa obrigatório de poupança médica que exige que os trabalhadores contribuam com uma porcentagem de seus salários para uma conta pessoal, com uma contribuição equivalente dos empregadores. Contribuições individuais e saques das contas são isentas de impostos. O *MediShield* é um plano de seguro de saúde de baixo custo para ajudar os segurados a cobrir despesas médicas por doenças graves ou prolongadas que o saldo da *Medisave* não seria suficiente para cobrir. Já o *Medifund* é o fundo de doação do governo criado para ajudar os indigentes. O fundo cobre cidadãos de Cingapura que receberam tratamento de uma instituição aprovada pelo *Medifund* e têm dificuldades em pagar suas contas médicas, apesar dos subsídios governamentais assegurados pelos outros dois programas (Haseltine, 2013).

O sistema cingapuriano composto por uma tríade de seguros possui algumas semelhanças com o estadunidense, na sua configuração mais atual com *Affordable Care Act*

¹⁹ Sigla que provém do inglês *Public Health Insurance System* (PHIS) e utilizada com mais frequência na literatura.

(ACA)²⁰, que abriga o *Medicare* e o *Medicaid*. Enquanto este tem um recorte muito específico para a população acima de 65 anos, aquele abrange a maior parcela da população, com a lógica de que o governo subsidia a adesão e permanência de usuários em seguros privados de saúde. Estes incentivos podem ser destinados a indivíduos, quanto a empresas, de forma que essas se organizam para oferecer planos coletivos a seus empregados. Ao contrário de países bismarkianos e que tem cobertura universal de saúde, o cidadão dos EUA não é obrigado a ter um seguro de saúde, fazendo com que 28 milhões de pessoas estejam completamente descobertas. Trata-se, portanto, de um sistema predominantemente baseado em seguros privados, do qual o acesso e os serviços inclusos dependem da contratação de planos privados de saúde, e cuja participação regulatória do Estado é reduzida (Blumenthal et al, 2015).

Muito embora as reformas no sistema yankee promovidas nos anos 2010 tenham possibilitado o acesso de milhões de pessoas a serviços de saúde, ele ainda está distante de seu vizinho ao norte, em termos de cobertura universal. O Canadá possui um dos sistemas de saúde mais referenciados no mundo, no que compete à universalização do acesso, à cobertura e à qualidade dos serviços prestados (OCDE, 2015). Anacronicamente, um dos sistemas que inspirou o *Canada Health Act*²¹ foi justamente o estadunidense, porém, há também claras influências do NHS britânico. Trata-se, portanto, de um sistema misto que assegura gratuitamente o acesso universal a tratamento ambulatorial e hospitalar, porém não cobre despesas em áreas como saúde bucal ou ocular, medicina alternativa e cobra coparticipação em itens como medicamentos, atendimento domiciliar e asilar, órteses e próteses. A organização do cuidado, no entanto, cabe principalmente às províncias e às autoridades regionais, em detrimento do nível nacional, ainda que este tenha um importante papel regulatório e normativo. Uma característica peculiar que distingue o sistema canadense de outros países das Américas (a exceção dos EUA), é que praticamente todos os trabalhadores são autônomos e estabelecem contratos privados com o ente público. Em suma, o arranjo sistêmico canadense possui os seguintes elementos: (I) administração estatal; (II) universal; (III) cobertura abrangente, porém não integral; (IV) descentralizado, porém comum a todas províncias; (V) economicamente acessível – gratuito ou com cobranças de baixo valor (Health Canada, 2013).

²⁰ O *Affordable Care Act* (ACA) é popularmente conhecido como *Obama Care*, em virtude da sua implantação ter ocorrido na gestão do presidente norte-americano, Barack Obama (2009-2016).

²¹ Lei Canadense de 1984 que institui o regramento básico para o funcionamento do sistema de saúde.

Em termos de legislação e direito sanitário, o Brasil possui um sistema de saúde mais equânime que o do Canadá, pois além de ter um sistema universal, também se responsabiliza por um cuidado integral e, na prática, o Estado arca com gastos que não são cobertos pelo *Medicare* canadense²², a exemplo de saúde bucal e oftalmologia. O Sistema Único de Saúde é claramente um sistema universalista, muito embora o setor privado tenha uma participação significativa, uma vez que 4,5% dos gastos do PIB brasileiro são relacionados a despesas com a saúde privada, ainda que a parcela coberta pelos planos privados seja inferior a 25% (Ministério da Saúde, 2018). O financiamento é estruturado a partir da arrecadação tributária e o Estado tem o dever de garantir saúde para todos seus cidadãos de forma integral e equitativa. Todavia, segundo Kilsztajn et al (2001) o SUS não tem como se responsabilizar integralmente por 2/3 da população brasileira com a lógica de financiamento vigente, de modo que o brasileiro constantemente enfrenta barreiras no acesso aos serviços e sofre pela baixa qualidade assistencial, apesar de ter o direito à saúde assegurado constitucionalmente.

O gasto brasileiro com o sistema privado (4,5% do PIB) é correspondente ao que a Argentina gastava em 2006. Após a crise do início dos anos 2000, o governo argentino decidiu contrariar as recomendações reformistas do Banco Mundial (que sugeria que os países garantissem apenas os cuidados básicos, privatizando o restante do sistema), e passou a ampliar os gastos públicos com saúde, o que fez com que o país melhorasse sua situação epidemiológica (Piola & Cavalcante, 2006). Existem praticamente três sistemas coexistindo: um público, um privado e o das *Obras Sociales*. O sistema de saúde público é universal e gratuito e utilizado por cerca de um terço da população, em sua maioria por pessoas que não tem condições financeiras de pagar por um plano privado ou por contribuir com as *Obras Sociales*. Além de serviços de saúde ele abarca centros formadores de profissionais (p. ex. universidades) e é descentralizado, sendo que todos os entes (nacional, provincial e municipal) participam ativamente do financiamento e da organização do cuidado. As *Obras Sociales* cobrem metade dos habitantes do país e funcionam como seguros públicos, dos quais o governo subsidia parte do tratamento e os usuários o restante. Este seguro ainda contempla os aposentados, através de uma iniciativa específica chamada Programa de Assistência Médica Integral (PAMI), cobrindo cerca de 9% da população. O sistema privado é de livre iniciativa de mercado, tem uma extensa oferta de serviços (a maioria concentrada

²² O sistema canadense também é denominado de *Medicare*, assim como nos EUA.

na capital), porém somente 8% dos argentinos possuem planos privados de saúde (Rovere, 2016).

Uruguaí e Peru tem sistemas de saúde mistos, onde coexistem subsistemas tanto dos seus setores públicos, quanto privados. Outra semelhança entre eles é que a gestão nacional da saúde não é restrita aos respectivos Ministérios da Saúde²³, mas compartilhada com a Seguridade Social (ambos), com um Fundo Nacional de Recursos (Uruguaí) e com as Forças Armadas (Peru). No país portenho, um impasse político acerca da decisão de adotar um Serviço Nacional de Saúde ou um Serviço Nacional de Seguros fez brotar Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), complementado ainda com um modelo de Seguros Privados. No Peru, o subsistema público é o mais presente no território nacional e o mais utilizado pela população, mas apesar de ser hegemônico, ele convive com o Sistema Integral de Saúde (SIS), destinado à população mais vulnerável, com o *Essalud*, que trata da Seguridade Social peruana e cobre os trabalhadores com vínculo formal, e o Serviço das Forças Armadas e da Polícia Nacional (FFAA-PN), destinado aos militares, Polícia Nacional e seus familiares (Valentim, 2006, Faria & Silva, 2006).

No Chile, país com os melhores indicadores socio-epidemiológicos da América do Sul, o primeiro movimento de estruturação de um sistema de saúde ocorreu na década de 1920, quando foi instituída a obrigatoriedade dos trabalhadores se vincularem a seguros de saúde, um ano antes da promulgação da Constituição de 1925, que garantiu aos chilenos o direito universal à saúde. Entretanto, como havia desigualdades importantes na organização e financiamento das províncias, a unificação do sistema só ocorreu em 1939 e que recebera o nome de *Servicio Nacional de Salud* (SNS) em 1952. Contudo, na década de 1970 o governo introduziu um sistema privado de asseguarção obrigatória, bancado pelo recolhimento de impostos dos trabalhadores (7% da renda) e desde então o país convive com um sistema misto que mescla a entrega de serviços públicos e gratuitos para a camada da população que não consegue bancar um seguro (20%), e a existência de seguros públicos, pelos quais os serviços são prestados por instituições privadas, que cobrem 78% da população. Os outros 2% restantes opta por arcar com as despesas do próprio bolso, por meio de um regime de pós-pagamento (Biasoto Júnior, 2006).

Assim como no Brasil, três esferas de gestão são coletivamente responsáveis pela assistência universal à saúde na Austrália. A principal incumbência do governo federal é

²³ No Uruguaí, a autoridade sanitária nacional é o Ministério de Salud Pública (MSP) e no Peru, o *Minsa* (Ministério de Salud).

financiar e apoiar indiretamente os outros entes por meio de subsídios a prestadores na Atenção Primária à Saúde, num plano conhecido como *Medicare Benefits Scheme* (MBS), e para o *Pharmaceutical Benefits Scheme* (PBS), que cobre o fornecimento de medicamentos e drogas para a rede assistencial. Cabem aos Estados a função de gerir diretamente serviços como hospitais públicos, transporte sanitário, saúde bucal, saúde mental, entre outros. O papel dos governos locais está voltado especialmente à execução de programas comunitários e preventivos, a exemplo de imunização e regulamentação de padrões alimentares. O sistema também é conhecido como *Medicare*, e consiste num modelo bismarkiano de Seguro Nacional de Saúde, que fornece acesso gratuito ou subsidiado aos cidadãos australianos. (DPMCAG, 2015).

A participação dos setores público e privado da saúde na Austrália é bem equilibrada: quase metade da população (47%) gozava de cobertura hospitalar privada, ao passo que 56% tinham cobertura garantida pelos serviços públicos. O seguro de saúde privado pode incluir cobertura para serviços hospitalares, de tratamento geral ou de ambulância. Ao acessar os serviços hospitalares, os pacientes podem optar por serem tratados como um paciente público (com cobertura total das tarifas) ou como um paciente particular (cobertura de 75%). A cobertura dos seguros privados varia de acordo com o status socioeconômico do indivíduo; apenas um terço dos 20% mais desfavorecidos da população tem acesso a seguros privados, percentual este que chega a 80% na parcela de média e alta renda (AIHW, 2014).

O Sistema Nacional de Saúde neozelandês (*National Health Service*) é o primeiro do modelo SNS beveridgista a ter sido implantado no mundo, antecedendo, inclusive, ao NHS britânico. Instituído pela Lei Nacional de Seguridade Social em 1938, este sistema é amparado em uma participação massiva do Estado na garantia de cobertura à população e também no financiamento de serviços e ações. Não obstante, o governo também apoia a iniciativa privada, por compreender que ela auxilia a desafogar o sistema público – 30% da população possui algum seguro privado de saúde (Gauld, 2013). O sistema de governança conta com a participação de 20 conselhos distritais²⁴, cuja composição é feita por usuários eleitos localmente (60%) e por representantes indicados pelo Ministério da Saúde (40%). Esses conselhos perseguem objetivos e metas estabelecidas pelo governo, ao mesmo tempo que gerenciam hospitais e centros de saúde, prestando serviços comunitários e

²⁴ Os conselhos distritais recebem a nomenclatura de *District Health Boards* (DHB).

contratualizando serviços de provedores não-governamentais (as chamadas *Sociedades Amigáveis*)²⁵ e privados. (Gauld, 2014)

O NHS neozelandês se responsabiliza por cobrir a Atenção Primária à Saúde (por prestadores públicos e privados), rede ambulatorial e hospitalar, medicamentos para pacientes internados, saúde mental, saúde bucal para crianças em idade escolar, atenção domiciliar, cuidados paliativos e serviços de apoio a pessoas com deficiência. Apesar de ser bem abrangente, o NHS não cobre optometria, saúde bucal para adultos e serviços de reabilitação física. Os usuários do sistema público têm que contribuir (*co-payment*) para alguns serviços como, por exemplo, as consultas médicas e de enfermagem na APS e medicamentos prescritos nessas consultas. Essas contribuições variam de preço de acordo com a localidade, porém, para as pessoas de baixa renda o governo auxilia com subsídios e/ou reembolso (Ministry of Health, 2013).

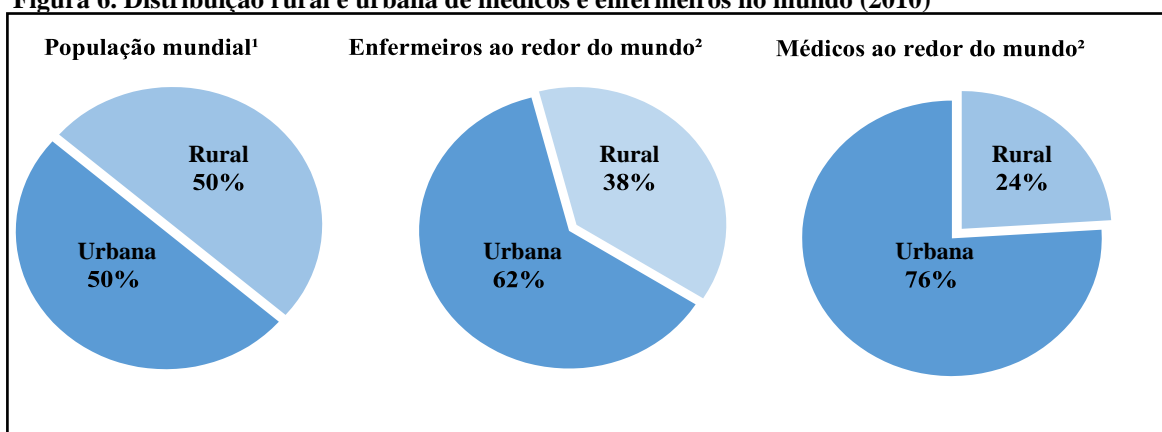
²⁵ Tradução livre a partir do termo em inglês, *Friendly Societies*.

4. Escassez médica no mundo e no Brasil: uma revisão narrativa da literatura

Profissionais de saúde tendem a se concentrar nas áreas urbanas e mais ricas de seus países: este é um padrão que pode ser encontrado em quase todo o mundo, independentemente do grau de desenvolvimento econômico ou mesmo da organização de seu sistema de saúde. Todavia, é sabido que o problema tende a ser mais agudo nos países em desenvolvimento e em áreas remotas e socioeconomicamente vulneráveis (Dolea et al, 2010; Araújo & Maeda, 2013).

Estimativas de 2012 da Organização Mundial de Saúde mostraram, por exemplo, que metade da população mundial residia em áreas rurais ou remotas, contudo, menos de 25% da força de trabalho médica e 38% de enfermagem se encontravam alocadas nestas regiões. O problema é que a maioria da Força de Trabalho da Saúde (FTS) é formada e trabalha nos grandes centros urbanos, e esta é uma característica comum a maior parte dos países (Figura 6). O impacto deste desequilíbrio, no entanto, tende a ser mais severo em nações de baixa renda per capita e com maior desigualdade social e há dois principais motivos para isso acontecer. O primeiro é que o conjunto desses países já sofre historicamente de uma escassez aguda da FTS; o segundo é que a população que vive em zonas rurais e remotas nesses países tende a ser maior do que nos países desenvolvidos (OMS, 2012).

Figura 6. Distribuição rural e urbana de médicos e enfermeiros no mundo (2010)



Fontes:

1) The world health report 2006 – Working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006.

2) World Urbanization Prospects: The 2007 Revision Population Database. New York, NY, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2008.

Levando em consideração que a escassez médica é um problema global, que afeta, indiscriminadamente, países desenvolvidos e em desenvolvimento, este capítulo intenciona aprofundar a análise acerca deste problema, que é a razão da existência de intervenções como o Programa Mais Médicos e outros similares. É a caracterização do “problema” que auxilia o pesquisador a ter uma visão mais abrangente e integral daquilo que se pretende encontrar, investigar e obter maior visibilidade, como refere Gil (2008):

“(..) na acepção científica, problema é qualquer questão não resolvida e que é objeto de discussão, em qualquer domínio do conhecimento. Pode-se dizer que um problema é testável cientificamente quando envolve variáveis que podem ser observadas ou manipuladas. As proposições que se seguem podem ser tidas como testáveis: Em que medida a escolaridade determina a preferência político-partidária? A desnutrição determina o rebaixamento intelectual? Técnicas de dinâmica de grupo facilitam a interação entre os alunos? Todos estes problemas envolvem variáveis suscetíveis de observação ou de manipulação”.

A alusão entre o problema de pesquisa (Gil, 2008) e o problema enquanto disparador de uma política pública (Secchi, 2013), ajuda a compreender o porquê e como a escassez médica é abordada neste capítulo. Buscar compreendê-la, tanto no contexto mundial, quanto no brasileiro, pressupõe indagar sua existência enquanto fenômeno, sua relevância enquanto problema e sua viabilidade enquanto parâmetro de comparação. Trata-se, portanto, de um esforço necessário; seja para testá-lo cientificamente como propõe Gil (2008), seja para validá-lo como um “tema que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública” (Secchi apud Cobb & Elder, 2013).

Para explorar o tema deste capítulo, foi empregada uma abordagem mista. A revisão narrativa da bibliografia compreendeu o período entre setembro de 2017 a dezembro de 2019, e o percurso adotado seguiu os mesmos passos, parâmetros e referenciais teóricos do capítulo anterior²⁶, à exceção da escolha das bases que, neste caso, foram o *PubMed* e *Scielo*. O produto dessa revisão foi complementado pela análise descritiva da densidade médica no mundo, feita a partir da base de dados secundários disponibilizada no *Repositório do Observatório da Organização Mundial da Saúde*²⁷ no mês de janeiro de 2020.

²⁶ Vosgerau & Romanowski (2014); Cervo & Bervian (2002); Noronha & Ferreira (2000); Amatuzzi et al (2006).

²⁷ In: World Health Organization, 2019 – Health Workforce Statistics. Disponível em: http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0020?lang=en. Acessado em 10/01/2020.

4.1 - A escassez médica no mundo

Ao se pensar globalmente, a distribuição da FTS dentro dos países é refletida pelas disparidades entre os próprios países em si. Enquanto os desenvolvidos possuem mais de 10 médicos/enfermeiros para cada 1.000 habitantes, alguns dos países em desenvolvimento (com as maiores cargas de doenças) sequer atingem 1 médico/enfermeiro a cada mil habitantes. Esta iniquidade global se torna mais severa com a migração de profissionais altamente treinados ou especializados para outros países, o que é uma realidade vista com bastante frequência em muitas regiões, a exemplo do Caribe e do Sudeste Asiático. Este fluxo migratório entre países guarda semelhanças com o que ocorre, inclusive, dentro dos países na competição entre os setores público e privado. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, a ausência de médicos em determinados postos públicos de trabalho vem sendo compensada pela atração de força de trabalho estrangeira. Contudo, o que pode solucionar um problema doméstico, passa a criar um problema de dimensão internacional (Chen, 2009).

Apesar dessa maior incidência em países em desenvolvimento, esta é uma realidade que também acomete os países desenvolvidos. Nos Estados Unidos da América (EUA), até a metade da década de 2000, menos de 10% dos médicos trabalhavam nas áreas rurais, localidades estas que concentravam 20% da população até então (CFRHC, 2005). Esta proporção se assemelhava muito com o que ocorria à mesma época no Canadá: 9,3% dos médicos atuavam onde vivia um quarto da população, toda ela concentrada em zonas rurais ou remotas (Dummont et al, 2008). Muito embora este contraste *urbano x rural* seja uma marca importante no caso dos países desenvolvidos, sendo responsável, inclusive, por gerar mais pesquisas no tema, o desequilíbrio na Densidade Médica (DM) também se apresenta em outros formatos. Na França, por exemplo, há um descompasso na concentração de médicos de forma que a região metropolitana de Paris e o sul francês possuem uma DM bem superior à região Norte (Cash R & Ulmann, 2008).

Em um trabalho que revisou as estratégias e mecanismos adotados em distintos países para combater a escassez da FTS, Dusseault & Franceschini (2006), afirmaram que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)²⁸ para as populações vulneráveis jamais seriam atingidos se esta população não obtivesse acesso a serviços de saúde que, por sua

²⁸ O termo “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” foi posteriormente alterado na Assembleia Mundial de Saúde de 2011, adotando uma nomenclatura que vigora até a presente data: “*Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*” (ODS).

vez, dependem da presença de profissionais atuando. Afirmam ainda que este é um desafio presente em sistemas de saúde de vários países. Trabalhos como os de Walton-Roberts (2015) e Buykx et al (2010) evidenciam que mesmo países desenvolvidos sofrem com a escassez médica em regiões rurais ou remotas, em virtude da concentração desproporcional destes profissionais ao redor de seus respectivos territórios. Esta questão também foi tema do trabalho de Chopra et al (2008), que destacaram as dificuldades enfrentadas por *Policy Makers* de países de média e baixa renda em combater os vazios assistenciais ocasionados pela escassez de profissionais.

O relatório da Organização Mundial de Saúde que trata sobre a escassez de trabalhadores da saúde em zonas rurais ou remotas (WHO, 2010) apontou que esta situação era ainda pior em 57 países, onde uma escassez estimada em 4,3 milhões de profissionais atingia 2,4 bilhões de pessoas que deixavam de ter acesso à saúde, majoritariamente localizadas nos continentes africano e asiático. Em Bangladesh, por exemplo, 30% dos enfermeiros estavam alocados em apenas quatro distritos metropolitanos, onde habitava cerca de 15% da população total (Zurn et al, 2004). Na Indonésia, a região metropolitana da capital Jacarta possui uma relação de 15,5 médicos/10.000 habitantes, ao passo que na província de Celebes Ocidental (*Sulawesi Barat*), esta relação não chega sequer a 1/10.000 (Efendi et al, 2016). Até mesmo no Japão, nação que está longe de figurar na lista dos 57 países mencionados no parágrafo acima, possui uma má distribuição de seus médicos, no que concerne suas áreas urbanas e rural: apenas 12% deles atuavam fora dos grandes centros urbanos até o início dos anos 2000 (Inoue et al, 2008).

Na África do Sul, 46% da população vivia em áreas rurais, mas somente 12% dos médicos trabalhavam nessas localidades (Hamilton & Yau, 2004), situação que é ainda pior na Nigéria, onde 52% da população vive na área rural, ao passo que 7% dos médicos lá trabalham (Awofeso, 2010) e em Burkina Faso – 54% dos médicos vivem nos dois maiores centros urbanos do país, onde apenas 10% da população habita (Bocoum et al, 2014). Como se o problema não fosse sério o suficiente, em alguns países da África subsaariana, como Costa do Marfim, República Democrática do Congo e Mali, percebeu-se outro fenômeno: a superprodução de profissionais de saúde em relação à capacidade de absorção levou ao desemprego médico em áreas urbanas e à escassez nas áreas rurais (Codjia & Dubois, 2010).

Esse fenômeno que ocorreu nos países africanos francófonos supracitados, acaba por corroborar com uma situação que aprofunda o desequilíbrio na Densidade Médica (bem

como em outras profissões de saúde). Face ao desemprego ou a alta competitividade nos centros urbanos, o que gera consequências como redução do salário médio, abre-se a possibilidade de migrar para outro país. Em Gana, quase 40% da força de trabalho médica migrou para outro país até a metade dos anos 2000, sendo que 56% deles elegeram o Reino Unido como destino (Antwii & Phillips, 2013). No Líbano, esta migração atingiu 21% do contingente (ou estoque)²⁹ total de médicos até 2010, porém, ainda que parte dos trabalhadores egressos também o Reino Unido ou outros países europeus, a maior competitividade ocorria com os vizinhos mais ricos na região do Golfo Pérsico, principalmente os Emirados Árabes e a Arábia Saudita (Alameddine et al, 2016).

Os resultados acima demonstram que por mais que os números sejam ruins, do ponto de vista da distribuição de médicos no continente africano (com ênfase na região subsaariana), houve melhora, quando comparados ao primeiro estudo de amplitude continental, conduzido pela Organização Mundial da Saúde ao final dos anos 1970, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1: Força de trabalho médica doméstica e migrada em países africanos (2008)

País	Força de Trabalho Médica Doméstica	Força de Trabalho Médica Migrada	Percentual da Força de Trabalho Médica Migrada
África do Sul	27.551	7.363	21,1
Angola	881	2.102	70,5
Botsuana	530	68	11,4
Ilhas Maurício	960	822	46,1
Lesoto	114	57	33,3
Madagascar	1.428	920	39,2
Maláui	200	293	59,4
Moçambique	435	1.334	75,4
Namíbia	466	382	45
Quênia	3.855	3.975	51
República Demo. do Congo	5.647	552	9,2
República do Zimbábue	1.530	1.602	51,1
Suazilândia	133	53	28
Tanzânia	1.264	1.356	52
Uganda	2.429	1.837	43,1
Zâmbia	670	883	57
África Subsaariana	96.405	36.653	28
Toda a África	280.808	64.941	19

Fonte: o autor, a partir de Ndeti et al, 2008.

²⁹ Termo adotado pela Organização Mundial de Saúde, ao traduzir do inglês a palavra “*stock*” (WHO, 2017)

A melhora nos resultados dos países africanos ao longo dos anos condiz com o que demonstram os dados mais recentes (referentes ao quinquênio de 2013-18), publicados nas Estatísticas Mundiais da OMS (WHO, 2019). O relatório demonstrou que o índice médio global de médicos/10.000 habitantes foi de 15, porém o documento enfatiza que 40% dos países do mundo registram menos de 10 médicos para 10 mil habitantes, sendo que quase todos são de baixa renda e muitos ainda localizados na África. Observou-se, segundo a OMS que, em geral a Força de Trabalho da Saúde disponível para a população existente aumenta quando também aumenta a renda no país. (WHO, 2019). Não obstante, a *Estratégia Global em Recursos Humanos para a Saúde: Força de Trabalho 2030*³⁰ estima que para o ano 2030 haverá um déficit de quase 18 milhões de trabalhadores de saúde, fundamentalmente em países de baixa e média renda, sendo que a situação tende a ser mais severa para a categoria médica, em virtude de ser a profissão com maior histórico de escassez (WHO, 2017).

Ao explorar e analisar a base de dados disponível nas *Estatísticas Globais da Força de Trabalho da Saúde* da OMS³¹, é possível ir mais a fundo e quantificar a relação médico/10.000 habitantes por país e, por consequência, por continentes ou regiões do planeta. Para além do índice médio da DM no mundo já descrito acima (15/10 mil habitantes) e da constatação sobre a desigualdade na distribuição global, foi possível constatar as disparidades entre os continentes.

Segundo a OMS, há cerca de 11 milhões de médicos espalhados pelo mundo³², sendo que quase 5 milhões estão na Ásia (45,5%), pouco mais de um quarto na Europa (25,8%) e um quinto nas Américas (20,7%) e somente 1% na Oceania (Gráfico 1). Desse total de 11 milhões, aproximadamente 360 mil estão localizados na África, o que representa 3,3% dos médicos no mundo inteiro, número este que é menor até do que a quantidade de médicos concentrada nos países do Oriente Médio³³: 407 mil (3,7%). Estes dados demonstram que até análises quantitativas brutas podem indicar o quanto a desigualdade é presente entre os países, pois o tamanho da força de trabalho médica em 17 países do Oriente Médio é superior à de 42 países na África. Em parâmetros populacionais essa discrepância se sobressalta, pois significa dizer que há menos de 360 mil médicos para atender mais do que um bilhão de

³⁰ Em tradução livre

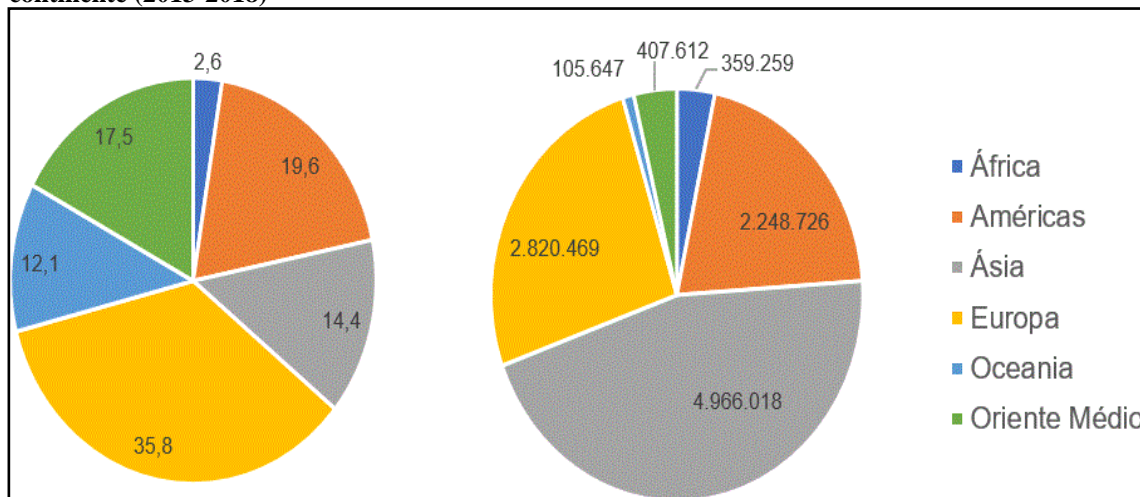
³¹ Disponível em: http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0020?lang=en. Acessado em 18/01/2020

³² Considerando as estatísticas de diferentes anos em 179 países.

³³ Considerou-se como “Oriente Médio” os países inseridos na classificação regional da Organização Mundial da Saúde como EMR, sigla que em inglês significa *Eastern Mediterranean Region*, ou Região Oriental do Mediterrâneo. Eis o porquê de países como Líbia, Marrocos e Tunísia estarem demarcados enquanto países do Oriente Médio, em detrimento da África.

africanos, enquanto o Oriente Médio tem mais médicos para atender a um terço dessa população.

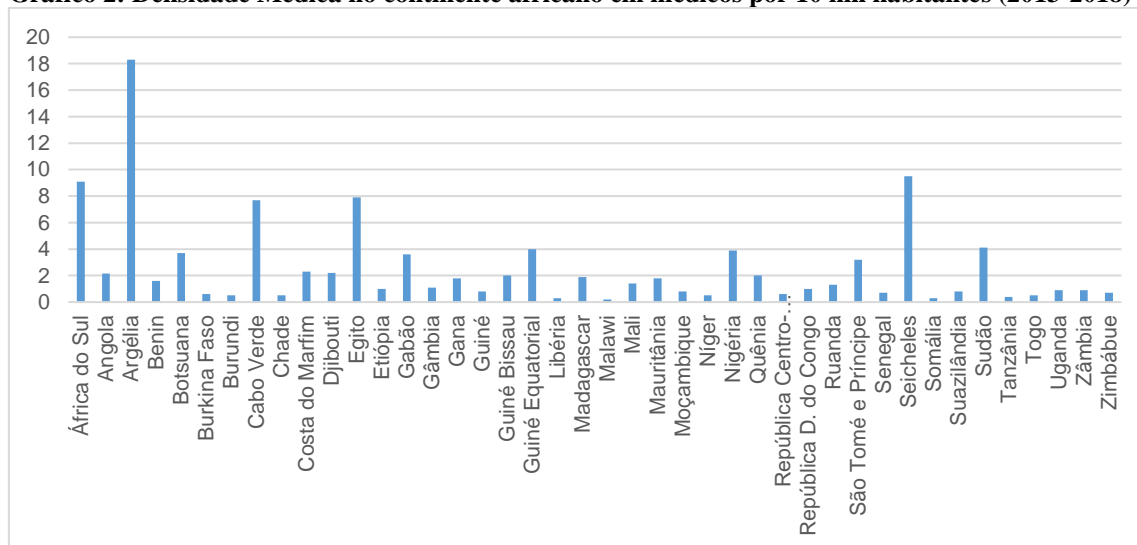
Gráfico 1: Densidade médica (em médicos por 10 mil habitantes) e distribuição de médicos por continente (2013-2018)



Fonte: World Health Organization, 2019 – Health Workforce Statistics.

Na Europa, o índice médio registrado é de 35,8 médicos/10.000 habitantes, ou seja, mais que o dobro da DM média mundial, ao passo que na África, este valor é de 2,6/10.000. Esta diferença demonstra como a Densidade Médica global está longe de retratar a desigualdade entre continentes, pois apenas um único país do continente africano possui este índice maior do que a média global: a Argélia, com 18,3 médicos para cada 10 mil habitantes, conforme demonstra o Gráfico 2.

Gráfico 2: Densidade Médica no continente africano em médicos por 10 mil habitantes (2013-2018)



Fonte: World Health Organization, 2019 – Health Workforce Statistics.

Mesmo no continente europeu, nota-se que há desigualdades significativas na Densidade Médica. Se por um lado, Mônaco e San Marino possuem a 2º e 3º mais altas densidades médicas, respectivamente (atrás somente de Cuba), Turquia e Albânia registram uma DM menor do que a média global (12,7 e 12,0, respectivamente). Se a alta concentração de renda é um fator que possa explicar os índices em Mônaco e San Marino e marca-los, inclusive, como potenciais *outliers*, é curioso observar que Grécia, Geórgia e Bulgária, cujas Economias estão distantes dos países da Europa Ocidental, possuem densidades médicas superiores ao Reino Unido, por exemplo (Tabela 2). Este caso sugere que o desenvolvimento econômico de um país não é uma condição *sine qua non* para que ele apresente uma alta DM, muito embora ocupe um peso importante, conforme sugerem McQueen et al (2017).

Em termos de semelhanças nos resultados por blocos de países agrupados por características geopolíticas, por exemplo, as nações escandinavas ocupam o topo da tabela, no que concerne suas respectivas densidades médicas. Suécia, Noruega e Dinamarca, todas elas possuem mais de 44 médicos para cada 10 mil habitantes, sendo que a primeira registra 54/10.000. Se estendido o recorte para os países nórdicos, incluindo Finlândia e Islândia, os resultados ainda são bem acima da média mundial, muito embora já haja uma redução para abaixo de 40 médicos para cada 10 mil habitantes (39,7 e 38,1/10.000, respectivamente). Vale destacar que os países mencionados estão no topo da lista de países mais desenvolvidos, quando estas consideram fatores para além do desenvolvimento meramente econômico e este “padrão” de desenvolvimento tende a estar relacionado com maiores densidades médicas, como mencionam Wilson et al (2010) e Peñaloza et al (2011).

Tabela 2: Densidade Médica na Europa em médicos por 10 mil habitantes (2013-2018)

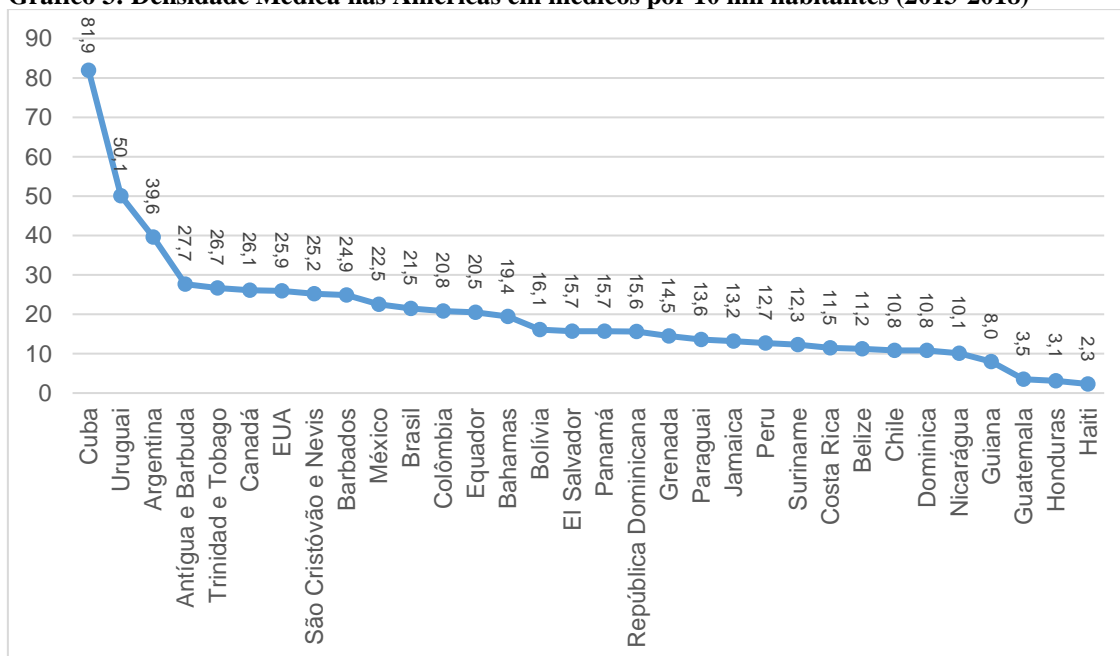
País	Índice	País	Índice	País	Índice
Mônaco	65,6	Bulgária	39,9	Irlanda	30,9
San Marino	61,5	Islândia	39,7	Luxemburgo	30,3
Suécia	54,0	Malta	38,3	Croácia	30,0
Áustria	51,4	Finlândia	38,1	Eslovênia	30,0
Georgia	51,0	Holanda	35,1	Ucrânia	30,0
Noruega	46,3	Estônia	34,6	Armênia	29,0
Grécia	45,9	Azerbaijão	34,4	Macedônia	28,7
Dinamarca	44,5	Andorra	33,3	Reino Unido	28,1
Lituânia	43,4	Portugal	33,3	Eslováquia	24,6
República Tcheca	43,1	Bélgica	33,2	Polônia	24,0
Suíça	42,3	Cazaquistão	32,5	Montenegro	23,3

Alemanha	42,1	França	32,3	Romênia	22,6
Itália	40,9	Hungria	32,3	Bósnia e Herzegovina	20,0
Bielorrússia	40,8	Moldova	32,0	Turquia	12,7
Espanha	40,7	Letônia	31,9	Albânia	12,0
Rússia	40,1	Sérvia	31,2		

Fonte: World Health Organization, 2019 – Health Workforce Statistics.

As Américas registram a 2º maior média de Densidade Médica entre os continentes (19,6 médicos/10 mil habitantes), porém, além de ser praticamente a metade da média europeia, é preciso destacar alguns elementos relevantes na análise. Primeiramente, há dois países cujas DM estão bem díspares dos demais: Cuba e Uruguai. Aquele registra a maior DM do mundo (81,9/10 mil), enquanto assinala um índice superior a maior parte dos países europeus (50,1/10 mil) e, sendo valores tão altos, *puxam* a média para cima. Do outro lado da equação estão países como Haiti e Honduras, cujas Densidades Médicas são análogas aos países africanos (2,3 e 3,1/10 mil, respectivamente), o que sinaliza uma desigualdade importante dentro das Américas e no mínimo levanta alguns questionamentos, considerando que, geograficamente, os extremos da tabela (Cuba e Haiti) estão posicionados em regiões próximas (Gráfico 3).

Gráfico 3: Densidade Médica nas Américas em médicos por 10 mil habitantes (2013-2018)



Fonte: World Health Organization, 2019 – Health Workforce Statistics.

Assim como no exemplo europeu, existem algumas proximidades quando feitas comparações por agrupamentos de países segundo critérios geopolíticos. A Argentina, por

exemplo, possui uma alta DM quando comparada com outros países das Américas, tal qual seu vizinho o Uruguai, ainda que em menor escala (39,6 médicos para cada 10 mil habitantes). Os norte-americanos, Canadá e Estados Unidos apresentam números bem próximos um do outro, sendo praticamente iguais se aplicada uma margem de segurança: 26,1 e 25,9/10 mil, o que não difere tanto do México, que registra 22,5 médicos para cada 10 mil habitantes. É preciso, entretanto, destacar a discrepância na região do Caribe, para além dos dois *outliers* já mencionados (Cuba e Haiti). Se por um lado há países que superam a média mundial, a exemplo de São Cristóvão e Nevis, Barbados e Bahamas, há outros que se posicionam abaixo dessa linha de corte, tais como Guatemala, Guiana e Nicarágua.

Aparte da África, Ásia e Oceania são os outros continentes que possuem DM média abaixo da média mundial (14,4 e 12,1 médicos para cada 10 mil habitantes, respectivamente). Vale ressaltar, entretanto, que mesmo assim há uma significativa distância entre as médias desses dois continentes para a África. Novamente nota-se desigualdade em relação aos países do mesmo continente em ambos os casos, sendo que os que estão localizados nas regiões Sul e Sudeste Asiático (p. ex. Nepal, Bangladesh, Laos, Indonésia, Butão e Camboja) e na Polinésia (p. ex. Tuvalu, Timor Leste, Tonga, Samoa e Vanuatu) apresentam os menores valores de Densidade Médica. Por outro lado, os que estão localizados no Norte e Nordeste asiático (a exemplo de Coreia do Sul, Mongólia, Japão e Singapura) e Austrália e Nova Zelândia, na Oceania, apresentam maiores DM. Diferentemente das Américas não há nenhum país nestes dois continentes cuja DM seja superior à da média europeia ou mesmo extremamente discrepante das demais dentro do mesmo continente. O país asiático que registra o maior valor na sua DM é a Coreia do Sul, com 36,7 médicos para cada 10 mil habitantes. Por sua vez, Austrália e Nova Zelândia possuem 35,8 e 30,2 médicos para cada 10 mil habitantes, respectivamente, conforme ilustra o Quadro 2.

Quadro 2: Densidade Médica no continente europeu em médicos por 10 mil habitantes (2013-2018).

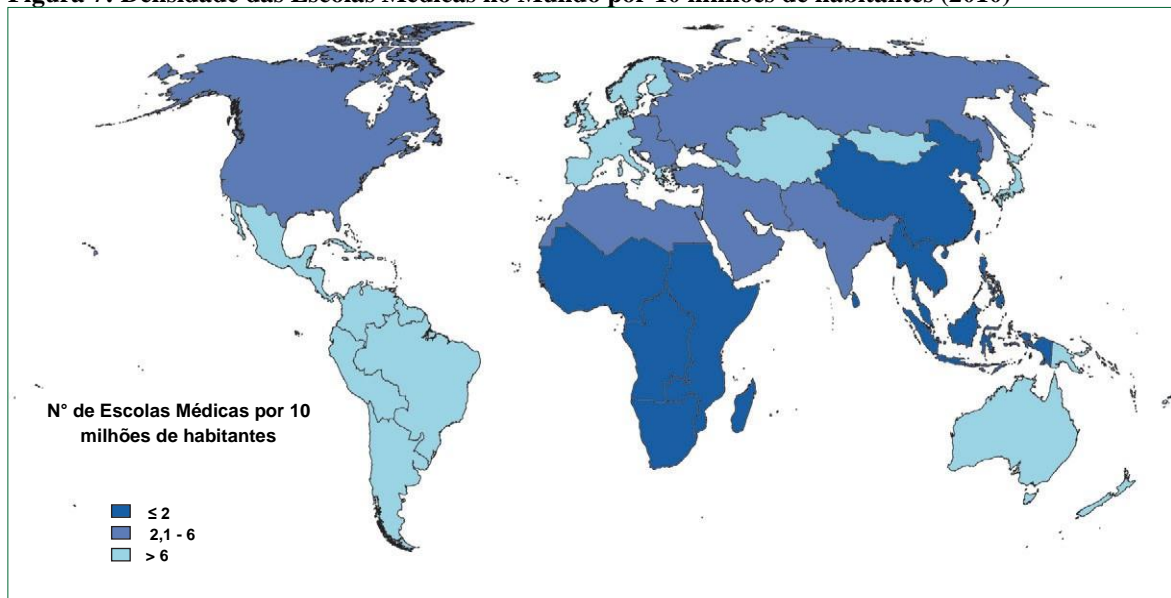
ÁSIA				OCEANIA	
País	Índice	País	Índice	País	Índice
Coreia do Sul	36,7	Paquistão	9,7	Austrália	35,8
Mongólia	28,9	Sri Lanka	9,6	Nova Zelândia	30,2
Japão	24,2	Mianmar	8,7	Ilhas Maurício	20,2
Uzbequistão	23,7	Vietnã	8,2	Palau	11,8
Coreia do Norte	23,6	Tailândia	8,1	Maldivas	10,4
Singapura	23,1	Índia	7,8	Tuvalu	9,2
Turcomenistão	22,2	Nepal	6,5	Fiji	8,3
Quirguistão	18,7	Bangladesh	5,2	Timor Leste	7,2

China	17,8	Laos	5,0	Tonga	5,2
Brunei	17,7	Indonésia	3,8	Samoa	3,4
Tajiquistão	17,0	Butão	3,7	Ilhas Salomão	2,0
Malásia	15,1	Camboja	1,7	Vanuatu	1,7
Filipinas	12,7				

Fonte: World Health Organization, 2019 – Health Workforce Statistics.

A má distribuição de médicos entre países é percebida e tem relação com a desigualdade na concentração de escolas médicas ao redor do globo. Frenk et al (2010) estimaram que havia aproximadamente 2.500 cursos de Medicina no mundo, responsáveis por formar quase 400 mil médicos a cada ano, para uma população de sete bilhões de pessoas. Notadamente percebeu-se um quantitativo maior de escolas médicas na Índia, China, Europa Ocidental, América Latina e no Caribe, contrastando com a realidade de regiões como o sudeste e o centro da Ásia, Europa central e oriental e principalmente na África subsaariana, conforme ilustra a Figura 7. Somente quatro países (Índia, China, Brasil e EUA) concentravam 35% de todo o conjunto de escolas médicas no mundo, ao passo que 31 países não registravam nenhum curso de Medicina e outros 44 possuíam apenas uma instituição formadora.

Figura 7: Densidade das Escolas Médicas no Mundo por 10 milhões de habitantes (2010)



Fonte: Frenk et al, 2010.

A desigualdade pode ser ainda aprofundada pela diferença no número de médicos que cada curso forma por ano (Tabela 3). Comparando Índia e China, por exemplo, percebe-se que, embora aquele país registrasse um quantitativo superior de escolas médicas comparado

a este (300 e 188, respectivamente), o contingente de graduados por ano era de 175 mil na China, e de 30 mil na Índia. No continente africano, o número de graduados por ano era de 23 mil, porém 74% destes se formavam em instituições no Norte do continente e nos países do Oriente Médio, ao passo que 26% se formava na África Subsaariana: uma relação bem desigual, considerando que 65,8% da população africana está concentrada na parte abaixo do Saara e 34,2% na região norte e no Oriente Médio (Frenk et al, 2010).

Tabela 3: Escolas Médicas, Graduados e Força de trabalho Médica no mundo (2010)

	População Estimada*	Escolas Médicas	Nº Estimado de Graduados / ano**	Força de trabalho médica**
ÁSIA				
China	1.371	188	175	1.861
Índia	1.230	300	30	646
Centro	82	51	6	235
Outros	1.075	241	18	409
EUROPA				
Central	122	64	8	281
Oriental	212	100	22	840
Ocidental	435	282	42	1.350
AMÉRICAS				
América do Norte	361	173	19	793
América Latina e Caribe	602	513	35	827
ÁFRICA				
Norte e Oriente Médio	450	206	17	540
África Subsaariana	868	134	6	125
Mundo	7.036	2.420	389	8.401

Fonte: o autor, baseado em Frenk et al, 2010³⁴.

* em milhões / ** em milhares.

Outro fator contribuinte para a desigualdade na DM referente à formação, é que existem países que são notoriamente “exportadores de médicos”, a exemplo de Cuba, enquanto outros são “importadores de médicos”, como os EUA, países da Europa Ocidental e do Oriente Médio, que costumam receber um volume considerável de profissionais médicos para programas de aperfeiçoamento, residência ou mesmo para atuação no mercado de trabalho estrangeiro. A Índia, por sua vez, mesmo formando 30 mil médicos por ano, número pequeno, considerando sua população e seu contexto social) é o país que mais

³⁴ Esta tabela sofreu algumas adaptações em relação à fonte original. Além da tradução livre, a matriz contida no artigo de Frenk et al (2010) continha um agrupamento de países intitulado como “Pacífico Asiático de Alta Renda” (*High-income Asia-Pacific*), porém o artigo não determinou quais são esses países e não faz qualquer outra menção ao longo do texto. Desta forma, este agrupamento foi retirado da tabela inserida neste trabalho e, desta forma, o somatório final contido na linha “Mundo” não corresponde à soma das linhas anteriores, justamente porque faltam os números referentes a este agrupamento excluído.

exporta jovens médicos para os Estados Unidos da América e para o Reino Unido (Bach, 2007). Cabe, no entanto, um contraponto ao enquadramento de Cuba nessa categoria de “exportador”, uma vez que a estratégia de provimento médico deste país para outros acontece desde a década de 1960 e está inserida em uma política externa alicerçada no princípio da “solidariedade internacional” (Torres & Cruz, 2008).

A escassez médica, ou mesmo de outros profissionais de saúde, não possui uma única causa; trata-se uma questão multifatorial que geralmente combina aspectos como desregulação do mercado de trabalho e da formação profissional, insuficiência de incentivos para a permanência de trabalhadores (em especial em zonas remotas, rurais e de alta vulnerabilidade social), desigualdades na distribuição geográfica, alta rotatividade entre os profissionais (*turnover*), alta competitividade entre distintos mercados de trabalho, entre outros aspectos derivados. Políticas promotoras ou catalisadoras das inequidades, administrações com conflitos de interesse e subsídios públicos utilizados de forma equivocada e ineficiente são exemplos de agentes que necessitam ser modificados para trazer equilíbrio à balança da distribuição da FTS e desenvolvimento pleno de sistemas de saúde (JLI, 2004).

Embora haja uma retórica historicamente persistente de que há gastos excessivos em Recursos Humanos para a Saúde (RHS), ou mesmo que há pouco retorno financeiro a partir dos investimentos feitos, esse é um campo constantemente negligenciado nas mesas de gabinete e habitualmente subfinanciado, dada sua importância para promover melhorias no setor Saúde (Chen, 2010). Ainda segundo o mesmo autor, este debate foi o propulsor que motivou 1.500 líderes internacionais em saúde a elaborar e assinar a Declaração de Kampala de 2008, a fim de assegurar incentivos de forma adequada, segura e acessível, com a finalidade de promover a fixação e a distribuição igualitária da força de trabalho. Isto, porque, para ele, a má distribuição da Força de Trabalho da Saúde (FTS) é indiscutivelmente o desafio mais crítico no campo dos RHS para atingir o objetivo da universalização da saúde.

Em sua análise, Lincoln Chen (2010) argumenta de que a má distribuição é o verdadeiro desafio a ser enfrentado e combatido em detrimento da escassez, pois esta é, na verdade, consequência de uma série de medidas que vão desde omissão ou interpretação equivocada de dados, ou mesmo lacunas nos mecanismos e políticas de regulação profissional. Apoiado por trabalhos como os de Lehmann et al, (2010), ele afirma que a causa do problema não está ligada somente à falta de profissionais em termos de quantitativo

absoluto, mas pode estar relacionada às competências e habilidades dos profissionais e às características das localidades onde trabalham.

Muito além de fatores econômicos, políticos ou regulatórios, as raízes da má distribuição podem ser muito mais profundas, oriundas de processos históricos complexos como o colonialismo de exploração, de acordo com o mesmo autor. Em muitos países, por questões de sobrevivência, minorias étnicas e culturais foram historicamente forçadas a se deslocarem para regiões como montanhas, desertos, florestas e periferias de grandes centros urbanos. Em comunidades onde nunca houve a formação de FTS (ao menos nos padrões ocidentais), o desafio maior tende a estar mais relacionado à educação em si, do que em reter profissionais específicos (Chen, 2009).

No tocante à educação, além de considerar o balanço entre quantidade de centros formadores e qualidade dos mesmos (entendendo esta enquanto preparação adequada para atuar nas regiões com menores densidades médicas), é igualmente necessário ponderar sobre o acesso do estudante ao curso de Medicina e às condições de se manter no curso (Chen et al, 2012). Grande parte das escolas médicas no mundo são pagas e, geralmente, tem alto custo, sobretudo quando comparadas a outras graduações. Ainda que o acesso seja gratuito ou que o estudante receba bolsas de estudo para pagar a matrícula e/ou mensalidade, os custos relativos à continuidade no curso tais como livros, materiais de estudo, taxas universitárias, entre outros, também tendem a ser altos (Kwong et al, 2002).

Tanto por questões econômicas, quanto por produzir barreiras de acesso à formação de indivíduos com baixa renda, o alto custo da educação médica é compreendido como um desafio a ser vencido em todos os países do mundo (Hager & Russel, 2009). Estima-se que o gasto mundial com Educação Médica em 2009 foi de 47,6 bilhões de dólares, sendo que as despesas totais para que um estudante conseguisse se graduar alcançavam as cifras de 122 mil dólares em média. As escolas mais caras estavam localizadas na América do Norte e na Europa Ocidental, sendo que o custo médio total dos cursos de Medicina mais caros nessas regiões girava em torno de 470 mil dólares. Estes gastos, inclusive, podem aumentar em até 47,7% se incluídas as despesas envolvidas com projetos de pesquisa e de atuação em diferentes campos de prática. (Cooke et al, 2010)

A ausência ou insuficiência de estímulos ou incentivos para que estudantes oriundos das localidades mais vulneráveis consigam estudar Medicina é tema de vários trabalhos (Grobler et al, 2015; Yang et al, 2013; Buchan et al, 2013; Adzei & Atinga, 2012), sendo

que alguns trabalhos, a exemplo de Grobler et al (2009) chegam a mencionar que a origem do egresso de Medicina é o fator mais importante para determinar sua capacidade de fixação em regiões de baixa densidade médica. Em outras palavras, os autores atestam que um médico oriundo dessas localidades tem maiores chances de atuarem e permanecerem trabalhando em áreas rurais, remotas ou de alta vulnerabilidade social, quando comparados a médicos de diferentes origens. No entanto, como em sua maioria esses indivíduos não têm condições financeiras para bancar as despesas de um curso de Medicina, faz-se necessário pensar em estratégias e mecanismos de incentivo para que eles possam ter acesso e permanecer nos cursos.

Outra razão atribuída à dificuldade de se fixar médicos na Atenção Primária à Saúde em vários países é o fato de haver uma discrepância na força de trabalho disponível entre generalistas e especialistas (Wismar et al, 2011; Zurn et al, 2011). Muito embora haja uma influência *flexneriana*³⁵ nesta questão, ou seja, histórica e tradicionalmente a formação médica é orientada para um perfil especialista do que generalista, há também presente um elemento de âmbito pessoal, quando um egresso de Medicina opta por qual percurso seguir na carreira profissional (Amin et al, 2013; Whitcomb, 2009). Pode-se argumentar, naturalmente, que as escolhas pessoais são influenciadas por fatores extrínsecos, tais como, neste caso: ofertas e praças de empregos; salários praticados no mercado; valor social da especialidade; quantidade, qualidade e distribuição de vagas em programas de residência médica, entre outras questões (El Koussa et al, 2016). Todavia, independentemente dos motivos, é fato que essa relação generalista x especialista interfere na força de trabalho disponível de médicos para a APS e, conseqüentemente numa distribuição equânime deste profissional por um território (Pathman et al, 2004).

Em contrapartida à ideia de que não é preciso buscar um refinamento ou especificidades na formação de médicos para a APS, ou que “qualquer” médico pode atuar na Atenção Primária à Saúde, inclusive em localidades de difícil fixação, Pathman et al (1999) afirmam que é vital buscar aprofundar os conhecimentos relativos à Medicina Preventiva, Medicina Rural e Medicina de Família³⁶ não somente para promover cuidados com maior qualidade, como também para estimular a fixação desses profissionais através da identificação e da satisfação com o trabalho exercido. Segundo estes autores, que

³⁵ Relativo ao *Relatório Flexner*, publicado no final da década de 1910, considerado como o principal influenciador nos modelos curriculares dos cursos de Medicina, fazendo com que os programas e disciplinas fossem organizados de acordo com as especialidades médicas que, por sua vez, são definidas de acordo com a parte do corpo.

³⁶ Em tradução livre

desenvolveram este trabalho com foco nas áreas rurais dos EUA na década de 1990, médicos que são devidamente orientados e preparados para atuar em zonas rurais ou remotas e que se habituam a viver em pequenas cidades, permanecem atuando mais tempo atuando nessas regiões em comparação aos médicos que não passam por este tipo de processo formativo. Acrescentam ainda que a inclusão de estágios e internatos e, principalmente programas de residência médica nessas regiões fazem com que o tempo de permanência nessas regiões seja mais prolongado.

Trabalhos como os de Humphrey et al (2007), Rockers & Bärnighausen (2013) e Marietjie et al (2017) convergem na afirmação de que para aumentar a DM em regiões rurais, remotas e de alta vulnerabilidade social é preciso rever os modelos, projetos, programas e currículos das instituições formadoras. Mais do que reformular os cursos de modo a incluir desde cedo os graduandos em cenários de práticas que contemplem esses contextos, é vital que a proposta pedagógica do curso esteja centrada nas demandas sociais locais. Para tanto, estes autores mencionam iniciativas que: (1) diminuam a rotatividade dos internatos, aumentando o tempo de convivência com as comunidades-alvo; (2) ampliem as atividades centradas na perspectiva de integração ensino-serviço-comunidade; (3) estimulem a formulação de programas de residências específicas no tema; (4) fomentem o trabalho multiprofissional e interdisciplinar; (5) estabeleçam garantias de emprego nessas áreas após o término oficial do processo formativo, e; (6) estimulem a educação permanente e o desenvolvimento profissional contínuo.

Outro elemento constantemente associado à baixa fixação de médicos em regiões rurais, remotas e de alta vulnerabilidade social é o da satisfação no trabalho. Pathman et al (2002) apontaram que a insatisfação no trabalho tende a ser maior em jovens médicos que decidem começar suas carreiras enquanto generalistas atuando nessas regiões. Segundo os autores, os motivos que levam a essa insatisfação geralmente estão associados a fatores como sensação de isolamento, dificuldades de se adaptar à vida em pequenas cidades e, principalmente, a percepção de que seus pacientes não estão recebendo os melhores cuidados. Moran et al (2014), em trabalho que revisa as intervenções de supervisão, apoio e tutoria a médicos em formação nas regiões rurais e remotas, descreveram resultados semelhantes, acrescentando ainda que mesmo após formados, certificados e devidamente aptos para o trabalho, os médicos que atuam nessas localidades demonstram demandar uma

estrutura de suporte e acompanhamento para se sentirem mais amparados e satisfeitos no trabalho.

As recomendações da OMS (WHO, 2010)³⁷, a análise descritiva das Estatísticas Mundiais da FTS e a literatura revisada neste capítulo endossam a afirmação que a escassez médica é um problema global, porém, é preciso contextualizá-la para compreender verdadeiramente o problema. Em alguns cenários a escassez existe porque, de fato, não há uma força de trabalho, um contingente quantitativo suficiente de médicos capaz de atender a uma determinada população. Este é um exemplo presente em países da África subsaariana, que ainda possuem poucos centros formadores de médicos em seus territórios, isto é, a quantidade de médicos formada por ano é insuficiente para atender a população existente (Lanktree et al, 2014). Enquanto quatro países no mundo possuíam mais de 150 escolas médicas cada um (China, Índia, Brasil e EUA), 26 países da África Subsaariana tinham uma ou nenhuma (Frenk et al, 2010). Não obstante é preciso ressaltar que mesmo nestes casos, a concentração médica acaba por ser maior nos grandes centros urbanos, em detrimento das áreas rurais, remotas ou de alta vulnerabilidade social, como reportam Ndeti et al (2008). A escassez médica no mundo, portanto, tende a ser um produto ou um agravamento da má distribuição ou da distribuição desigual desses profissionais por diversos motivos, conforme aponta Chen (2010).

Os exemplos analisados permitem extrair uma síntese que aborde de forma aglutinada os nexos causais ou fatores atenuantes da escassez médica no mundo a partir dos seguintes cenários:

1. Insuficiência de instituições formadoras: a quantidade de vagas no mercado de trabalho é maior e cresce mais anualmente em comparação ao quantitativo de médicos formados por ano (demanda maior do que a oferta) – caso de boa parte dos países da África subsaariana, onde a população é grande, tem altas taxas de natalidade e um número limitado de escolas médicas. O baixo quantitativo de médicos formados por ano pode estar relacionado ao número de instituições ou à quantidade de vagas abertas e/ou egressos (Lanktree et al, 2014; Chen et al, 2012; Frenk et al, 2010);

³⁷ Contidas em: *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations* (WHO, 2010)

2. Déficit na formação de profissionais devidamente preparados: a ausência ou escassez de médicos atuando em regiões de baixa DM pode estar associada a um processo formativo deficitário e pouco indutor, no sentido de preparar o profissional para atuar nessas regiões. Este déficit diz está presente tanto na graduação, quanto na pós-graduação, contemplando desde o currículo e as atividades práticas, até programas de residência e educação continuada (Orda et al, 2017; Marietjie et al, 2017; Rockers & Bärnighausen, 2013; Straume et al, 2010; Humphrey et al, 2007);
3. Desequilíbrio entre o quantitativo de generalistas e especialistas: para prover médicos para a APS em regiões de baixa DM, é preciso, inicialmente, contar com um estoque apropriado de médicos com a devida formação. Embora os parâmetros dessa formação variem entre os países, gerando especialidades como Medicina de Família, Medicina Rural, Medicina Preventiva, Medicina Social, entre outras, a APS requer uma abordagem mais generalista. Entretanto, as bases do ensino médico tendem a valorizar mais as especialidades, contribuindo para que em certos cenários haja uma escassez de generalistas, ainda que a força de trabalho médica total seja considerada adequada. Vale frisar, contudo, que a escassez médica não é exclusiva na APS ou aos generalistas; ela também ocorre entre os especialistas (Harrold et al 1999; Rabinowitz et al, 2012)
4. Migração médica: fenômeno que também tem raízes diversas e que ocorre tanto entre países, quanto dentro de um próprio país. A migração médica pode ocorrer por falta de incentivos adequados, por motivações pessoais, por oportunidades mais oportunas de formação (seja na graduação ou pós-graduação), por oportunidades de melhor retorno financeiro, por “maior reconhecimento social”. Geralmente favorece centros urbanos em detrimento de regiões rurais ou remotas (Forcier et al, 2014; Okeke, 2013; Vujicic et al, 2004);
5. Ausência ou deficiência de estratégias e mecanismos de distribuição/alocação igualitária: trata-se do *provimento (ou provisão) e recrutamento*³⁸ de médicos feito de forma a excluir ou minimizar vazios assistenciais, garantindo o

³⁸ A literatura analisada em língua portuguesa utiliza ambos os termos “Provimento” e “Provisão” como sinônimos. Ao mesmo tempo que a Lei 12.871/2013 que cria o Programa Mais Médicos utiliza o primeiro termo para se referir à alocação, destinação e distribuição de profissionais, o setor do Ministério da Saúde incumbido de gerenciar o Programa recebe o nome de Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde. O termo “Recrutamento” também aparece na língua portuguesa, porém é utilizado em função da tradução do termo em inglês “*Recruitment*”.

preenchimento de postos de trabalho de forma homogênea e perene. Um provimento ineficaz pode aumentar a desigualdade na concentração de médicos, fundamentalmente em regiões de alta vulnerabilidade social e gerar barreiras de acesso aos usuários do sistema de saúde. Estes desequilíbrios geralmente ocorrem em função de falta de atrativos suficientes para atuar nas regiões de menor DM, ineficiência de mecanismos regulatórios, competitividade entre diferentes fontes pagadoras, relação predatória ou excludente entre os sistemas público e privado, além da sensação de “desprestígio” e falta de reconhecimento social por trabalhar fora dos grandes centros urbanos (Morell et al, 2014; Lee & Nichols, 2014; Eyal & Bärnighausen, 2012; Wakerman & Humphreys, 2011; Seble et al, 2010);

6. Inexistência ou insuficiência de mecanismos e estratégias de fixação: dada como vencida a etapa do provimento, ou seja, a presença do médico em determinado posto de trabalho está garantida, é preciso investir em alternativas que induzam um maior tempo de permanência do profissional, uma vez que um dos princípios fundamentais da APS é a longitudinalidade do cuidado. Conforme relatado por Bárbara Starfield (2002), é vital que o profissional conheça e consiga acompanhar seus pacientes ao longo do tempo para prover um cuidado com qualidade. Não obstante, os postos de trabalho situados em regiões rurais, remotas ou de alta vulnerabilidade social, costumam apresentar uma alta rotatividade (*turnover*), fazendo com que o tempo de permanência de um médico nessas localidades seja baixo em comparação aos postos em centros urbanos ou de condição social menos desfavorável. Isto pode ocorrer em virtude de um ou mais fatores combinados, tais como: falta de mecanismos reguladores; ausência de uma carreira profissional ou de outros estímulos necessários para um planejamento a longo prazo; insuficiência de incentivos financeiros; precariedade e insegurança no ambiente de trabalho; insatisfação com a escolha profissional; sensação de isolamento e ausência de suporte profissional; não-adaptação ao estilo de vida fora dos centros urbanos; dificuldade de estabelecer uma rede profissional e pessoal; escassez de incentivos para o constante desenvolvimento profissional, e; falta de reconhecimento social (Cutchin, 1997;

Pathman et al, 2004; Hancock et al, 2009; Humphreys et al, 2010; Matsumoto et al, 2010; Rahim & Mwanri, 2012; Viscomi et al, 2013).

As evidências encontradas na revisão da literatura sobre a escassez de médicos no mundo endossam a constatação de que este é um desafio real à efetivação de sistemas de saúde orientados a garantir um cuidado universal e integral à população. Trata-se de um problema de causas multifatoriais que acomete países independentemente de seu grau de desenvolvimento e que é agravado pelas iniquidades intra e interpaíses. A análise da base de dados sobre a força de trabalho médica mundial contribuiu para embasar a afirmação de que a insuficiência dos profissionais costuma ser agravada por desequilíbrios na Densidade Médica encontrados na confrontação dos cenários: “urbano x rural”; “centro x periferia”; “norte x sul”³⁹; “Europa x África”; “América setentrional x América Latina e Caribe”; “Austrália x Ilhas do Pacífico”, entre outros contextos possíveis. As desigualdades, por sua vez, tendem a ser ocasionadas ou catalisadas por movimentos como: migração médica (seja por deslocamentos forçados ou por fatores de atração em outros países); ausência de incentivos para estimular o deslocamento e a permanência de médicos em regiões desassistidas; processos formativos desalinhados com as necessidades da população-alvo; insuficiência de centros formadores e/ou oportunidades atrativas de emprego, e; desequilíbrio na relação entre especialidades médicas e composição de equipes multiprofissionais.

³⁹ Expressão utilizada em alusão às desigualdades prevalentemente encontradas entre os hemisférios norte e sul do globo (Berlinger, 1999; Almeida, 2010).

4.2 - A escassez médica no Brasil

A história da escassez médica no mundo se mistura e se articula com a situação brasileira. Segundo Oliveira et al (2015) ela é um dos principais desafios enfrentados na efetivação do SUS e no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Carvalho & Sousa (2013) complementam que a ausência do médico compromete a efetivação do princípio constitucional da universalização do acesso à Saúde, e que esta é uma batalha enfrentada principalmente pelos gestores de municípios com alta vulnerabilidade social. Rodrigues et al (2013) destacam que a configuração da desigualdade na distribuição de médicos no território nacional ocorreu devido à baixa regulação estatal no trabalho e na formação profissional, sendo que este cenário é ainda mais preocupante na área de Medicina de Família. Campos & Malik (2008), apontaram que a alta rotatividade de médicos generalistas em postos de trabalho nas regiões mais vulneráveis do Brasil é um dos problemas mais graves para a implantação da Estratégia Saúde da Família.

Os quatro estudos citados acima poderiam muito bem se referir a outro país, pois as afirmações neles contidas são bem similares aos trabalhos que foram mencionados anteriormente, tamanha é a proximidade do caso brasileiro com a caracterização da escassez médica mundial. Por outro lado, há situações que distanciam o Brasil de outros contextos: ao contrário da África Subsaariana ou da Ásia Central, a insuficiência de escolas médicas não é algo presenciado na quinta maior nação do mundo, muito pelo contrário; junto com China, Índia e Estados Unidos da América, o Brasil detém 35% das escolas médicas do mundo (Frenk et al, 2010). Apesar disso, a má distribuição de médicos é constantemente descrita como uma questão de alta relevância, da mesma forma que em outros países.

Tanto os esforços para compreender as causas e comportamentos da escassez médica no Brasil, quanto as iniciativas para combatê-la, já datam de algum tempo. Estudos dos anos 1970 já demonstravam que a distribuição de médicos pelo país estava vinculada à distribuição de renda, isto é, os médicos àquela época já se concentravam nas regiões mais ricas. Esta constatação levou à criação de programas com o objetivo de levar médicos para o interior do país, tais como o Projeto Rondon e o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) no período do regime militar. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, assegurando aos cidadãos brasileiros a universalização da saúde, novos programas foram instituídos: o Programa de Interiorização do SUS (1993) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) no ano 2000 (Maciel Filho, 2007).

Até mesmo pouco tempo antes do lançamento do PMM, o governo federal brasileiro já havia adotado outras medidas para enfrentar o problema da escassez médica. O Programa FIESMED de 2009, por exemplo, permitiu que egressos de Medicina que tiveram seus cursos custeados pelo Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) poderiam abater suas dívidas em função do tempo de atuação na Atenção Básica em regiões designadas pelo Ministério da Saúde. Em 2011 foi lançado o PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), que além de pagar bolsas de estudos e cursos de especialização, estimulava novos médicos a trabalharem na APS por meio de uma pontuação adicional (bônus) na prova de residência médica. Muito embora ambas iniciativas tenham produzido efeito no provimento de médicos para a AB, a quantidade de profissionais tinha sido inferior à demanda que se apresentava (Ministério da Saúde, 2018).

Em relação a esses estudos que analisam historicamente a escassez médica brasileira, Campos et al (2009) apontam para um fator agravante que teve início nos anos 1960 e perdurou até a década de 2000. Neste período a quantidade de municípios brasileiros dobrou, passando de 2.763 em 1964 chegando ao número de 5.562 em 2004. Este *boom* municipalista está diretamente conectado ao processo de descentralização da saúde, quando a gestão da maioria dos órgãos e estabelecimentos de saúde passa para o comando municipal e, por mais que este processo seja compreendido como um êxito na lógica da gestão do sistema (Sousa et al, 2014), não é tarefa simples organizar e pôr em prática um sistema composto pela União, por 27 Unidades Federativas e 5.569 municípios, ainda mais considerando as especificidades de um país tão vasto, e plural. Por mais que o artigo 30º da Constituição designe o município como o principal ente responsável pela gestão direta da Saúde, as iniquidades socioeconômicas e demográficas do Brasil impõem desequilíbrios e desigualdades nas arrecadações tributárias. Segundo Silva et al (1999), mais de 70% dos municípios brasileiros tinham menos de 20 mil habitantes, sendo que a maioria deles depende da arrecadação do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) para “sobreviverem” financeiramente.

A balança interfederativa fica mais desequilibrada a medida que são analisados os gastos dispendidos com APS nas três esferas de gestão. Vieira & Servo (2013), em Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), calcularam os principais gastos e custos pelos três entes administrativos no biênio de 2010 e 2011 e observaram que a participação dos municípios no gasto total na APS fora de 64%. Deste montante total,

praticamente 60% eram relativos a despesas com Recursos Humanos (RH), sendo que os encargos e vencimentos com os profissionais médicos se configuravam na principal despesa em RH.

Complementarmente, Machado (2007) enfatiza que as duas décadas de estruturação do SUS (1990 e 2000) foram marcadas por uma inversão do “parque sanitário brasileiro”, sobretudo no setor público, quando os estabelecimentos de saúde passaram para a administração municipal. A oferta de empregos no setor público também seguiu a expansão do “parque sanitário municipal”; se em 1976 os empregos nesta esfera representavam 11%, em 2005 passaram para 65% do total de empregos gerados no SUS (Campos et al, 2015).

De acordo com OMS, o Brasil possuía em 2012, portanto antes do PMM, 1,8 médicos para cada mil habitantes. Este dado, além de ser inferior ao de vários países (Quadro 3), ficava abaixo do preconizado pela própria OMS, quando se tem por objetivo promover o acesso da população a serviços médicos. Além de insuficientes, segundo os padrões da OMS, os médicos brasileiros estavam mal distribuídos no território nacional: 22 Estados (80%) apresentavam índice inferior à média nacional, sendo que em cinco deles (todos localizados nas regiões Norte e Nordeste) o índice era menor que 1 médico por 1.000 habitantes. Campos et al (2015) complementam que até o início do ano de 2009, 7% dos municípios não registravam a presença de nenhum médico dentro de seus limites, e que aproximadamente 42% da população vivia em municípios com um índice menor do que um médico para cada 4.000 habitantes.

Quadro 3: Relação de países segundo o número de médicos por 1.000 habitantes em 2012

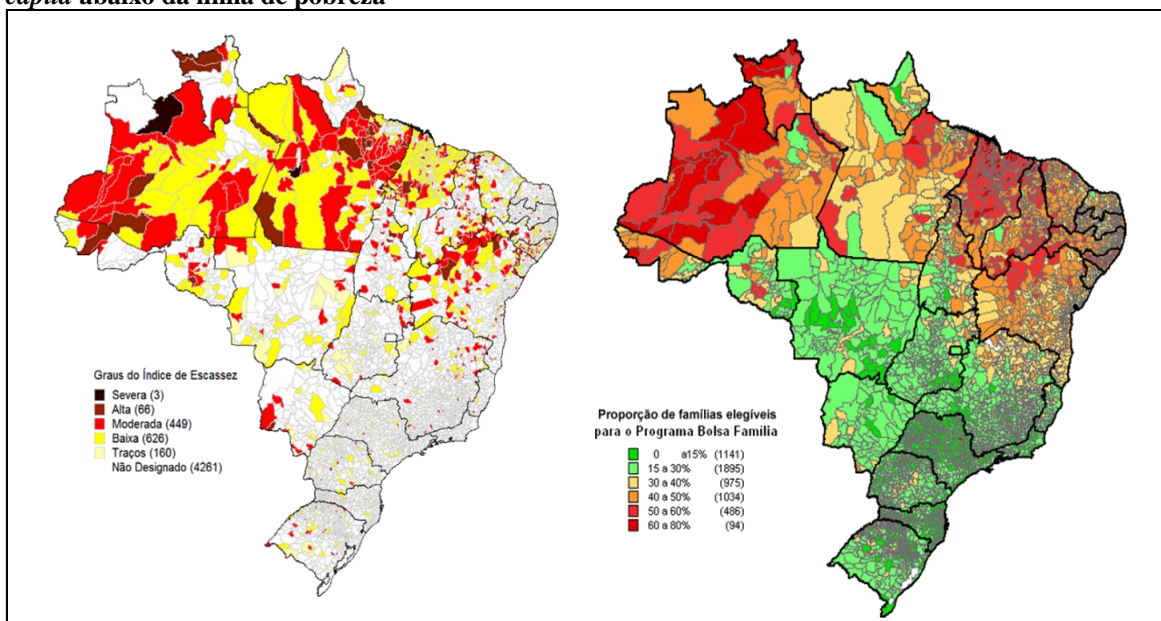
País	Índice	País	Índice	País	Índice
Cuba	6,0	Coreia do Norte	3,3	Japão	1,9
Espanha	4,0	Argentina	3,2	Venezuela	1,9
Portugal	3,9	Hungria	3,1	BRASIL	1,8
Uruguai	3,7	Austrália	3,0	Colômbia	1,4
Bulgária	3,7	Bélgica	3,0	Bolívia	1,2
Israel	3,7	Egito	2,9	Paraguai	1,1
Alemanha	3,6	Reino Unido	2,7	Índia	1,1
Suécia	3,6	México	2,0	Chile	1,0
Itália	3,5	Canadá	2,0	Peru	0,9

Fonte: OMS. Estatísticas sanitárias mundiais, 2012.

Pesquisas de 2010 sobre a escassez médica feitas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) serviram para apoiar o embasamento da implantação do Programa Mais Médicos. Os pesquisadores responsáveis propuseram a construção de um *índice de escassez de profissionais de saúde*. Este índice mostrou que a necessidade de médicos era maior em

municípios e regiões de alta vulnerabilidade social, que registravam as maiores taxas de mortalidade infantil e níveis de pobreza. A Figura 8, confronta, por exemplo, o mapa da escassez médica no Brasil, com o mapa brasileiro de acordo com a proporção de domicílios com renda per capita abaixo da linha de pobreza nos municípios. Ao comparar ambos os mapas, é possível notar quase uma justaposição entre eles, reforçando assim a ideia da associação entre a escassez médica e os municípios mais vulneráveis socialmente. Consta também neste relatório que apenas 2,4% dos municípios não apresentavam escassez médica e 400 municípios não possuíam sequer um médico atuando em suas limitações. Isso indica que a escassez médica no Brasil, embora real, não é homogênea e depende de diversos fatores.

Figura 8: Mapas: escassez médica no Brasil x municípios com proporção de domicílios com renda *per capita* abaixo da linha de pobreza*

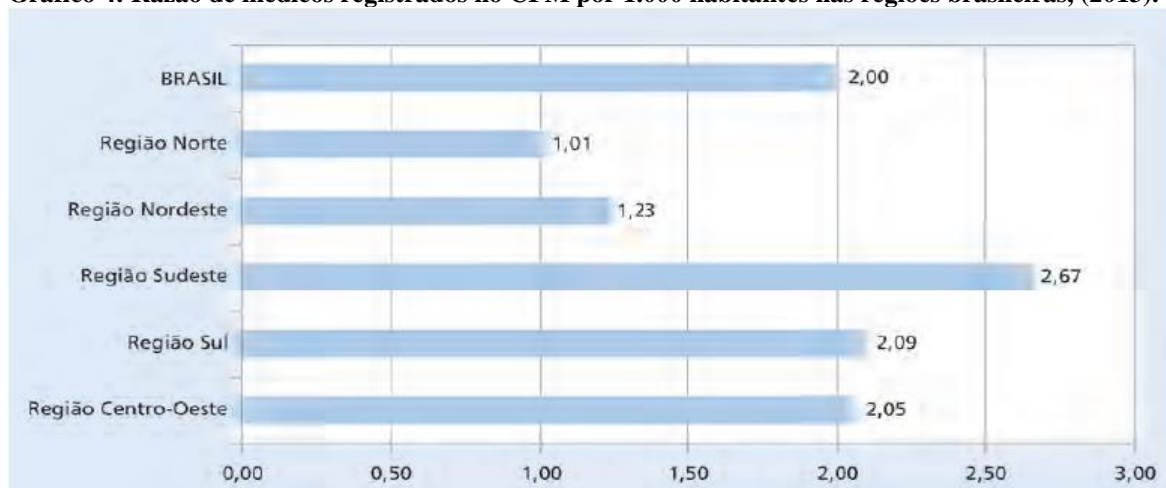


Fonte: Girardi *et al.*, 2010
 * renda *per capita* = R\$ 137,00 (2007)

A Demografia Médica no Brasil (CFM, 2013) corroborou com os achados supramencionados e também indicou a existência de desigualdades regionais na Densidade Médica brasileira, conforme ilustra o Gráfico 4. Este comparativo regional demonstra como a DM é iníqua no Brasil, da mesma forma que ocorre em países com distintos graus de desenvolvimento. Segundo Póvoa & Andrade (2006), a distribuição geográfica dos médicos influencia o bem-estar social e, portanto, qualquer desigualdade nesta distribuição tende a gerar resultados socialmente indesejados e insatisfação por parte da população. Ademais,

países com baixo índice de médicos por habitantes costumam ter resultados negativos em taxas como, por exemplo, expectativa de vida e mortalidades materna e infantil, apontando para uma associação entre estes fatores (GHWA, 2012).

Gráfico 4: Razão de médicos registrados no CFM por 1.000 habitantes nas regiões brasileiras, (2013).



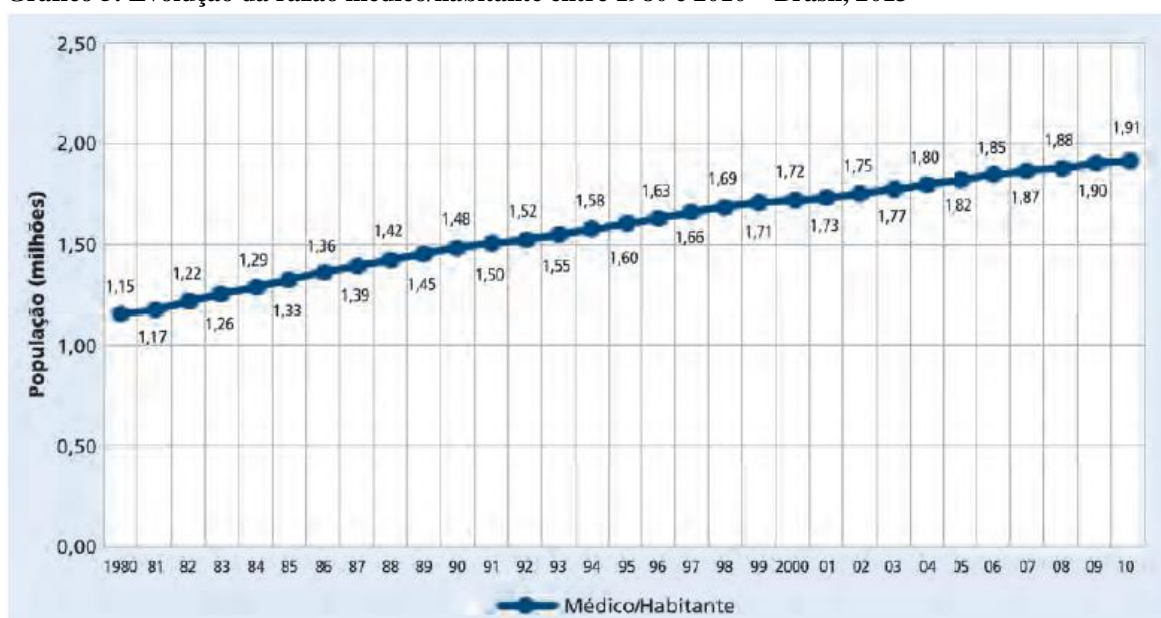
Fonte: Demografia Médica no Brasil - Volume 2. CFM, 2013.

Este cenário apresentava gravidade ainda maior, quando cinco outros elementos descritos por Girardi et al (2012) eram somados: (1) o número de vagas para médicos no setor público vinha anualmente crescendo acima do número de médicos formados no país; (2) alta taxa de rotatividade dos médicos e vagas ociosas nas equipes situadas em locais de maior vulnerabilidade social, e; (3) menos de 10% das vagas na Atenção Primária à Saúde no Brasil eram ocupadas por médicos com alguma pós-graduação específica na área; (4) a oferta de postos de trabalho para médicos no setor público vinha anualmente crescendo acima do número de médicos formados no país. Entre 2003 e 2012 foram abertas 143 mil vagas de emprego para médicos no setor formal, enquanto as escolas médicas formaram 93 mil novos profissionais no mesmo período, e; (6) havia tanto um alto número de vagas ociosas, quanto uma alta rotatividade (*turnover*) histórica de médicos nas equipes situadas em locais de maior vulnerabilidade social. Em decorrência da insuficiência de médicos para ocupar os postos de trabalho na APS, os gestores travavam uma “disputa” predatória, e para obter vantagem com os municípios “concorrentes” adotavam mecanismos de atração como redução na carga horária semanal de trabalho e propostas salariais incompatíveis com a realidade financeira do município;

Em perspectiva histórica, o Brasil experimentou um crescimento exponencial de médicos por mais de 40 anos (CFM, 2013). De 1970 a 2012 houve um aumento de 558% no

número de médicos no país, ao passo que a população brasileira havia crescido 102%. Em outubro de 2012 havia pouco mais de 388 mil médicos em atividade no Brasil, sendo que a taxa de crescimento anual de registros era superior a 4%. Conseqüentemente, a expectativa do CFM para o ano de 2013 era que o quantitativo de médicos ativos no Brasil ultrapassasse os 400 mil, fazendo com que o país atingisse o índice de 2 médicos para cada mil habitantes (superior ao dado publicado pela OMS de 1,8). Analisando o índice ao longo da história, em 1980, havia 1,15 médico para cada 1.000 habitantes. Essa razão subiu para 1,48 em 1990, para 1,72 no ano 2000, e atingiu 1,91 em 2010. Entre 1980 e 2013, portanto, houve um aumento de 74% na razão médico/habitante, conforme ilustra o Gráfico 5.

Gráfico 5: Evolução da razão médico/habitante entre 1980 e 2010 – Brasil, 2013



Fonte: Demografia Médica no Brasil - Volume 2. CFM, 2013.

Dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES, 2018)⁴⁰ demonstram que havia 215.640 médicos atuando no Sistema Único de Saúde em 2012. Isso representava 55,5% do total de médicos ativos registrados no Brasil de acordo com o CFM (2013). Se considerados, portanto, somente os profissionais que atuavam na esfera pública, haveria 1,13 médico por 1.000 habitantes, contra uma razão de 2/1.000 para o conjunto dos profissionais registrados no CFM. Ao considerar somente a força de trabalho médica do SUS, a razão médico/habitante brasileira seria equiparada à da Índia, segundo as estatísticas mundiais de saúde da OMS (2012).

⁴⁰ Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204> [vários acessos].

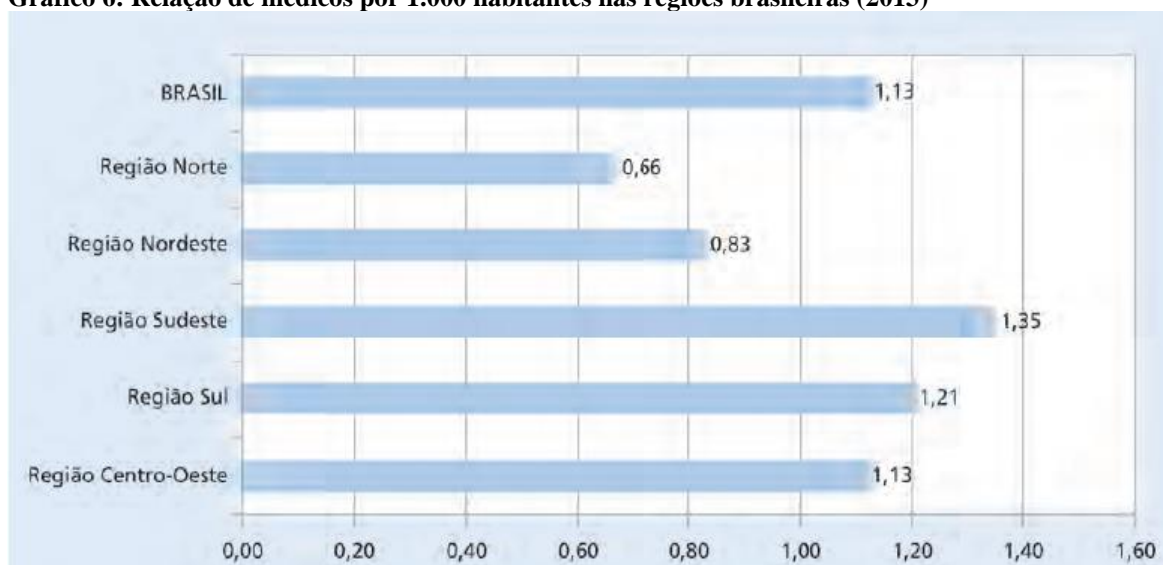
Há de se considerar, entretanto, algumas especificidades do SUS, de forma a questionar estes dados. Primeiramente, a legislação brasileira permite ao profissional de saúde atuar concomitantemente na esfera pública e na privada, diferentemente do que ocorre em países como o Canadá, por exemplo. Ademais, também não há restrição legal em ocupar mais de um vínculo de trabalho no SUS, fazendo com que seja bastante comum que o médico possua mais de um vínculo de trabalho, tanto mesclando público e privado, quanto dentro do SUS apenas. Essa característica contribui para equívocos de notificação no sistema de cadastro e, conseqüentemente, mascara a real densidade médica, uma vez que o profissional divide sua jornada semanal em distintos postos de trabalho (Rodrigues et al, 2013). O índice médico/habitante, portanto, tende a ser menor do que o apresentado pelo CFM, como o próprio relatório já assume ao descrever suas limitações. Feitas estas observações, cabe apontar que as desigualdades regionais quanto à DM permaneciam existindo entre as regiões brasileiras, inclusive dentro do próprio Sistema Único de Saúde (Gráfico 6).

Adentrando no universo do SUS e estreitando a análise da escassez médica para dentro do escopo da Atenção Primária à Saúde (que é praticamente 100% pública no Brasil), era possível mensurar o tamanho do vazio assistencial. Segundo estimativa do IBGE, o Brasil obtinha uma população aproximada de 201 milhões de habitantes em 2013 (IBGE, 2018). Se levado em consideração o parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde à época para calcular a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴¹, seriam necessários 67 mil médicos para atingir 100% de cobertura da ESF. Contudo, segundo consulta à ferramenta *Histórico de Cobertura da Saúde da Família (HCSF)*⁴², disponível *online* no portal do Ministério da Saúde, havia menos de 32 mil médicos atuando regularmente nas Unidades Básicas de Saúde, ou seja, menos da metade do quantitativo necessário.

⁴¹ Segundo a Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, que definia a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e os parâmetros de cobertura da ESF, cada equipe de Saúde da Família deveria ficar responsável por cobrir 3.000 pessoas. Cabe salientar que a composição mínima por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e uma equipe de agentes comunitários de saúde. A PNAB, juntamente com esses parâmetros, foi modificada duas vezes depois dessa edição; nos anos de 2017 e 2019, de forma que atualmente essas referências foram alteradas e não mais servem como base de cálculo de cobertura pelo Ministério da Saúde.

⁴² Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php [vários acessos]. Em 2019, quando uma nova assumiu uma nova gestão no governo federal, a ferramenta do HCSF passou a se chamar “e-Gestor”. In: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reiHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

Gráfico 6: Relação de médicos por 1.000 habitantes nas regiões brasileiras (2013)



Fonte: Demografia Médica no Brasil - Volume 2. CFM, 2013.

Com relação às escolas médicas e as vagas nos cursos de Medicina, elas também vêm aumentando ao longo das décadas e, assim como a DM, essa expansão ocorreu de forma desequilibrada em relação às regiões do país e com um padrão de valorização do setor privado (Scheffer & Dal Poz, 2015). Segundo estes autores (apud Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP) em 2012 havia no Brasil 183 cursos de Medicina, sendo que 59,5% deles eram em instituições privadas e 40,5% em públicas. Em relação ao número de alunos matriculados, a discrepância entre público e privado se exacerbava: 61,7% estavam vinculados a instituições privadas, enquanto 38,3% em instituições públicas.

Estes números, no entanto, se apresentam de forma diferente a depender da fonte utilizada. De acordo com o sítio virtual “Escolas Médicas do Brasil”⁴³, o Brasil, ao invés de possuir 183 cursos de Medicina em 2012, obtinha 203. Como nenhuma das fontes detalha as minúcias metodológicas de como chegaram a tal resultado, não é possível ter certeza do porquê dessa diferença. Independentemente das divergências encontradas em cada fonte, em termos gerais todas apontam para uma expansão das escolas médicas a partir dos anos 1960 que possui três principais características: foi majoritariamente concentrada no setor privado, desigual entre as regiões do país e privilegiou o ambiente urbano e adjacente às capitais, em

⁴³ Disponível em: <https://escolasmedicas.com.br>. [vários acessos].

detrimento do interior e das pequenas cidades com grandes áreas rurais ou remotas (Scheffer & Dal Poz, 2015; Scheffer et al, 2018; Nassif, 2018⁴⁴).

A expansão dos cursos de Medicina é vista com preocupação por agremiações médicas como a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), pois, segundo essas entidades, o Estado brasileiro não goza de mecanismos regulatórios suficientes para controlar a qualidade dos cursos quando estes se multiplicam na velocidade que ocorreria no país (Lopes, 2019). Para além da incompetência regulatória, as entidades médicas defendem que seria necessário investir massivamente em programas de formação e qualificação do quadro de docentes, tutores e preceptores de residência médica, pois, da mesma forma que há escassez de médicos para atender à população em determinadas regiões, também não existem professores em quantidade suficiente para atender a essa demanda (Gomes & Mehry, 2017).

Em relação à formação continuada e às disparidades entre generalistas e especialistas, a Demografia Médica (CFM, 2013) demonstrou que até 2012 havia 46,43% de médicos generalistas⁴⁵, para 53,57% de médicos especialistas em atividade no Brasil, sendo que destes, 29% possuíam títulos em mais de uma especialidade. Ao todo, existem 53 especialidades reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades (CME) no país, sendo que sete dessas especialidades concentravam 52,75% dos médicos registrados à época, e 38,76% estavam nas seis que são consideradas as áreas básicas (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade e a de Medicina Preventiva e Social). Considerando estes dados, o Brasil contava com 92,33% da sua força de trabalho médica distribuída entre generalistas (médicos sem titulação de especialidade) e especialistas das áreas básicas, que tem mais chances de atuar na Atenção Primária à Saúde. Todavia, cabe enfatizar que não há garantias de que esse contingente de fato atue ou vá atuar no SUS ou na APS.

Concernente à migração médica, o Brasil tem registros muito peculiares. A imigração para o Brasil, comparada a outros países como Inglaterra, Austrália, Canadá e EUA, tem baixo fluxo. Antes do Programa Mais Médicos, apenas 1,87% dos médicos atuando no Brasil em 2012 provinham de outro país, sendo que a maioria desses (65%) era formada por

⁴⁴ Antonio Celso Nunes Nassif é o coordenador responsável pela página virtual “Escolas Médicas do Brasil”. As consultas foram feitas no ano de 2018, em vários acessos.

⁴⁵ Segundo a metodologia do estudo da Demografia Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2013) um médico especialista é aquele que concluiu algum programa de Residência Médica ou obteve o título pela Sociedade da referida especialidade, devidamente reconhecida pela Comissão Mista de Especialidades (CME). Ainda de acordo com o estudo, o médico que não tem título de especialista é considerado generalista.

brasileiros que se graduaram no exterior, ou seja, não são imigrantes estrangeiros. O efetivo médico estrangeiro que havia imigrado para o Brasil era de 2.399 profissionais, o que representava 0,62% do total de médicos registrados até o ano de 2012, sendo que 95% deles eram naturais de algum país da América Latina. Do total de 6.822 diplomados fora do Brasil, 40% atuavam em apenas três Estados da região Sudeste, o que reforça a ideia de que a contratação de força de trabalho estrangeira sem mecanismos indutivos não necessariamente contribui para a redução da escassez médica nas localidades mais desassistidas (CFM, 2013).

Segundo Mota & Ribeiro (2019), não há registros sistematizados do quantitativo de médicos brasileiros que atuam no exterior, contudo, as autoras afirmam que a emigração médica não tem expressão quantitativamente significativa, muito embora seja cada vez mais comum ter conhecimento da saída de médicos do Brasil para buscar atuação no estrangeiro. Historicamente os médicos brasileiros procuravam viver em outros países para aprimorar sua formação em residências, programas de pós-graduação e de treinamento específico, porém, na última década o movimento de “fuga de cérebros” (*brain drain*), isto é, a saída definitiva do país, tem aumentado e, de acordo com as autoras, o Programa Mais Médicos pode ter contribuído para este fenômeno.

Se por um lado a imigração e a emigração médica no Brasil são baixas, por outro a migração interna, isto é, o deslocamento do profissional dentro do Brasil, se apresenta num quadro diferente. Scheffer et al (2018) apontaram que 57,3% dos médicos brasileiros fizeram algum movimento migratório no período de 1980 a 2014. Essa migração foi maior em pequenos municípios e menor nas capitais, sendo que 93,4% dos médicos que se formaram em cursos localizados em cidades com menos de 100.000 habitantes haviam deixado esses municípios. Os autores destacaram que esse fenômeno tem impacto na densidade médica brasileira, pois contribui para manter baixo a razão médico/habitante nos municípios de pequeno porte.

Embora o Brasil não seja exceção ao cenário mundial e também padeça do problema da escassez e da má distribuição de médicos em seu território, percebe-se que as origens e os catalisadores dessa problemática por vezes se diferem do que acontecem em outros países. Não se pode afirmar, por exemplo, que a insuficiência de escolas médicas é a causa da baixa densidade deste profissional no país, pois, em termos nacionais, o Brasil conta com um quantitativo superior a países mais populosos, a exemplo dos Estados Unidos da América. Tal qual é equivocada a alegação que a imigração de médicos para o exterior é um fator que

agrava o problema, como visto em países da África subsaariana ou do Caribe; o contexto brasileiro está muito mais suscetível à migração interna, que favorece os grandes centros urbanos, em detrimento dos pequenos municípios.

O Programa Mais Médicos se propôs a combater essa desigualdade na concentração de médicos no território nacional e, passados seis anos de sua implantação, já existem estudos que buscaram avaliar seus resultados com relação a esse objetivo. O próprio estudo da Demografia Médica, bancado pelo CFM, aponta um aumento na razão médico/habitante na edição de 2018 (2,18/1.000). Estes trabalhos serão pautados nos capítulos seguintes, de forma a provocar uma discussão sobre o quanto (e se) o Programa conseguiu, de fato, atingir suas metas em termos de provimento e fixação desses médicos.

5. Da implantação à fixação: uma análise do Programa Mais Médicos

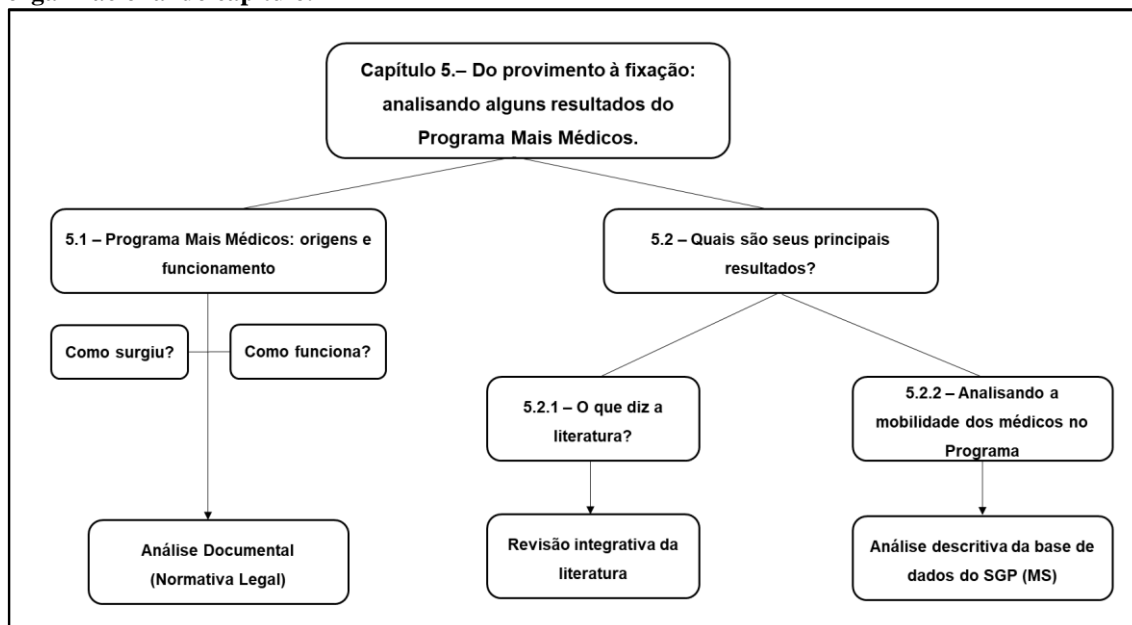
Este capítulo almeja proporcionar um olhar específico para o Programa Mais Médicos de modo a compreender seus objetivos, sua estrutura e alguns resultados obtidos ao longo de sua operacionalização. Com a intenção de abordar um conteúdo abrangente, que possibilitasse tanto a compreensão de como o Programa foi montado, quanto uma análise sobre seus efeitos, o capítulo foi dividido em duas partes: a primeira que discorre sobre a gênese do Programa e como ele funciona, e a segunda que trata de seus resultados.

O propósito da primeira parte é apresentar as origens e a estrutura do PMM: seu histórico, seu delineamento e como ele foi concebido para combater a escassez médica no Brasil. Para descrevê-lo, deliberou-se pelo uso de fontes oficiais de informação, obtidas por meio do Diário Oficial da União (DOU). Trata-se, portanto, de uma análise documental a partir da normativa legal do PMM, a saber: Leis, Medidas Provisórias (MP), Decretos, Portarias, Resoluções, Instruções Normativas e Termos de Cooperação (a legislação principal do Programa pode ser obtida na sua página virtual, administrada pelo governo federal⁴⁶). O texto final é, então, discorrido de modo a mesclar as informações contidas nas fontes consultadas com artigos usados para referenciar a discussão.

A segunda parte aborda os resultados do Programa Mais Médicos, sendo que esta sessão, por sua vez, foi segmentada em dois trechos. O primeiro deles apresenta uma revisão integrativa da literatura sobre os resultados obtidos pelo Programa Mais Médicos no que compete, acima de tudo, à fixação dos médicos nas localidades assinaladas como prioritárias pelo governo federal. A segunda parte apresenta um ensaio feito a partir da análise quantitativa sobre a mobilidade dos médicos do Programa entre 2013 e 2018. A Figura 9 mostra a estrutura organizacional geral deste capítulo, indicando a metodologia de cada subdivisão.

⁴⁶ In: <http://maismedicos.gov.br/legislacao> [vários acessos].

Figura 9: Do provimento à fixação: analisando alguns resultados do Programa Mais Médicos. Estrutura organizacional do capítulo.



O autor.

5.1 – Programa Mais Médicos: origens e funcionamento

Como surgiu?

O embasamento legal que ampara o Programa Mais Médicos origina da promulgação da Constituição Federal de 1988 (inciso III, artigo 200) da Lei 8.080 de 1990 (inciso III), que atribuem ao Sistema Único de Saúde a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Ceccim et al (2002) entendem que essas leis, reforçadas pelo exercício legítimo do controle social (igualmente estipulado pela Constituição), servem para ratificar a centralidade do SUS em determinar os rumos da formação na área da Saúde. Em contrapartida, Vendruscolo et al (2014) afirmam que este papel nunca foi completamente consolidado e frequentemente é posto em xeque, principalmente por setores mais conservadores da sociedade. Em que pese as distintas interpretações sobre o que significa essa ordenação, o fato de a Carta Magna brasileira designar à Saúde um papel ordinariamente atribuído à Educação é, no mínimo, válido de destaque.

Embora o amparo constitucional gerado na transição dos anos 1980 para o decênio seguinte seja a espinha dorsal para as legislações sanitárias subsequentes, as normativas mais específicas que pavimentaram o caminho para os dois eixos edificantes do Mais Médicos advêm das décadas de 2000 (eixo da formação) e de 2010 (eixo do provimento emergencial).

No eixo da formação, cabe resgatar a importância da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) ainda em 1996, pois ela serviu como arcabouço para instituir as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos de graduação no Brasil, de uma forma geral. Em 7 de novembro de 2001, a Resolução CNE/CES nº 4 instituiu as DCN para os cursos de Medicina, com a missão de definir “(...) *os princípios, fundamentos, condições, e procedimentos da formação de médicos para aplicação nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior*” (Art. 2º). Ademais, a Resolução, além de indicar as competências e habilidades que o profissional deve possuir, ela também aponta que o perfil do egresso do curso deve contemplar uma formação: “(...) *generalista, humanista, crítica e reflexiva capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano*” (Art. 3º).

Ao analisar a implantação das DCN no Estado do Paraná, Almeida et al (2007) avaliaram que elas despertaram o interesse pelo desenvolvimento de inovações no ensino médico, inspirando a criação de currículos embasados em uma formação generalista, humanista e voltada para as demandas da sociedade. Esses achados se alinham com o trabalho de Aguiar & Ribeiro (2010), que afirmam que as DCN serviram para recolocar a prática profissional em foco, ajudar a pressionar as escolas a repensar seus currículos e processos avaliativos e reorientar o planejamento educacional a partir do perfil de competência desejável para seus egressos.

Como o eixo da formação do Programa Mais Médicos previa mudanças no ensino médicos, em 2014 foi publicada uma nova resolução que revia as diretrizes aprovadas na norma anterior. De acordo com Meireles et al (2019) as modificações curriculares implementadas pela Resolução CNE/ CES nº 3, de 20 de junho de 2014 vieram para reforçar as diretrizes anteriores e possibilitar ao aluno uma inserção antecipada no ambiente de prática e um conhecimento mais profundo da realidade dos pacientes. As novas metodologias indicadas contribuem para melhorar o processo de ensino-aprendizagem de forma a transformar a visão do próprio discente acerca da graduação e a atuação do profissional.

Ao contrário da legislação de amparo ao eixo da formação, o conjunto de normas que serviu de base para o componente do provimento emergencial, surgiu mais próximo da sua gênese. É o caso da Lei 12.202 de 14 de janeiro de 2010 que trata do FIESMED e das portarias subsequentes que a regulamentaram⁴⁷. Esse regramento possibilitou a redução dos juros ou abatimento de dívidas contraídas por médicos durante a graduação, sob a condição de que eles viessem a trabalhar na Estratégia Saúde da Família, em localidades e períodos pré-determinados. Os critérios utilizados para a designação das “*áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família*” serviram de referência para criar as vagas do Programa Mais Médicos, contidas na Portaria Interministerial nº 1.369 de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implantação do então “Projeto” Mais Médicos para o Brasil.

Antes de servir ao PMM, o mapeamento das regiões prioritárias criado para o FIESMED também proveu suporte para a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, o PROVAB dispunha de três mecanismos incentivadores ao provimento e à fixação de médicos na APS: (1) pagamento de bolsas de estudos em cursos de especialização; (2) supervisão de um profissional ligado à uma instituição de ensino, e; (3) concessão de uma bonificação de 10% na prova de ingresso em residências médicas de especialidades que também demonstram escassez no país. A contrapartida exigida era que o profissional atuasse por ao menos um ano em equipes de Saúde da Família⁴⁸ nas regiões prioritárias assinaladas pelo governo⁴⁹.

Estudos avaliativos do PROVAB apresentam conclusões distintas sobre sua viabilidade. Araújo et al (2017) demonstraram que o mecanismo da bonificação na prova de residência provou seu valor em atrair jovens médicos para atuar nas áreas prioritárias, funcionando como uma ponte importante para captar egressos de cursos de Medicina para o Programa Mais Médicos. Por outro lado, Oliveira et al (2015) mostraram que o PROVAB apresentava problemas de gestão no que competia à interação entre os três entes federativos, sobretudo na esfera municipal, e isso causou empecilhos para sua consolidação. Apesar de ter obtido certos avanços, a quantidade de médicos foi inferior à demanda que se apresentava para o ano de 2013, quando foi criado o PMM. Os 2.626 médicos que haviam aderido ao

⁴⁷ (1) Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011; (2) Portaria nº 203 de 08 de fevereiro de 2013; (3) Portaria conjunta SGTES/SAS nº 3 de 19 de fevereiro de 2013; (4) Portaria Normativa nº 7, de 26 de abril de 2013.

⁴⁸ Definidas pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

⁴⁹ O PROVAB também incluía enfermeiros e dentistas.

PROVAB em 2011 só conseguiriam preencher 20% das vagas que foram abertas no Mais Médicos, fato este que motivou o governo federal a prosseguir com o plano de criar um Programa mais robusto (Ribas, 2016).

Para além do embasamento legal para a implantação dos eixos da formação e do provimento, é fundamental destacar a importância do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, pois foi ele que regulamentou a Lei Orgânica do SUS (8.080/1990), de forma a estabelecer as diretrizes para sua organização, para o planejamento da saúde, para a assistência à saúde, e a articulação interfederativa. Graças a este Decreto, o Programa Mais Médicos pode contar com o devido suporte jurídico para adotar medidas estruturantes para seu funcionamento, como, por exemplo, assinalar as responsabilidades atribuídas a cada esfera federativa (gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal também tinham atribuições a cumprir).

Contextualmente, em 2013 o Brasil apresentava um cenário que conciliava os seguintes aspectos: (1) uma legislação designando que o aluno de Medicina deveria ter uma formação generalista, humanista e voltada para as necessidades do Sistema Único de Saúde, com ênfase para a Atenção Primária. (2) programas vigentes que objetivavam atrair e estimular os médicos a atuarem na APS em regiões prioritárias (FIESMED e PROVAB), e; (3) arcabouço legal para conformar iniciativas em âmbito tripartite, com definição clara dos papéis de cada ente federado. Apesar desse cenário, o país ainda apresentava uma densidade médica de 1,8 médico/1.000 habitantes (OMS, 2012) e uma desigual e persistente distribuição de médicos pelo território nacional (Girardi et al, 2012).

Em termos políticos o ano de 2013 registrou dois eventos críticos na história do Programa Mais Médicos e que foram cruciais para sua criação. O primeiro foi o movimento nacional organizado em fevereiro deste ano pela Frente Nacional dos Prefeitos, intitulado “*Cadê o médico?*”, do qual os chefes do executivo municipal cobravam do governo federal apoio e enfrentamento do problema da escassez médica. O segundo evento foi conjunto de manifestações populares de junho que exigiam, entre outras questões, melhores condições na Saúde no país (Carvalho, 2014).

Em virtude desses elementos contextuais, o governo federal disparou uma série de medidas legais para viabilizar juridicamente a implantação do PMM. Ao mesmo tempo que essas medidas aproveitavam o regramento legal e operativo de iniciativas anteriores, elas também traziam inovações no campo jurídico e na seara político-administrativa. No dia 21

de junho de 2013 o Programa Mais Médicos foi anunciado publicamente à população em pronunciamento presidencial transmitido ao vivo em cadeia nacional. Decorridos menos de 20 dias, o Congresso Nacional já havia aprovado a Medida Provisória nº 621, publicada no dia 8 de julho de 2013, lançando oficialmente o Programa. No mesmo foram publicados outros três documentos no DOU: a Portaria nº 1.639, que implementava o “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB), o Decreto Presidencial nº 8.040, que criava o Comitê Gestor e o Grupo Executivo (instâncias governamentais responsáveis por gerir o PMM), e o Edital nº 38/2013, fazendo o primeiro chamamento público para adesão de municípios e do Distrito Federal.

Na sequência, entre os dias 9 de julho e 1º de outubro foram publicados nove documentos no DOU: sete Portarias, uma Resolução da Receita Federal e um aditivo ao 80º Termo de Cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde. Esses marcos ementavam as regras de funcionamento referentes a vários aspectos operacionais do Programa, tais como: a participação das Universidades Federais, os critérios para adesão dos municípios e das equipes de lotação dos médicos, os valores de custeio, das bolsas e as formas de financiamento, entre outros. Cabe destacar o Termo de Cooperação com a OPAS que possibilitou a vinda de mais de 11 mil médicos cubanos por intermédio de uma parceria firmada entre os governos brasileiro e cubano, mediada pelo referido organismo internacional.

A designação da documentação supracitada, bem como de outros marcos regulatórios importantes do PMM, pode ser obtida na tabela apensada ao Anexo 4. Ela organiza cronologicamente o arsenal normativo do Programa Mais Médicos de 2013 a 2018, disponibilizando as datas de publicação, a identificação da norma e a ementa de seu conteúdo. Ela desconsidera, no entanto, referências como editais de convocação e nomeação, por entender que eles não se configuram como documentos normativos.

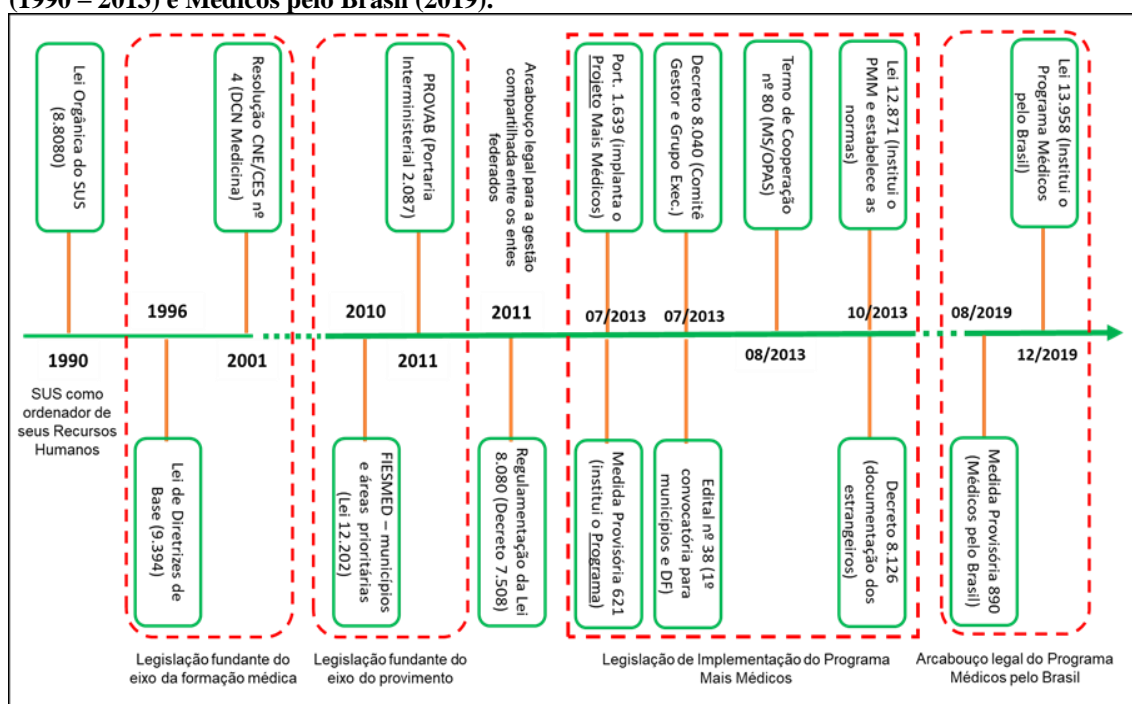
Caetano et al (2017) e Menezes (2018) avaliam que a pressão exercida pelas manifestações populares de 2013 e a queda da avaliação do governo contribuíram para uma velocidade atípica de elaboração de dispositivos operacionais pelo Poder Executivo, bem como uma tramitação e aprovação em tempo recorde da MP 621 e, futuramente, da Lei que instituiu o PMM (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013). Esta, por sua vez, além de agrupar todas as deliberações normativas, gerenciais e operativas que foram publicadas nos meses anteriores e prover o mais alto status hierárquico em termos de legislação ao

Programa, também trouxe um conjunto de novos dispositivos que serviram para ampliar seu corpo e estrutura.

Desta parte em diante, a arquitetura do PMM será abordada majoritariamente em função da Portaria Interministerial que dispôs sobre a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e da Lei instituidora do Programa Mais Médicos (PMM), tendo em vista que a Lei substitui a Medida Provisória publicada três meses antes. Esses dois regramentos, além de serem suas principais referências normativas, também contém os elementos e as referências que motivaram e desencadearam a elaboração de outras normas ao longo da existência do Programa.

Esta análise documental, que se propôs a investigar as origens e o funcionamento do Programa Mais Médicos a partir de seu respectivo referencial normativo, encontra seu término na promulgação da Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019, que, precedido pela Medida Provisória 890, de 1º de agosto de 2019, institui o *Programa Médicos pelo Brasil* (PMB). Ainda que o governo federal tenha anunciado a continuidade do PMM até 2020, a proposta é substituí-lo paulatinamente pelo novo conjunto de regras contido no PMB. A Figura 10 apresenta a linha do tempo do conjunto das principais legislações que deram suporte à criação e à existência do Programa Mais Médicos até 2019.

Figura 10: Linha do tempo das Legislações Fundantes e de Implementação dos Programas Mais Médicos (1990 – 2013) e Médicos pelo Brasil (2019).



Fonte: o autor

Como funciona?

No dia 8 de julho de 2013, a Portaria Interministerial nº 1.369 instituiu as diretrizes para a implementação do “*Projeto Mais Médicos para o Brasil*” (PMMB). Muito embora a MP 621/2013, convertida na Lei 122.871/2013, tenha instituído o “*Programa Mais Médicos*”, a diferença de nomenclaturas não se trata de um equívoco conceitual ou textual; as duas iniciativas são, de fato, distintas entre si. O Projeto é uma intervenção que tem por finalidade: “*(...) aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço*”. O PMMB é, portanto, uma iniciativa que visa assegurar ao médico alocado nas regiões prioritárias, a continuidade do processo formativo, de modo a qualificar o cuidado prestado no âmbito da APS. O caráter educacional do PMMB fica ainda mais evidente no Art. 3º da Portaria, que descreve os objetivos específicos do Projeto:

I - aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência no campo de prática durante o processo de formação;

II - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, aperfeiçoando o seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

III - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições públicas de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;

IV - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e

V - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS”

Neste sentido, o PMMB se assemelha ao PROVAB, cujo um dos mecanismos utilizados para atrair e fixar médicos nessas localidades era justamente a oferta de uma especialização. Vale observar que, apesar do PMM ter sido implantado em 2013, o PROVAB não havia sido extinto. Ambos os Programas coexistiram paralelamente até o princípio do ano de 2015, quando o Ministério da Saúde, através do Edital nº 2, de 15 de janeiro de 2015, integrou o PROVAB ao PMM, de modo que a forma de entrada era uma só, porém, o médico que já tivesse registro no Conselho Regional de Medicina poderia optar se queria ou não obter a pontuação adicional de 10% da prova de residência médica.

O Projeto, portanto, é uma dimensão do Programa, de maneira que ao se referir àquele, consequentemente fala-se deste, porém, sem haver possibilidade de se dizer o mesmo vice-versa. Juridicamente, a Portaria dispõe sobre sua implantação de um Projeto, porém sua formalização legal se concretiza na promulgação da MP 621 e, posteriormente, através da publicação do Art. 13º da Lei 1.2817/2013: “*É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil*”. O mesmo artigo também determina que a Coordenação do PMMB ficaria a cargo dos Ministérios da Saúde e da Educação, cuja função seria disciplinar sobre as regras de funcionamento do Projeto.

A especialização a que se refere o PMMB é compreendida como um processo de aperfeiçoamento que iniciava assim que o médico participante tivesse definido seu município de lotação, quando ele era submetido a um *Módulo de Acolhimento*, com duração de um mês. A especialização deveria ser ofertada por uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública, em parceria com o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), e o médico participante contava com o acompanhamento de um supervisor e de um tutor acadêmico (Artigos 13º a 15º da Lei 12.871/2013).

Apesar dessa centralidade no componente formativo, a Portaria do PMMB apresentou e formalizou alguns conceitos e normas que também são centrais para o funcionamento do PMM para além da oferta da especialização. É o caso da definição do público-alvo do PMMB, contida no 1º inciso do Art. 4º: “*médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil*”. Esta definição é importante porque introduziu a figura do *médico intercambista*: “*médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para o exercício da medicina no exterior*” (Art. 4º, inciso II), legalizada pelo §2º, inciso II do Art. 13º da Lei 12.871/2013.

A relevância da participação de médicos intercambistas reside no ineditismo da atuação de médicos estrangeiros atuando legalmente no país sem a devida revalidação do diploma. Essa medida, que também contemplava os médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras, foi assegurada pelo Art. 16º da Lei instituinte do PMM, com a ressalva de que a atuação desses profissionais se restringia exclusivamente ao âmbito do Projeto por um período de três anos⁵⁰, ou seja, para poder trabalhar no Brasil, os médicos

⁵⁰ Prazo que foi prorrogado para seis anos na Medida Provisória nº 723, de 29/04/2016.

formados no exterior deveriam necessariamente atuar na Atenção Básica e estarem formalmente vinculados a um processo de educação permanente.

A autorização para o exercício da Medicina nessas condições, foi formalizada pelo Decreto Presidencial nº 8.126, publicado na DOU na mesma data da Lei do Mais Médicos. Esse Decreto criou um registro único para o médico intercambista que dispensava a necessidade da emissão da carteira profissional do Conselho Regional de Medicina para exercer a profissão, contanto que ele estivesse dentro das exigências do PMMB.

A aprovação desse decreto causou muita controvérsia e provocou intensos debates em diferentes segmentos da sociedade (Morais et al, 2014). O Projeto foi alvo de críticas da corporação médica, tanto por permitir o exercício da Medicina no Brasil sem aprovação no exame de revalidação do diploma, o que colocaria em dúvida a qualidade do profissional, quanto por formalizar o vínculo do médico por intermédio de uma bolsa⁵¹, em detrimento de oferecer um vencimento dentro de um plano de carreira profissional com vínculo empregatício (Ribeiro, 2015). Em verdade, as reivindicações da corporação não se limitavam a esses pontos apenas; elas eram dirigidas, inclusive, ao diagnóstico sobre a escassez médica feito pelo governo federal. Amaral et al (2012), por exemplo, contestavam a afirmação de que faltavam médicos no Brasil, complementando ainda que não havia evidências suficientes para comprovar que o número de médicos seria insuficiente nos próximos 20 anos.

Esses foram alguns dos motivos que levaram a Associação Médica Brasileira (AMB) a interpelar uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) no Supremo Tribunal Federal (STF), que em novembro de 2017 foi julgada improcedente. Segundo Cerqueira & Alves (2016), o Projeto, na sua estruturação legal, encontra legitimidade na medida em que não se confunde com a abertura de mercado de trabalho, institui regime específico de atuação profissional com garantias essenciais aos indivíduos, além de atenta para diretrizes de cooperação internacional em saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A cooperação internacional pela qual as autoras acima se referem diz respeito ao processo firmado entre os governos brasileiro e cubano, pelo qual Cuba proveria médicos ao Brasil, intermediados por um Termo de Cooperação firmado com a OPAS/OMS⁵². Essa cooperação viabilizou a vinda de mais de 11 mil médicos cubanos, salvaguardados pelo Art.

⁵¹ Valor estipulado pela Portaria Interministerial MS/MEC ° 2.891, de 27/11/2013 (R\$ 10.457,49) e depois modificada pela Portaria Interministerial MS/MEC ° 384, de 20 de fevereiro de 2018 (R\$ 11.865,60).

⁵² 2º Termo de Ajuste do Termo de Cooperação nº 80 MS/OPAS, de 09 de agosto de 2013.

20º, § único, inciso I da Lei 12.817/2013, e introduziu uma terceira categoria de médico participante do PMMB: o *médico cooperado*⁵³. Faz-se valer essa menção pela representatividade dos médicos cooperados no PMM; de acordo com Ribas (2016) e Oliveira et al (2016), os médicos cubanos correspondiam a 66% dos médicos participantes do Programa e foram os que mais se deslocaram para os municípios de alta vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Segundo normatiza a Portaria Interministerial n. 1 de 21 de Janeiro de 2014 o Módulo de Acolhimento para os estrangeiros deveria conter um curso preparatório que incluísse tópicos sobre o SUS e legislação brasileira, realidades sociodemográficas e epidemiológicas do país e da região onde iriam atuar, língua portuguesa e funcionamento e regras para se trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou estabelecimentos similares constantes no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Complementarmente, a Portaria Interministerial 1.369/2013 ainda definiu as obrigações de todos os médicos inscritos no programa, além de compromissos de ordem ética e moral, tais como cumprir a carga horária estabelecida, zelar pelo patrimônio público e pelas leis do país.

Se a Portaria do PMMB também foi importante para introduzir as categorizações dos médicos participantes, ela também serviu para estabelecer os critérios de definição das “*regiões prioritárias para o SUS*”⁵⁴. Partindo da premissa da desigualdade existente na distribuição de médicos entre as regiões, Estados e municípios brasileiros, o governo federal resgatou os critérios estabelecidos pela Portaria 1.377, de 13 de junho de 2011, e redefiniu os perfis dos municípios prioritários. Em síntese, o Programa priorizou a lotação dos médicos em UBS localizadas nas áreas mais vulneráveis dos municípios brasileiros, delimitando esta vulnerabilidade como “*áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza*”. A categorização também levou em consideração o Edital nº 22/2014 do Ministério da Saúde, que introduz o conceito de municípios em “*situações de vulnerabilidade*”, conforme demonstra o Quadro 4.

⁵³ O termo médico cooperado não é utilizado na Lei 12.871/2013, porém é adotado em documentos aprovados pela Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos pelo Brasil, bem como por órgãos do Poder Executivo, como os Ministérios da Saúde e da Educação.

⁵⁴ Compreendidas como “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” (Art. 4º, § III da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013).

Quadro 4: Perfis dos municípios elegíveis ao Programa Mais Médicos, segundo a ordem cronológica de estabelecimento das prioridades e vulnerabilidades.

Perfil do Município	Descrição	Normativa
20% de pobreza	Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
G-100	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios que estão entre os 100 (cem) 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 (G-100).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Capital	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Região Metropolitana	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios situados em região metropolitana, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Distrito Sanitário Especial indígena	Município que está situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial indígena (DSEI)	Portaria Interministerial 1.369/2013 Mantido no Edital nº40/2013/SGTES/MS
Demais Municípios	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Introduzido pelo Edital nº40/2013/SGTES/MS
Situações de Vulnerabilidade	Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM baixo/muito baixo; das regiões dos Vales do Jequitinhonha - MG, Mucuri - SP e Ribeira - SP e PR; do Semiárido da Região Nordeste; com residentes em comunidades remanescentes de quilombos; demais municípios localizados nas Regiões Norte e Nordeste.	Introduzido pelo Edital nº22/2014/SGTES/MS

Fonte: Oliveira et al, 2016. Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014

Muito embora o Projeto Mais Médicos para o Brasil tenha sua centralidade na qualificação profissional por intermédio do investimento na formação permanente de seus médicos participantes, seu conteúdo determina as bases para o **eixo do provimento emergencial** do Programa Mais Médicos, uma vez que define qual médico pode participar (adesão do indivíduo), bem como estabelece quais municípios são elegíveis para ingressar (adesão municipal). A entrada no Programa é voluntária, cabendo tanto ao profissional médico, quanto ao gestor municipal, realizarem a inscrição e celebrarem um termo de adesão e compromisso com a União, através do Ministério da Saúde (Art. 4º, incisos VIII e IX da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013). O processo de adesão é igualmente aberto às instituições públicas de educação superior brasileiras que também precisam firmar um termo, porém, celebrado com o Ministério da Educação.

A escassez médica brasileira, expressa pela relação de 1,8 médico para cada mil habitantes (OMS, 2012), juntamente com a distribuição desequilibrada desses profissionais

pelo país (Girardi et al, 2012; CFM, 2013), foram os motores de propulsão para a criação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, ou, em outros termos, para o delineamento do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos. Em outras palavras, o Brasil não possuía quantitativo suficiente desses profissionais para atender à população de forma satisfatória e, ademais, os médicos existentes estavam concentrados de forma iníqua. Para combater esse quadro a longo prazo, não bastava ao Programa prover os profissionais de forma emergencial, pois após o término desse provimento, o problema persistiria. Neste sentido, o PMM também apresentou mecanismos atrelados ao desenvolvimento do **eixo da formação**.

Imbuído da meta de alcançar 600 mil médicos até o ano de 2026, atingindo o patamar de 2,7 médicos para cada mil habitantes (SGTES, 2015), o PMM também estipulou a *“reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos”* (Art. 2º, inciso I da Lei 12.871/2013).

Para implementar essas ações, coube ao Ministério da Educação (MEC) as funções de: organizar os chamamentos públicos e editais para identificar os municípios elegíveis; selecionar as instituições públicas ou privadas aptas; autorizar a abertura de cursos, e; ampliar as vagas em graduação e residência médica (Art. 3º da Lei 12.871/2013). Por intermédio dessas medidas, o governo federal estipulava atingir 11.500 novas vagas de graduação até 2017, e 12.400 de residência médica para formação de especialistas até 2018⁵⁵.

Da mesma forma que o eixo do provimento tinha seus critérios para definir as regiões prioritárias, o eixo da formação também estipulava alguns requisitos para autorizar os municípios e instituições a participarem da expansão dos cursos de Medicina (Art. 3º, § 1º), a saber:

- a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina;
- possuir uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) com estabelecimentos públicos adequados e em quantitativo suficiente para abrigar a comunidade acadêmica do curso;

⁵⁵ In: <http://maismedicos.gov.br/mais-educacao>. Acessado em 14/09/2019.

- a RAS deveria ter, minimamente, os serviços ou programas de: Atenção Básica (AB), Urgência & Emergência (UE), Atenção Psicossocial, Atenção Especializada ambulatorial e Hospitalar, e Vigilância em Saúde;
- a instituição deve ter corpo docente e infraestrutura adequados⁵⁶;

A necessidade social referida acima era determinada pela junção de indicadores demográficos, socioeconômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo: (a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;(b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região, e; (c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza (Art. 3º, § 7º, inciso II).

O Edital nº 1 do Ministério da Saúde, de 15 de janeiro de 2015, complementou os requisitos contidos no Art. 3º da Lei 12.871/2013 e definiu seis principais critérios de priorização dos municípios brasileiros elegíveis para implantar novos cursos de Medicina, sendo eles: (1) índice de médicos a cada mil habitantes menor que 2,7; (2) localização a pelo menos 75 quilômetros de qualquer curso de medicina existente; (3) não ser capital do Estado; (4) ainda não ter nenhum curso de medicina; (5) população superior a 50 mil habitantes, e; (6) localização em região com estrutura e equipamentos públicos de saúde que cumpram os requisitos exigidos no Art. 3º, § 1º da Lei 12.871/2013.

Com vistas a pôr em prática essas medidas, a Lei do Mais Médicos aponta que as instituições de ensino habilitadas poderiam firmar acordos com as autoridades sanitárias municipais e estaduais, que seriam formalizados pelos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde⁵⁷. O COAPES tem por objetivo garantir o acesso de estudantes e docentes a todos os estabelecimentos assistenciais do território delimitado, na perspectiva de utilizá-los como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência médica (Art. 12º, sessão única).

⁵⁶ A infraestrutura adequada, inclui bibliotecas, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina. O corpo docente deve contemplar professores com regime de tempo integral e com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado, além de capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas. (Art. 3º, § 7º, inciso I da Lei 12.871/2013)

⁵⁷ As diretrizes do COAPES foram instituídas pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1127, de 6 de agosto de 2018.

O eixo da formação do PMM ainda é composto pelo Capítulo III da sua Lei instituidora, que trata das mudanças na formação médica no Brasil, tanto na graduação, quanto na residência médica. Conforme consta na página virtual do Programa, para atingir a marca de 600 mil médicos em 2026, não basta prover médicos para regiões prioritárias ou expandir o número de vagas em Medicina; é preciso formar profissionais bem preparados, da graduação à residência, que estejam devidamente preparados para atender de acordo com as diretrizes e fundamentos da APS (Starfield, 2002), de forma a resolver 80% dos problemas de saúde da população. É igualmente necessário preparar esses médicos para tratar os usuários de forma acolhedora, com humanização, vínculo e compreensão do contexto de cada pessoa, família e comunidade.

Neste sentido, o outro componente do eixo da formação do PMM tratou de, primeiramente, endossar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) como instrumento norteador para a implantação e funcionamento dos cursos de Medicina, cabendo frisar que em 2014 o Conselho Nacional de Educação emitiu a Resolução CNE/CES nº 3, que alterou as DCN dos cursos de Medicina, para adequar às mudanças trazidas pela Lei do Mais Médicos (Art. 4º). Essas alterações disseram respeito, inclusive, ao dispositivo que trata da intensificação do contato do estudante com a prática no SUS durante o período do internato, principalmente com o conteúdo do § 1º: *“Ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais”*.

No que compete às residências médicas, historicamente a oferta de programas e vagas no Brasil apresenta-se de forma desequilibrada entre as regiões geográficas, com alta concentração na região sudeste e nas grandes cidades em geral (Scheffer, 2018). A partir desse diagnóstico e inspirado em modelos formativos de outros sistemas universais de saúde orientados pela APS (Oliveira et al, 2019), o PMM promoveu a universalização do acesso às residências médicas, por meio da equivalência anual entre o número de egressos de Medicina com o quantitativo de vagas em programas de residência, com foco na Medicina de Família e Comunidade (MFC). A priorização da MFC ficou mais evidente ainda com outro dispositivo incluído no parágrafo 1º do Art. 6º da Lei, que condicionou o acesso a residências de outras especialidades médicas somente depois de concluído um ano em

Medicina de Família e Comunidade⁵⁸. Vale ressaltar, entretanto, que este dispositivo que trata das residências na Lei instituinte do PMM foi revogado pela Lei 13.958 de 18 de dezembro de 2019 (Lei instituinte do Programa Médicos pelo Brasil).

Por fim, o governo federal ainda estabeleceu uma outra via de atuação do Programa Mais Médicos, centrada na melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos da rede de Atenção Básica. De acordo com Amaral et al (2012) a má qualidade da infraestrutura das UBS é um dos motivos que justifica o baixo interesse dos médicos brasileiros em atuar nas regiões mais carentes. Segundo a OMS, uma das estratégias utilizadas para atrair e fixar médicos é investir na infraestrutura dos ambientes de trabalho. Essa medida, além de permitir que o trabalhador tenha mais e melhores recursos para atuar e, conseqüentemente, possa prestar um cuidado mais qualificado ao usuário, também contribui para a sensação de valorização e reconhecimento profissional, o que impacta na satisfação e no desejo de se mover ou permanecer em determinado posto de trabalho (WHO, 2010).

Incitado por essas duas questões e intencionado em qualificar o acesso e melhorar o cuidado prestado à população, o **eixo da infraestrutura** surge como o terceiro grande pilar do Programa. Muito embora este quesito esteja descrito apenas em um parágrafo no último capítulo da Lei 12.871/2013, do qual descreve que o governo tem o prazo de cinco anos para dotar as UBS de uma infraestrutura de (Art. 30º, § 2º), houve um compromisso assumido em investir cifras bilionárias para atingir as metas estabelecidas.

O eixo da infraestrutura está associado, direta e principalmente, ao *Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde*, também conhecido como “*Requalifica UBS*”. Instituído pela Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011, ele tem o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizar e qualificar o atendimento à população, construindo e reformando as Unidades Básicas de Saúde sob um novo padrão de qualidade, pelo qual estavam contempladas, inclusive, as UBS Fluviais. Outrossim, essa iniciativa também previa investimentos na informatização das UBS com investimentos em equipamentos de informática, conexão com banda larga, implantação de um novo sistema de informação da Atenção Básica e do Telessaúde.

Apesar da terminologia “eixos de ação” não estar mencionada nas normativas edificantes do Programa Mais Médicos (Portaria 1.639, MP 621 e Lei 12.871), seu uso é

⁵⁸ À exceção de: a) Genética Médica; b) Medicina do Tráfego; c) Medicina do Trabalho; d) Medicina Esportiva; e) Medicina Física e Reabilitação; f) Medicina Legal; g) Medicina Nuclear; h) Patologia; e i) Radioterapia. De acordo com o inciso II do artigo 6º da Lei 12.871/2013, o acesso à essas nove especialidades não requerem do médico ter cursado MFC.

amplamente utilizado em documentos ministeriais e publicações científicas atreladas ao PMM e serve para demonstrar sintética e didaticamente como ele se estrutura, conforme ilustra a Figura 11.

Figura 11: Eixos de ação do Programa Mais Médicos



Fonte: o autor, a partir da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013.

A análise documental das normativas legais relativas ao Programa Mais Médicos demonstrou que essa proposta do governo federal para combater a escassez médica no Brasil possui um arcabouço jurídico consistente e sólido, capaz de estruturar e prover suporte às medidas administrativas e operacionais necessárias para implementar uma iniciativa de amplitude nacional, que, na verdade assume dimensão continental, se consideradas a magnitude do território e da população do país. Ademais, os documentos analisados ratificam o fato de que esta intervenção conecta vários segmentos governamentais e não-governamentais nas três esferas de gestão do SUS, produzindo ações interfederativas, intersetoriais e ligadas a diferentes eixos de ação. Dessa forma o alcance e o potencial de capilarização do PMM proporcionados por essa arquitetura jurídico-administrativa contribuem para a efetivação e implementação do Programa, de forma a viabilizar o alcance dos objetivos e metas traçados.

5.2 – Da implantação à fixação: uma análise sobre os resultados do Programa Mais Médicos

5.2.1 – O que diz a literatura?

O Programa Mais Médicos (PMM) é uma iniciativa do governo federal brasileiro executada em conjunto com Estados, municípios e o Distrito Federal que visa a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Para além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais (SGTES, 2015).

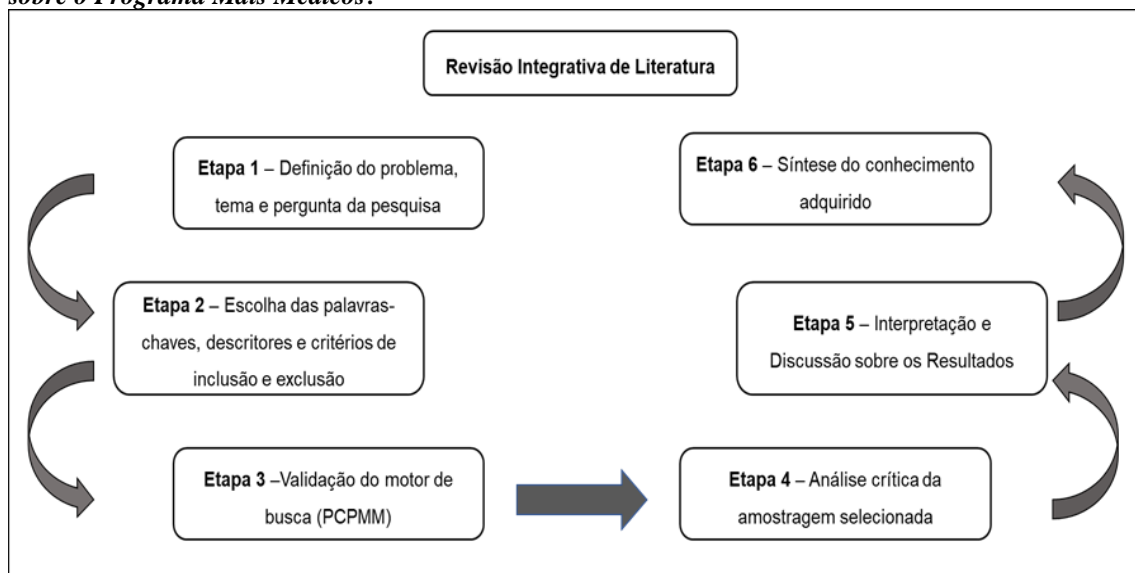
A proposta deste subcapítulo é apresentar e debater, de forma sintética e programática, os resultados obtidos pelo Programa Mais Médicos ao longo de seus seis primeiros anos de existência (2013 a 2019), no que compete às estratégias e mecanismos de **provimento** e **fixação** de médicos. A investigação científica desses dois elementos, no entanto, não se formata linearmente; possui sequenciamento difuso e impreciso. Isso porque possuem característica de dependência e complementaridade, porém sem necessariamente guardar relação de causalidade. O sucesso de ambas depende da adoção de um conjunto de medidas que, ainda que combinadas em sua máxima potência, podem não incorrer no resultado esperado. Provimento e fixação são, portanto, efeitos secundários a intervenções sem que haja, contudo, indicação exata sobre seus determinantes. Em outras palavras, para que os dois aconteçam, é preciso que uma série de eventos as disparem, e compreender quais são esses gatilhos é exatamente o fulcro do processo de pesquisa.

Considerando, portanto, que o provimento não garante a fixação e que, para que esta ocorra é necessário haver uma combinação de diversos fatores, como apontam a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010) e Ney & Rodrigues (2012)⁵⁹, este estudo buscou explorar evidências que estivessem conectadas a esses fatores por intermédio da ligação com os três eixos de ação do PMM. Dessa forma, assumiu-se a hipótese de que os resultados oriundos do provimento, da formação e da infraestrutura, podem interferir na fixação do médico. Com

⁵⁹ Os dois autores pesquisaram os fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família e concluíram que não há uma causa singular para motivar o médico a sair ou permanecer atuando na ESF. Os achados são bem semelhantes aos da OMS.

a finalidade de encontrar essas evidências, foi realizada uma revisão integrativa da literatura dividida em seis etapas, conforme ilustrado na Figura 12.

Figura 12: Percurso metodológico da revisão integrativa: Da implantação à fixação: o que diz a literatura sobre o Programa Mais Médicos?



Fontes: O autor, a partir de: Galvão et al (2004); Mendes et al (2008); Beyea & Nicoll (2008); Sobral & Campos (2012)

A segunda etapa da foi iniciada selecionando o descritor controlado “Programa Mais Médicos” (*frase exata*) indexado à opção Título/Resumo/Assunto, e cruzando-o com as palavras-chaves identificadoras dos eixos de ação do Programa (“provimento”; “formação”; “infraestrutura”), incluindo a sinonímia completa⁶⁰. Para procurar as publicações, foi usado o buscador da Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos (PCPMM) para encontrar publicações no período de 2013 a 2018, e o Google Acadêmico para trabalhos referentes ao ano de 2019, apenas⁶¹. Como critérios iniciais de exclusão, optou-se por remover trabalhos do tipo monografia, apresentações de congressos e conferências, documentos técnicos, entre outros similares, restringindo os resultados às categorias “artigos” e “teses/dissertações”, cujos textos completos fossem disponibilizados em português, inglês ou espanhol.

A busca primária no buscador da PCPMM resultou na identificação de 263 publicações. Ao aplicar os filtros do período (2013-2018), idiomas, disponibilidade do texto na íntegra e cruzar com as palavras-chaves, esse quantitativo reduziu para 236, porém, com a remoção das duplicatas, a amostra foi reduzida para 176. Após a leitura dos resumos desses

⁶⁰ Exemplo: “Programa Mais Médicos” AND (“provimento” OR “provisão” OR “atração” OR “recrutamento”)

⁶¹ Até o mês de setembro.

176 artigos, feitas entre outubro e novembro de 2019, foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: (I) *fuga do tema*; (II) *abrangência* (estadual, municipal ou de menor escala); (III) *artigos de opinião*; (IV) *artigos de revisão*, e; (V) estudos de caso.

Ressalta-se que o critério “fuga do tema” diz respeito à não apresentação de resultados que produzissem relação direta com o provimento e a fixação de médicos nas regiões prioritárias do SUS, seguindo as recomendações elaboradas pela OMS (WHO, 2010). Isso não quer dizer que esses trabalhos não possuam pertinência ou não apresentem resultados importantes, somente que esses resultados não produzem efeito direto sobre o objeto da análise, segundo o referencial adotado. As 96 publicações excluídas com esse critério se enquadravam em temas como: cobertura jornalística e midiática do PMM, estudos jurídicos, debates e conflitos políticos, cooperação internacional, intersectorialidade, percepções sobre o Programa, estudos clínicos, resultados sanitários, estudos orçamentários, análise da estrutura do PMM e conexão com outros programas.

Em relação ao critério “abrangência” do estudo, optou-se por desconsiderar as publicações que analisavam os resultados do PMM em escala inferior a nacional, ou seja, os 41 estudos de âmbito regional, estadual, municipal ou local não foram incluídos na fase de leitura dos resumos. Muito embora parte desses estudos tivesse relação com o tema “*do provimento à fixação*”, a opção de excluí-los reside na necessidade de criar parâmetros de similaridade na análise comparativa do Programa Mais Médicos com as intervenções estrangeiras (abrangência nacional), tópico que será debatido nos capítulos seguintes.

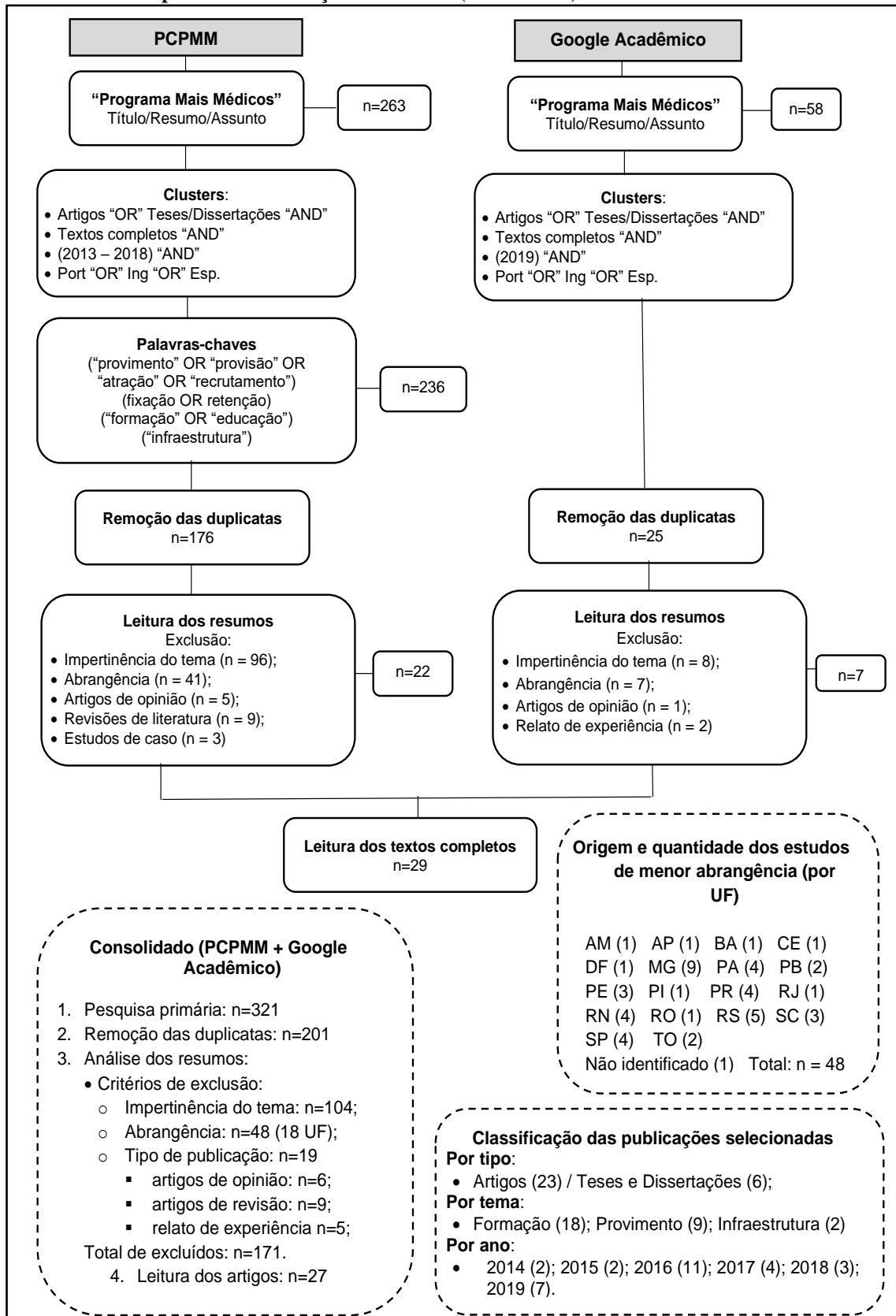
Excluindo, finalmente, os cinco artigos de opinião, as nove revisões de literatura e os três estudos de caso/relatos de experiência, obteve-se uma amostra final com 22 publicações para a etapa da leitura integral.

O percurso metodológico adotado para a busca no Google Acadêmico foi praticamente o mesmo, salvaguardando o fato de que não foi necessário cruzar as palavras-chaves com o descritor controlado. Ao aplicar os mesmos filtros da busca conduzida pela PCPMM, porém restringindo a pesquisa ao ano de 2019, a amostragem se limitou a 58 publicações. Uma vez removidas as duplicatas, obteve-se 25 trabalhos. Na etapa da leitura de resumos foram excluídos: oito artigos por fuga do tema, sete artigos não possuem abrangência nacional, um artigo de opinião e dois relatos de experiência, alcançando, então, a amostragem final com sete artigos para leitura na íntegra.

A busca realizada na Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos (PCPMM) mostrou que tem havido interesse dos programas de pós-graduação em elaborar teses e dissertações sobre o PMM. Entre os anos de 2013 a 2018 foram encontrados 41 trabalhos dessa natureza e seis deles foram incluídos na etapa final dessa revisão. Para além das teses, obteve-se 16 artigos, cabendo ressaltar que três deles foram escritos a partir de duas dissertações e uma tese. Quanto aos resultados bibliométricos da busca conduzida via Google Acadêmico, todos foram artigos publicados no ano de 2019.

Um total de 29 publicações foram selecionadas para leitura completa, sendo que essas foram classificadas de acordo com: (1) o tipo de publicação: artigo ou tese/dissertação; (2) a categoria temática: provimento, formação ou infraestrutura, e; (3) ano de publicação. O Apêndice 2 apresenta uma tabela que consolida essa amostra com toda a categorização proposta, acrescida dos títulos, autores e principais achados, e a Figura 13 detalha graficamente todas as etapas da revisão integrativa, incluindo elementos como: descritores, palavras-chaves, operadores booleanos, filtros, critérios de inclusão e exclusão, as amostras obtidas e quadros que sintetizam a análise bibliométrica dos estudos encontrados.

Figura 13 Etapas do processo de seleção e classificação das publicações sobre os resultados do Programa Mais Médicos no provimento e fixação de médicos (2013 – 2019)



Fonte: o autor.

Das 29 publicações selecionadas para leitura completa, apenas duas apresentaram especificamente o tema da fixação em sua conclusão. Giovanela et al (2016), em estudo que analisou a qualidade da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que receberam os médicos do PMM, identificaram uma sinergia entre os Programas de *Requalificação das UBS (Requalifica UBS)* e de *Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)* com o PMM. A interação entre os programas permitiu canalizar recursos para qualificar a estrutura das UBS como um todo, o que também beneficiava o ambiente de trabalho dos participantes do PMM. As autoras concluíram que a combinação entre o provimento emergencial e a melhoria da infraestrutura “(...) *conflui para enfrentar a rotatividade e garantir a permanência de médicos na APS*”, além de resultar na ampliação do acesso e em mudanças do processo de trabalho das equipes que estavam desfalcadas de médicos.

A infraestrutura também foi o foco do estudo desenvolvido por Soares Neto et al (2016). Nele, os autores utilizaram uma escala construída para aprofundar o conhecimento das relações entre a infraestrutura das UBS e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dos municípios que receberam médicos do PMM. O artigo mostrou que a maioria das UBS contempladas (65,2%) tinha infraestrutura de média qualidade, enquanto 5,8% registravam uma infraestrutura de baixa qualidade. O estudo também apresentou outros três achados: o primeiro é que havia uma tendência moderada de que municípios com baixos IDHM tivessem UBS mais precárias; o segundo, é que o fator que mais contribuiu para o aumento do indicador de infraestrutura das UBS foi a renda média municipal; por fim, o terceiro fator foi que as UBS com pior infraestrutura estavam localizadas nas regiões Norte e Nordeste.

Ainda que o artigo de Soares et al (2016) não tenha feito menção direta ao papel da qualidade da infraestrutura das UBS na indução da fixação de médicos, seus achados se alinham com os apontados por Giovanela et al (2016), pois, apesar da diferenças nos métodos utilizados, ambos apontaram que a infraestrutura das UBS, em geral, não apresentava um quadro catastrófico, muito embora houvesse discrepâncias entre as regiões do país. Considerando as tendências apontadas por Soares Neto et al (2016) de que quanto mais baixo for o IDHM de um município, pior tende a ser a qualidade da infraestrutura de suas UBS, e de haver uma maior probabilidade das UBS com pior estrutura estarem localizadas nas duas regiões com maior dificuldade histórica de prover e reter médicos na

APS, faz-se necessário aprimorar as análises sobre o quanto os investimentos financeiros dos programas mencionados por Giovanela et al (2016) contribuíram para fixar os médicos do PMM nessas localidades. Essa necessidade de explorar a fundo o tema fica mais evidente ao constatar que esses estudos foram os dois únicos relacionados ao tema da “infraestrutura” encontrados em toda a amostragem que passou pela segunda fase desta revisão, ou seja, de 176 publicações que tiveram seus resumos lidos, apenas esses dois artigos trataram de analisar o eixo da infraestrutura do PMM entre 2013 e 2019.

O segundo artigo que aborda a fixação de médicos em sua conclusão foi o de Miranda et al (2017). Ao mencionar alguns resultados referentes ao provimento emergencial no ano de 2015, os autores complementaram que houve redução da rotatividade dos profissionais nos municípios prioritários, o que sugere a fixação dos médicos nessas localidades. Segundo os pesquisadores, esse resultado possivelmente foi atingido pela desoneração dos municípios, em virtude do financiamento via governo federal. O trabalho de Miranda et al (2017), lembrou que a rotatividade do médico generalista no Brasil é um dos mais graves problemas para a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e que, em decorrência da insuficiência de médicos para ocupar os postos de trabalho na AB, os gestores costumavam “disputar” os poucos profissionais existentes (*apud* Campos & Malik, 2008).

Essa conclusão encontra ressonância em outros estudos que apontam a falta de condições financeiras dos municípios pequenos para arcar com os altos salários e encargos dos médicos como um dos fatores propulsores da alta rotatividade desses profissionais na Atenção Básica e um dos motivos que influenciou o governo federal a implantar o PMM (Pinto et al, 2014; Santos et al, 2015; Campos et al, 2016). Segundo Ribas (2016), mais de 70% dos municípios brasileiros à época tinham menos de 20 mil habitantes e a maioria deles dependia basicamente da arrecadação tributária oriunda do Fundo de Participação Municipal (FPM). O desequilíbrio da balança aumentava à medida que a participação dos municípios nos gastos com a Atenção Básica (AB) antes do PMM era de 64%, e da União, 23%. Pinto et al (2014) mencionaram este atributo ao afirmarem que o PMM interferia positivamente para equilibrar a distribuição de gastos com a AB, uma vez que o governo federal se responsabilizava pela remuneração dos médicos através das bolsas, desonerando o gestor municipal da maior despesa contida na folha de pagamento, porém esse fator não foi associado à fixação médica, muito possivelmente porque o estudo foi publicado um ano após

o lançamento do Programa, não havendo tempo suficiente, portanto, de avaliar essa associação.

A conclusão do estudo de Miranda et al (2017) também apresenta outro aspecto provocativo ao debate sobre os fatores que influenciam a fixação de médicos municípios em situação de vulnerabilidade⁶². A maioria das referências que tratam do assunto, a exemplo das recomendações da OMS (WHO, 2010), do estudo de Ney & Rodrigues (2012) e de Buchan et al (2013), abordam esses fatores a partir de uma perspectiva focada principalmente no médico enquanto indivíduo, levando em consideração os mecanismos contribuintes para atraí-los e mantê-los atuando nessas localidades. Os resultados encontrados por Miranda et al (2017) propiciam uma análise voltada para o lado da gestão do Programa e, particularmente, para o arranjo delineado pelo PMM: “(...) *uma iniciativa do governo federal em cogestão com Estados e municípios*” (Campos et al, 2016).

Neste sentido, o desenho interfederativo do Programa Mais Médicos parece ter contribuído para induzir a fixação de médicos, dado que o gestor municipal se responsabiliza por dispender incentivos financeiros voltados à moradia, alimentação e deslocamentos, enquanto o governo federal arca com a despesa pela qual os prefeitos tinham dificuldade em cobrir (a remuneração do médico). Se por um lado as evidências respaldam estes mecanismos financeiros enquanto fatores que incentivam a atração e fixação de médicos para áreas em situação de vulnerabilidade (WHO, 2010; Ney & Rodrigues, 2012; Carvalho et al, 2016), por outro, a corresponsabilização e o equilíbrio nas contas da gestão não foram identificados como tal. Contudo, a conclusão de Miranda et al (2017) forneceu indícios de que esses aspectos podem se configurar em estratégias válidas, em termos de estruturação de programas, para interferir na retenção de médicos nas áreas em situação de vulnerabilidade. Ressalta-se, porém, que é preciso explorar mais este tópico e buscar mais evidências suportar essa afirmação.

Vale mencionar que esse modelo interfederativo de gestão foi tema de alguns artigos encontrados no decorrer da revisão bibliográfica, mas eles foram excluídos pelo critério de “fuga do tema”, ou seja, Esta medida, provavelmente, pode ser considerada como uma das limitações dessa revisão bibliográfica, tendo em vista que outros estudos poderiam fornecer evidências complementares à importância de modelos e estrutura de gestão à fixação de

⁶² Termo introduzido pelo edital nº22/2014/ SGTES/MS, conforme abordado por Oliveira et al (2016).

profissionais. O Quadro 5 apresenta uma síntese dos temas referentes às 104 publicações que foram excluídas após a leitura dos resumos, segundo o critério de “fuga do tema”.

Quadro 5: Relação dos temas referentes às publicações excluídas da etapa final da revisão integrativa pelo critério de “fuga do tema”

Análise jurídica	12	Percepção de diferentes atores	11
Análise orçamentária	4	Resultados sanitários	26
Gestão interfederativa	6	Satisfação do usuário	5
Integralidade do cuidado	8	Relação com outros programas	7
Interinstitucionalidade	3	Outros	43*

Fonte: o autor

* Algumas publicações foram enquadradas em mais de um tema e, por isso, o somatório final ultrapassa 96.

Ainda na esfera da gestão do programa, para além do caráter interfederativo, o PMM também possui uma faceta *interinstitucional*, uma vez que o Art. 23º da Lei 12.871/2013 viabiliza acordos e cooperação com “(...) *organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas*”. A institucionalidade permite que o PMM estenda seu alcance para outras áreas, de forma a contemplar mais recomendações da OMS para fixar profissionais de saúde, do que as encontradas por Carvalho et al (2016).

Cita-se, por exemplo, os dois artigos de Freire Filho e colaboradores (ambos publicados em 2018), que tratam de um tema reconhecido pela OMS como um fator influente na fixação de profissionais de saúde; a interprofissionalidade. Carvalho et al (2016) não consideraram que o PMM atendia à essa recomendação da OMS, porém, as universidades e instituições de ensino superior de forma geral estão contempladas legalmente na estrutura do Programa, cabendo a elas responsabilidades como montar ou reformular os Projetos Político-Pedagógico (PPP) dos cursos de graduação, prover supervisão e tutoria aos médicos na especialização, promover a integração ensino-serviço-comunidade e outras atividades que, de acordo com as normas do Programa, devem ser pautadas nos princípios da Educação Interprofissional em Saúde (EIP).

Outra recomendação da OMS para fixar profissionais de saúde em áreas rurais e remotas que o PMM não atenderia (na visão de Carvalho et al, 2016) seria implementar políticas voltadas para admitir estudantes oriundos de áreas rurais nos cursos de Medicina, com o objetivo de aumentar a probabilidade dos diplomados trabalharem nessas localidades,

assim como também descrevem Clark et al (2013). De fato, o Mais Médicos não dota de normativa legal ou infralegal neste sentido, contudo, em função do princípio da autonomia universitária⁶³, essas instituições têm a liberdade de adotar critérios para reger a entrada de estudantes nos cursos de graduação. Assim sendo, ao menos três experiências que contém esse dispositivo foram identificadas por esta revisão: no Rio Grande do Norte (Rocha & Dantas, 2017), no Piauí (Pedrosa, 2019) e em Roraima (Luna et al, 2019). Esses artigos, no entanto, não passaram da etapa da leitura dos resumos, porque não se enquadravam no critério de abrangência nacional. Neste sentido, ter definido abrangência nacional como um pré-requisito à análise completa das publicações pode se configurar como uma segunda limitação desta revisão

Ao todo foram excluídos 48 trabalhos após a leitura dos resumos, por conta desse requisito. Enfatiza-se, todavia, que não se trata de uma questão de não reconhecer a importância de estudos dessa natureza ou de seus resultados; essa medida foi empregada única e exclusivamente com a finalidade de obter um panorama de caráter nacional do PMM, com vistas a promover comparações com outros países. Apesar disso, admite-se que esses 48 estudos poderiam ter gerado indícios que contribuíssem para a análise da capacidade de fixação dos Programa Mais Médicos.

Embora somente dois artigos tenham citado em suas conclusões resultados diretos na retenção dos médicos do PMM, o tema foi pauta recorrente ao longo de toda a amostragem final da revisão. As 10 publicações que tratavam do eixo do provimento, sem exceção, relataram a importância de desenvolver estudos futuros que acompanhassem esses médicos ao longo do tempo, no intuito de avaliar o alcance do provimento emergencial na retenção desses profissionais nas áreas designadas como prioritárias pelo Programa. Não obstante, os resultados encontrados e as conclusões extraídas nessa dezena de publicações ficaram restritos a análises do alcance do eixo do provimento emergencial a curto e médio prazo.

Em que pesem as diferenças numéricas dos achados⁶⁴, todos esses estudos destacaram o êxito do eixo do provimento emergencial em três aspectos: (1) abranger a maioria dos municípios aderidos; (2) contemplar, de forma majoritária as áreas prioritárias designadas pelo Programa, e; (3) conseguir lotar médicos em áreas com histórica dificuldade de atração de médicos brasileiros, a exemplo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). De

⁶³ Garantida pelo Artigo 207º da Constituição Federal do Brasil de 1988.

⁶⁴ Como os trabalhos analisaram o Programa Mais Médicos em períodos diferentes e com metodologias distintas, os números, de fato, não coincidem.

acordo com Pinto et al (2014), em um ano de existência o quantitativo de participantes do PMM era 227% superior ao total de médicos que havia ingressado na Estratégia Saúde da Família (ESF) no quinquênio anterior à sua criação (2007-2012). O estudo de Santos et al (2015) encontrou evidências indicando redução em 53% no número de municípios com escassez de médicos, sendo que na região Norte, 91% dos municípios que apresentavam escassez foram atendidos, com quase cinco médicos cada, em média. Esses achados se alinham aos encontrados por Girardi et al (2016), que apontaram ter havido uma redução de 1.200 para 777 no número de municípios com escassez médica, graças ao provimento emergencial do PMM.

As publicações que enfocaram os resultados referentes ao eixo do provimento emergencial também apontaram outras contribuições do Programa, para além da provisão em si. No que tange o impacto do PMM na cobertura da ESF, Ribas (2016) observou que 82% dos médicos foram alocados em equipes de Saúde da Família (eSF), culminando em uma expansão de 15,7% da população coberta nos dois primeiros anos de duração do Programa. Aplicando métodos diferentes, Miranda et al (2017) corroboraram com os achados de Ribas (2016) ao apontarem que o PMM universalizou a cobertura da ESF, atingindo quase a totalidade dos municípios brasileiros de pequeno porte populacional (< 20.000 habitantes).

Apesar de reconhecerem que o PMM atingiu seus objetivos quanto ao eixo do provimento emergencial, os estudos também apontam algumas cautelas. Para Campos et al (2016), o Programa ampliou a cobertura assistencial e tornou mais equitativa a distribuição de médicos na Atenção Básica, porém, não foi capaz de resolver problemas estruturais do sistema público. Por sua vez, Oliveira et al (2016) questionaram a criação de um perfil de elegibilidade que possibilitou alocar 3.166 (22,3% do total) em 1.408 municípios que não se encaixavam nos critérios de prioridades estabelecidos pelo PMM. Segundo os autores, este fato pode ter comprometido a capacidade de o Programa Mais Médicos “*atingir plenamente seus objetivos como política pública que visa à redução das desigualdades regionais no acesso à atenção básica em saúde*”. Finalmente, Pereira & Santos (2017) ressaltaram que a garantia atenção integral à saúde nas zonas rurais não havia sido solucionada e que desafios históricos ainda persistiam, tais como falta de medicamentos e exames, bem como a debilidade no sistema de referência e contrarreferência.

Em relação aos estudos que abordaram os resultados do PMM em âmbito nacional para o eixo da formação, cabe dizer inicialmente que sete dos 18 identificados (39%) foram publicados no ano de 2019. Atribui-se essa concentração a dois fatores: ao lançamento de uma edição específica da *Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação*⁶⁵ voltada exclusivamente para publicações nesta temática, e ao fato de que é preciso dispor de mais tempo para aferir resultados nesse eixo, em comparação ao do provimento emergencial.

Entretanto, já no ano de 2014, o artigo de Pinto et al fez um balanço geral dos resultados do Programa Mais Médicos e identificou a abertura de 1.960 novas vagas de graduação em Medicina. Cinco anos depois, Oliveira et al (2019), analisando a evolução, distribuição e expansão dos cursos de Medicina no Brasil entre 1808 e 2018, observaram “*relevante expansão de escolas a partir dos governos militares, com pico em 2014, frente à implementação do Programa Mais Médicos*”. Em outro estudo similar, Oliveira et al (2019) apontaram que a expansão pós-PMM foi 3,5 vezes maior do que o período compreendido entre 2003 e 2012. Ambos artigos ressaltaram ainda que o ensino médico foi se tornando progressivamente privatizado e parcialmente deslocado para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, bem como para cidades de médio e pequeno portes populacionais no interior dos Estados.

Por um lado, as conclusões de Oliveira et al (2019) apontam alguns indícios para atribuir êxito ao eixo da formação do PMM, afinal, ainda que por meio de um movimento privatizante, as escolas médicas estavam se deslocando para as regiões de maior escassez de médicos e de cursos de Medicina por habitante. Por outro lado, Lopes (2018), a partir da *Radiografia das Escolas Médicas*⁶⁶ do Conselho Federal de Medicina (CFM), afirma que os cursos de Medicina seguiam concentrados nos grandes centros e nas regiões mais populosas do país. Embora o autor reconheça que a educação médica brasileira passa a abranger áreas historicamente desassistidas por esse tipo de formação, ele chama a atenção para o fato de que até julho de 2015 havia 44 escolas e 4.380 vagas somente no Estado de São Paulo, ao passo que em Roraima e Amapá obtinham somente um curso de Medicina cada e 80 e 60 vagas, respectivamente.

O artigo de Lopes (2019), por sinal, apresenta uma série de ressalvas aos avanços do PMM no eixo da formação, sobretudo ao que o autor denomina como “*explosão numérica*

⁶⁵ Volume 23, suplemento 1. In: <https://interface.org.br/edicoes/v-23-supl-12019/>. Acessado em 21/11/2019.

⁶⁶ In: http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=25689:2015-08-25-12-24-42. Acessado em 21/11/2019.

das escolas médicas brasileiras”. Afirmando ser o Programa Mais Médicos o “*principal responsável pelo aumento lancinante de vagas em graduação e residência*”, Lopes questiona o “tipo de médico” que está sendo formado nessas novas escolas, enfatizando que até o final de 2016 a previsão era de que o Brasil tivesse 293 escolas médicas, o que o deixaria em 2º lugar no ranking dos países com mais cursos de Medicina (superado apenas pela Índia). Além disso, o autor ainda indaga se essa expansão fora, de fato, acompanhada pela ampliação e qualificação das estruturas e do corpo docente necessários para garantir uma boa formação médica, tanto na graduação, quanto nas residências. Para prover suporte à essa afirmação, ele cita que dos 158 municípios brasileiros que possuíam escolas médicas, 56,3% não tinham nenhum hospital habilitado até então. Ademais, 74 cursos não dispunham da relação leitos por aluno preconizada e nem acessavam as equipes de Saúde da Família da região.

Contra-pondo-se à ideia de que a qualidade da educação médica estava sob risco, Rocha (2017) concluir que, ao comparar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 e 2014, houve um “*esforço conceitual e normativo importante*” das DCN lançadas após a Lei instituinte do PMM, no sentido de induzir as escolas médicas brasileiras a avançarem rumo a um patamar de inovações voltadas para as mudanças e reformas necessárias no setor Saúde. Esta afirmação encontra respaldo no artigo de Oliveira et al (2019), quando este enfatiza a importância da reformulação das DCN, reconhecendo que as novas diretrizes contribuíram para o desenvolvimento e ampliação de capacidades profissionais na atenção básica. Ao explorarem os significados que 149 estudantes de Medicina (oriundos tanto dos cursos públicos “*tradicionais*”, quanto dos “*novos*”⁶⁷) atribuíam ao “trabalho na Atenção Básica”, os autores apontaram que “*a primeira geração universitária*” das novas escolas demonstrava estar mais alinhada às novas DCN, ao evocar termos como “responsabilidade” e “vínculo”, ao passo que nas escolas tradicionais surgiram adjetivações como “desvalorizado” e “precariedade”.

Ainda no tocante às mudanças na formação médica proporcionadas pela Lei instituinte do PMM e pela conseqüente reestruturação das DCN, Vargas et al (2019), compararam os currículos de instituições cubanas e brasileiras. Segundo os autores, ainda que o PMM e as novas DCN tenham contribuído para tornar a formação médica brasileira mais humanizada,

⁶⁷ “(...) cursos ‘tradicionais’ que formam médicos há décadas e cursos ‘novos’, criados em iniciativas potencializadas pelo PMM”. In: Oliveira et al (2019), p.4.

no contexto cubano nota-se uma intensidade nas disciplinas categorizadas como “*Formação em Saúde Pública*” que, por sua vez, fortalecem a orientação para o trabalho na APS e contribuem para reforçar o interesse desses profissionais a atuarem em localidades de alta vulnerabilidade social. A humanização também foi tema explorado por Silva & Alves (2019) que exploraram as “*micromudanças*” ou “*efeitos culturais*” promovidos pelo Programa, colocados em prática através da integração ensino-serviço. Por meio de informações extraídas de artigos, relatos de pesquisa e entrevistas com médicos, as autoras identificaram um movimento de aproximação a um trabalho mais humanizado, menos fragmentado e tecnicista, e que primasse pela integralidade da assistência.

As bases e diretrizes da formação médica cubana, voltadas para orientar os futuros profissionais a trabalhar na APS de regiões com alta escassez médica (Vargas et al, 2019), bem como as “mudanças culturais” provocadas pelo trabalho em ato dos participantes do PMM na relação ensino-serviço (Silva & Alves, 2019), são dois exemplos que parecem ilustrar as recomendações da OMS para formular os currículos das escolas médicas de acordo com a realidade das comunidades pelas quais se deseja atrair e fixar os médicos. Inclusive, esta interação entre educação e trabalho para além da graduação é outro ponto que faz parte do guia da OMS, pois um processo qualificado de educação continuada que conte com apoio profissional contribui para que médico se sinta estimulado para seguir investindo no seu aprimoramento individual e profissional, diminua a sensação de isolamento por estar afastado dos grandes centros e instituições formadoras e tenha a sensação de amparo e de poder contar com alguma estrutura de suporte quando precisar (WHO, 2010).

Neste sentido, outros estudos identificados por esta revisão apresentaram resultados quanto a elementos do PMM conectados com essa proposta de viabilizar a formação em ato e de valorizar a relação ensino-serviço. Cita-se o curso de especialização ofertado do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)⁶⁸ destinado aos participantes do Programa, que oferece bolsas aos médicos, além supervisão e tutoria garantidos por uma instituição pública de ensino (Portaria 1.369/2013). Penha et al (2019) acompanharam o processo de supervisão em diferentes Estados, com vistas a analisar os diferentes arranjos e as potencialidades do processo. Os autores descreveram algumas dificuldades, como a larga extensão territorial coberta por cada supervisor e a baixa qualidade de algumas estradas, o que dificultava o acesso aos médicos em algumas regiões, porém, apontaram que a supervisão acadêmica se

⁶⁸ Portaria 1.369, de 08 de julho de 2013 e Capítulo IV da Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013.

configurava como o “ponto-chave” do papel das instituições de ensino nesse processo, servindo para estimular o aperfeiçoamento técnico-assistencial no âmbito da Atenção Básica.

Em relação à importância da especialização supervisionada, Thumé et al (2019) identificaram haver uma conexão, um vínculo estabelecido entre os médicos e a equipe de orientação, destacando as ferramentas de ensino para o aprimoramento da prática clínica e organização estratégica do trabalho, o que contribuía para o aprendizado sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Em contrapartida, Castro (2015) aponta que o processo ainda encontrava fragilidades e precisava de melhorias para atingir seu pleno potencial, o que foi ao encontro da crítica de Faria et al (2016) que enfatizou a debilidade constatada no módulo de acolhimento do curso (etapa presencial e com duração de um mês, feita antes do início das atividades dos médicos nos seus respectivos territórios de atuação). Segundo os autores, houve um descompasso entre as ações pedagógicas oferecidas e o que é preconizado pelas políticas públicas brasileiras no campo da formação profissional em saúde.

Se a especialização supervisionada é reconhecida como um dispositivo importante, tanto no contexto da educação permanente, quanto na indução à fixação de profissionais em áreas desassistidas, a residência médica é apontada não somente pela OMS, como também por autores brasileiros como um dos principais predispositores a este objetivo (Ney & Rodrigues, 2012; Stralen et al, 2017). Esta revisão encontrou quatro estudos que se debruçaram em analisar a expansão das residências médicas no âmbito do PMM e, levando em consideração que eles foram publicados em períodos diferentes e, portanto, apresentam dados divergentes entre si, de maneira geral, todos apontaram forte contribuição do PMM na expansão das residências médicas, com progressiva interiorização e deslocamento para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Alessio & Sousa, 2016; Sorti et al, 2017; Lopes, 2018; Oliveira et al, 2019).

A sinergia entre o PMM e o Programa Pró-Residência, e a importância da Portaria 1.248/2013 (que criou uma linha de financiamento para custear a expansão das vagas de residência em especialidades e regiões prioritárias) foram ainda temas presentes nos trabalhos de Alessio (2016) e Oliveira et al (2019). Segundo esses autores, a criação do PMM fez ampliar a proporção de vagas financiadas pelo governo federal de 14,4% em 2012 para 32% em 2015, culminando em um aumento de 43,4% das vagas ofertadas. De forma geral, as ações de fomento à residência do PMM induziram a abertura de um total de 6,7 mil vagas,

representando uma taxa anual de abertura de mais de 2.200 vagas ao ano. Apesar dessa expansão, Oliveira et al (2019) apontam que esse quantitativo ainda estava longe de atingir a meta de 12.400 vagas até 2018 e aquém do objetivo da universalização das residências médicas.

Vale lembrar que, por priorizar a formação alicerçada nos princípios e diretrizes da APS, o Programa Mais Médicos instituiu a obrigatoriedade da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) para acesso a residências em outras especialidades⁶⁹. De acordo com dados da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), entre 2010 e 2015, houve a criação de 1.213 bolsas financiadas em MFC, sendo 634 vagas (52,3%) apenas nos últimos dois anos. No ano de 2017 o número de residentes em MFC era 11 vezes maior do que em 2002, mas ainda muito abaixo da necessidade do país, e a taxa média de ocupação durante o período foi de 34,6%, apresentando uma tendência de queda, chegando a 26,1% em 2014. Contudo, em 2015 a taxa retomou o crescimento, atingindo seu pico em 2017 com 1.043 residentes 36,7% maior do que 2016 (Oliveira et al, 2019).

O presente estudo não encontrou nenhuma publicação *stricto sensu* voltada à investigação da fixação de médicos em decorrência do Programa Mais Médicos, contudo, como a retenção desses profissionais em áreas desassistidas depende de vários fatores, foi preciso organizar a busca por estudos a partir desses fatores e não da fixação *per se*. Dois trabalhos abordam o tema em suas conclusões, contudo, de maneira indireta; Giovanella et al (2016) mencionam a importância da estrutura das UBS na retenção desses profissionais nas áreas prioritárias do Programa, porém, o único outro trabalho que trata do eixo da infraestrutura não faz tal menção e, tendo em vista que foram as únicas publicações encontradas referentes ao eixo da infraestrutura, é precoce afirmar que esse, de fato, foi um fator que induziu os médicos a permanecerem atuando nessas localidades. Quanto ao estudo de Miranda et al (2017), os autores associaram a fixação dos médicos à diminuição da rotatividade desses profissionais nos municípios de pequeno porte. Essa diminuição, por sua vez, foi atribuída ao fato de os gestores municipais não terem mais que arcar com a remuneração dos médicos, considerada a maior despesa na folha de pagamento dessas prefeituras.

⁶⁹ À exceção de Genética Médica; Medicina do Trabalho; Medicina do Tráfego; Medicina Esportiva; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Patologia e Radiologia (Art. 6º da Lei 12.871/2013).

Em que pese outros estudos terem abordado essa questão, é preciso desenvolver mais pesquisas para avaliar se a rotatividade do médico realmente reduziu após a implantação do PMM, e se o equilíbrio dos gastos entre os entes federados teve participação nesse processo. No entanto, essa observação desperta a atenção para um atributo importante do PMM: o modelo de gestão interfederativo. Esse ponto levanta uma questão nem sempre debatida nos espaços de discussão sobre fatores que induzem a retenção de profissionais de saúde em áreas desassistidas que é a presença de incentivos financeiros não direcionados ao indivíduo em si, mas sim a instituições. Em termos de classificação, esses dispositivos poderiam se enquadrar em um quadro maior que considerasse os mecanismos regulatórios, porém, independentemente da categoria de análise, este é um ponto que vale menção e conclama análises subsequentes.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma das estratégias para recrutar e reter profissionais de saúde em áreas rurais e remotas é aplicar incentivos financeiros que vão desde gratificações, salários mais atrativos e competitivos, adicionais de deslocamento, auxílios moradia, escola e alimentação, entre outros tipos. Embora o governo federal pague para o médico e sua família se instalarem nos municípios e a prefeitura se responsabilize por arcar com a moradia, o transporte interno e a alimentação, essa sorte de incentivo não foi abordada em nenhum dos trabalhos analisados, o que gera demanda para pesquisadores e governantes interessados no assunto.

Quanto aos resultados referentes aos eixos do provimento e da formação, esses tiveram representatividade na amostra de publicações analisada. A unanimidade dos autores reconhece que o PMM atingiu seus objetivos quanto ao provimento emergencial de médicos para as áreas prioritárias do SUS, ou seja, foi capaz de contemplar a maioria dos municípios aderidos e levar médicos para trabalhar na APS de localidades que historicamente registravam alta escassez médica. Esse êxito contribuiu para gerar resultados sanitários positivos como aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), diminuição das internações por condições sensíveis à APS e, fundamentalmente no aumento do acesso da população à assistência médica e aos serviços de saúde.

Para o eixo da formação, os estudos demonstraram consenso em afirmar que o PMM inequivocamente contribui para o aumento das vagas de graduação e residência em Medicina. Igualmente, houve consenso de que, no caso da graduação, essa expansão ocorreu majoritariamente em instituições privadas e paulatinamente rumo ao interior do país, mesmo

com as escolas médicas permanecendo altamente concentradas nas capitais e grandes centros do país. Não há concordância, no entanto, no que essa expansão signifique em termos de qualidade do ensino. Se para Lopes (2019) a “explosão” de escolas médicas pós-PMM compromete a formação do profissional, por outro lado as mudanças curriculares trazidas pela Lei instituinte do PMM e pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 possibilitaram criar e reformular cursos de modo a formar médicos mais orientados à APS (Oliveira et al, 2019) e com um perfil mais humanista e preocupado com a integralidade da saúde do indivíduo e da comunidade (Vargas et al, 2019; Silva e Alves, 2019).

No que diz respeito aos incentivos à fixação médica ligados à educação continuada e ao suporte profissional, houve reconhecimento da importância da especialização oferecida no âmbito do Projeto Mais Médicos pelo Brasil (PMMB), bem como de alguns elementos intrínsecos característicos dos processos de supervisão e tutoria, porém apontou-se para a necessidade de qualifica-los, de forma a assegurar um apoio mais presente aos médicos e alinhar alguns conteúdos, principalmente no módulo de acolhimento.

Quanto às residências médicas, percebeu-se haver consonância com relação ao fato de ter havido uma expansão no número de vagas em virtude das ações do PMM e da sinergia deste com outras iniciativas, a exemplo do Pró-Residência. Assim como nos cursos de graduação, houve ampliação do número de vagas no interior do país, porém, a distribuição das mesmas ainda permanece desigual, com maior concentração nas capitais e grandes centros urbanos, em detrimento das cidades de menor porte. Apesar do maior crescimento no número de vagas ter ocorrido após a implantação do PMM, o objetivo da universalização das residências ainda não tinha sido alcançado, tendo em vista que a meta de criar 12.400 vagas até 2018 estava distante de ser atingida até 2017. No tocante à priorização dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), os estudos ao mesmo tempo que apontaram para uma ampliação e interiorização dos programas, também demonstram consternação com a baixa taxa de ocupação das vagas. Se por um lado o número de residentes em MFC tenha atingido o maior patamar da sua história em 2017, por outro esse quantitativo ainda está bem aquém das metas do Programa e das necessidades do país.

Concluindo, observou-se que após seis anos de existência o Programa Mais Médicos apresentou um conjunto de dispositivos e resultados nos seus três eixos de ação (provimento, formação e infraestrutura) com potencial de induzir e estimular a atração e fixação de médicos nas áreas prioritárias do SUS. Ainda não é possível afirmar se (ou quanto) esses

mecanismos e estratégias tiveram influência ou relação direta na retenção desses profissionais nas áreas demarcadas pelo Programa, pois apesar das evidências, tudo o que se produziu até o presente momento foram indícios referentes ao período de 2013 a 2018. Para tanto, é preciso desenvolver pesquisas que mensurem e explorem questões como a mobilidade e o deslocamento dos médicos no programa, o tempo médio de permanência e a rotatividade desses profissionais (*turnover*) nas equipes de Saúde da Família e padrões de comportamento ao longo dos anos, de forma a procurar uma associação de todos esses com os dispositivos presentes no Programa Mais Médicos.

5.2.2 – Até quando você fica, doutor? Uma análise sobre o tempo de permanência no Programa Mais Médicos

Apesar da informalidade, o questionamento que abre o título muito diz sobre a prática médica em áreas rurais e remotas. Segundo a própria autora da sentença, a Dr.^a Heather Kovic⁷⁰, essa é uma pergunta ouvida diariamente pelos médicos de família norte-americanos que optam por atender nas zonas rurais do país, e que resume bem a tensão que esses profissionais vivem. O motivo pelo qual os pacientes levantam essa questão em todas as consultas é porque eles sabem que os médicos não costumam ficar muito tempo nessas localidades. Ainda de acordo com Kovic (2017), mesmo com os incentivos financeiros proporcionados pelo governo dos Estados Unidos da América (EUA), tais como abatimento de dívidas ou reembolso de empréstimos para estudos ou moradia, apenas 11% dos médicos atuam nas áreas rurais do país, o que é pouco, dado que 20% de toda a população vive em regiões rurais, e habitualmente apresentam piores indicadores de saúde do que os habitantes dos centros urbanos.

No Brasil, o governo federal implantou em 2013 o Programa Mais Médicos (PMM) com o objetivo de reduzir a escassez médica na Atenção Básica (AB) em áreas consideradas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com as regras do Programa, apesar das áreas rurais se enquadrarem nessa classificação, pois, historicamente apresentam baixa densidade médica, assim como nos EUA, outros critérios também foram empregados, de modo a incluir ou evidenciar outros tipos de territórios. Assim sendo, o PMM também priorizou a lotação de médicos em áreas em situação de vulnerabilidade, mesmo que situadas em contexto urbano, tal qual determinou especificamente os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como áreas de prioridade (vide Quadro 4, p.96).

Diferentemente da iniciativa americana, o PMM não oferece reembolso de empréstimos para estimular o médico a trabalhar em regiões pré-estabelecidas por um tempo determinado, porém o existem outros mecanismos adotados com esse intuito, tais como oferta de curso supervisionado de especialização, auxílios para alimentação e moradia e custeio de deslocamento para o indivíduo e seus dependentes diretos. Ademais, a Lei 12.871/2013 autorizou a atuação de médicos formados fora do Brasil para trabalharem

⁷⁰ Médica na área rural do Estado do Novo México (EUA). Relato e entrevista encontram-se disponíveis para acesso livre em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1613899>. Acessado em: 24/02/2020)

exclusivamente pelo Programa sem a necessidade de aprovação no exame de Revalidação do diploma; uma medida sem precedentes que fez aumentar o potencial de atrair um maior número de profissionais.

Decorridos dois anos de sua implantação, o Programa contava com 18.240 profissionais atuando em 73% das cidades brasileiras, momento pelo qual o PMM atingiu seu teto de profissionais (SGTES, 2015). Porém, ao longo dos anos, vários médicos se desligaram do PMM, fato que gera tanto preocupação em termos de desassistência à saúde, quanto interesse em analisar alguns indícios com potencial de interferir na decisão do profissional em permanecer trabalhando pelo Programa.

Neste sentido, este estudo procurou investigar possíveis correlações entre alguns fatores com o período de atuação do médico no PMM. Para tanto, optou-se por realizar uma regressão linear múltipla, de modo a verificar a correlação entre a variável dependente “tempo de permanência” as variáveis independentes: “sexo”; “idade”; “estado civil”; “nacionalidade”, e; local de atuação⁷¹. Em outras palavras, procurou-se descobrir se existe alguma relação entre o tempo de permanência no PMM com algumas características pessoais dos médicos e/ou a região/Estado/tipo do município onde ele trabalha, no intuito de produzir evidências para contribuir com reflexões e decisões referentes ao Programa Mais Médicos, sobretudo no que concerne à fixação desses profissionais nas áreas mais vulneráveis do país.

Foram analisados dados contidos em uma base extraída do *Sistema de Gerenciamento do Programas* (SGP – Ministério da Saúde), datada de 20 de novembro de 2018. Após verificação e limpeza dessa base, foi averiguada a existência de informações referentes a 15.949 médicos considerados ativos no Programa. Sobre eles, pode-se dizer que 58% eram do sexo feminino, três a cada quatro tinham até 40 anos de idade, 2/3 eram solteiros e 53% tinham nacionalidade cubana (Quadro 6). Em relação à distribuição desses profissionais pelo território nacional, eles estavam presentes em 3.731 (67%) dos municípios brasileiros, sendo que 45,8% se concentravam nas regiões Sul e Sudeste, 47,2% no Norte-Nordeste e 7% no Centro-Oeste (Quadro 7).

⁷¹ O local de atuação pode ser tanto a região geográfica, o Estado ou o perfil do município (segundo o Edital nº40/2013/SGTES/MS)

Quadro 6: Características gerais dos participantes do Programa Mais Médicos (2018)

Sexo	Quantidade	Percentual
Feminino	9.266	58,10
Masculino	6.683	41,90
Faixa etária	Quantidade	Percentual
Até 30 anos	4.595	28,81
31 a 40 anos	7.303	45,79
41 a 50 anos	2.427	15,22
51 a 60 anos	1.325	8,31
> 60 anos	299	1,87
Estado civil	Quantidade	Percentual
Solteiro	10.586	66,62
Casado / União Estável	4.600	28,95
Divorciado, Separado ou Desquitado	671	4,22
Viúvo	34	0,21
Nacionalidade	Quantidade	Percentual
Brasileira	6.981	43,77
Cubana	8.436	52,89
Outras	532	3,34

Fonte: SGP, 2018.

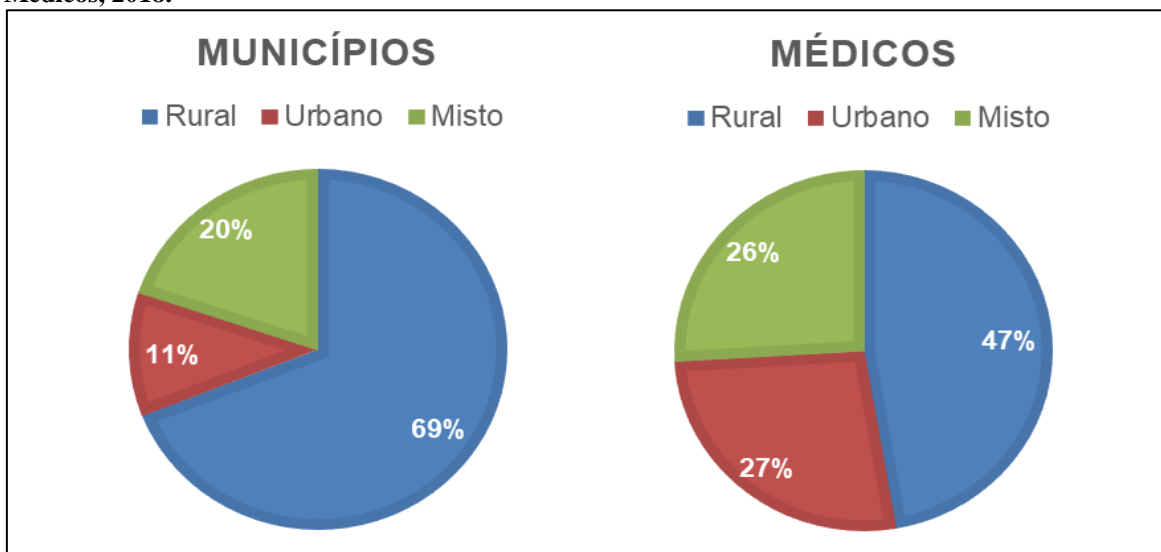
Quadro 7: Distribuição regional dos participantes do Programa Mais Médicos (2018)

Estado/Região	Nº. Médicos	Percentual (Região)	Percentual (Brasil)
AC	156	7,65	0,98
AM	465	22,79	2,92
AP	117	5,74	0,73
PA	735	36,03	4,61
RO	277	13,58	1,74
RR	155	7,60	0,97
TO	135	6,62	0,85
Norte	2040	100	12,80
AL	212	3,87	1,33
BA	1506	27,46	9,44
CE	1181	21,53	7,40
MA	660	12,03	4,14
PB	348	6,34	2,18
PE	825	15,04	5,17
PI	306	5,58	1,92
RN	278	5,07	1,74
SE	169	3,08	1,06
Nordeste	5485	100	34,40
PR	906	35,39	5,68
RS	1162	45,39	7,29
SC	492	19,22	3,08
Sul	2560	100	16,05
ES	477	10,03	2,99
MG	1266	26,63	7,94
RJ	630	13,25	3,95
SP	2381	50,08	14,93
Sudeste	4754	100	29,80
DF	110	9,91	0,69
GO	576	51,89	3,61
MS	201	18,11	1,26
MT	223	20,09	1,40
Centro-Oeste	1110	100	6,95
BRASIL	15.949	100	100

Fonte: SGP, 2018.

Com relação aos *perfis dos municípios* definidos pelo Edital nº 40/2013 do Ministério da Saúde, este estudo optou por classificá-los em três tipos: “rural”; “urbano”, e “misto”. Essa categorização tem por intenção facilitar a análise e levou em consideração a mais recente tipologia “*rural-urbano*” estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017). Cabe ressaltar, a título de esclarecimento, que praticamente todos os municípios brasileiros, conforme enfatizado pelo próprio IBGE, têm áreas rurais e áreas urbanas, dentro do seu território. A diferença entre eles, portanto, está no grau de urbanização ou ruralidade, de modo que os municípios do tipo “rural” são eminentemente rurais, tal qual os municípios da categoria “urbano” são eminentemente urbanos, ao passo que coube ao tipo “misto” os que mesclam de forma mais equilibrada essa relação. Dito isso, dos 3.731 municípios, 69% eram do tipo “rural”, 20% do tipo “misto” e 11% do tipo urbano, e a concentração de médicos em cada um deles era, respectivamente, de 47,3%; 26% e; 26,7 (Figura 14)

Figura 14: Distribuição de municípios e médicos de acordo com o tipo do município. Programa Mais Médicos, 2018.



Fonte: SGP, 2018

Ao analisar o tempo de permanência dos participantes, percebeu-se que, em geral, os médicos ativos até novembro de 2018 estavam, em média, há pouco mais que dois anos no Programa ($\mu = 787$ dias; $NC=95\%$; $s=462,47$; $EP=3,66$)⁷². Dos quase 16 mil médicos, 9% estavam há menos de um ano, 71,9% entre um a três anos e 18,9% ultrapassavam a marca

⁷² Onde: μ = média; NC = Nível de confiança; s = desvio padrão; EP = Erro Padrão)

de um triênio. Não foi encontrada nenhuma correlação significativa, nem positiva nem negativa, entre o tempo de permanência e as variáveis analisadas, com os coeficientes de Pearson (ρ) e de determinação (R^2) próximos a zero para todos os cruzamentos. Esse achado, no entanto, sofre influência pelo tamanho e pelo alto grau de dispersão da amostra, evidenciado pelo desvio padrão elevado em todas as médias aferidas (Quadro 8).

Quadro 8: Tempo médio de permanência, em dias, do participante do Programa Mais Médicos por características pessoais e local de lotação (2018) *

Nacionalidade	$\rho=0,18$	$R^2=0,0323$	TMP(d)	EP	s
Brasileiros			740	5,36	448,25
Cubanos			779	4,71	448,25
Outros			1545	19,68	454,03
Sexo	$\rho=0,04$	$R^2=0,0017$			
Feminino			772	4,65	447,51
Masculino			808	5,89	481,71
Faixa Etária	$\rho=0,24$	$R^2=0,0608$			
Até 30 anos			591	3,98	270,02
31 a 40 anos			841	5,67	485,22
41 a 50 anos			876	10,38	511,60
51 a 60 anos			928	14,06	511,98
> 60 anos			1074	34,03	587,55
Estado civil	$\rho=-0,05$	$R^2=0,0237$			
Solteiro			767	4,28	441,20
Casado ou União Estável			815	7,26	492,78
Divorciado, Separado ou Desquitado			917	20,77	537,86
Viúvo			776	84,55	485,72
Região	$\rho=0,01$	$R^2=0,0001$			
Centro-Oeste			793	14,34	477,78
Norte			780	10,20	460,43
Nordeste			778	5,86	434,52
Sudeste			795	6,90	475,50
Sul			796	9,68	489,72
Tipo do Município	$\rho=0,02$	$R^2=0,0005$			
Misto			784	7,47	480,70
Rural			774	5,00	434,87
Urbano			814	7,50	489,92
BRASIL			787		

Fonte: SGP, 2018

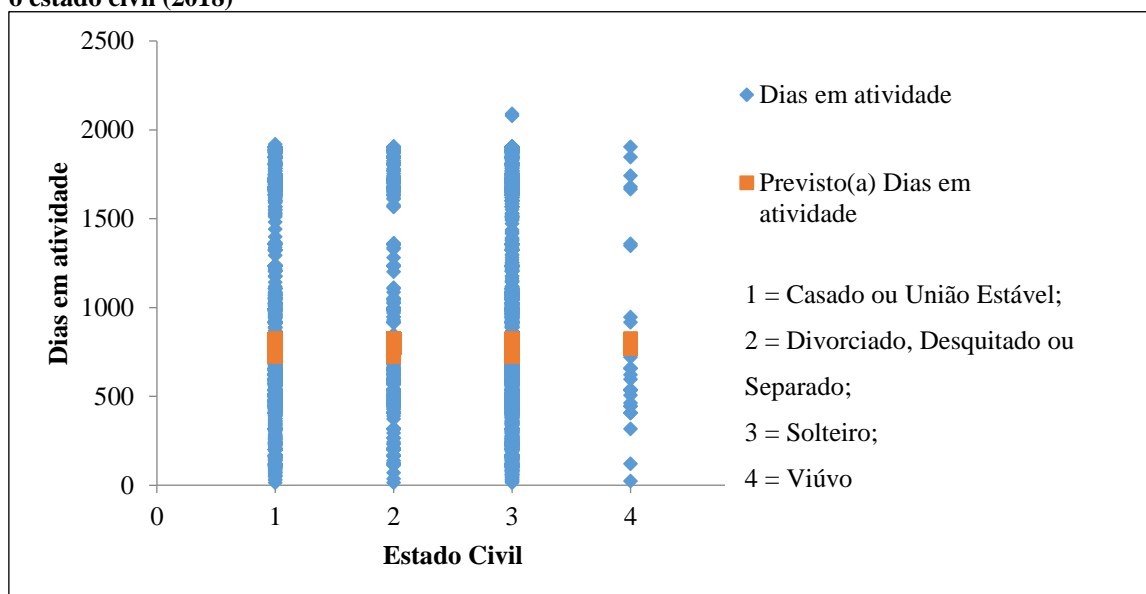
* NC= 95%

Se por um lado a regressão demonstrou não haver relação estatisticamente significativa para nenhum dos cruzamentos, por outro, a análise da dispersão da amostra e do Tempo Médio de Permanência (TMP) possibilitou identificar estratos onde as variáveis explanatórias pareciam exercer maior influência sobre o tempo de permanência dos médicos no Programa, como nos casos da “nacionalidade”, “faixa etária” e “estado civil”. O quadro acima demonstra, por exemplo, que médicos originários de outros países que não Brasil e Cuba, possuíam um tempo médio de permanência praticamente duas vezes maior que brasileiros e cubanos. Com relação à idade, o TMP aumenta progressivamente à medida que

avança entre as faixas etárias, chegando a apresentar um aumento de 81,7% quando se compara os mais jovens (até 30 anos) com os mais velhos (acima de 60 anos). Contudo, como 61% dos participantes do PMM se concentravam nas duas outras faixas restantes (>30-40 e >40-50) e a diferença entre seus respectivos TMP era de apenas 6%, o fato de os médicos mais velhos estarem em média 453 dias a mais que os mais novos não apresentou relevância estatística significativa.

Quanto ao estado civil, embora a variação do TMP entre as distintas categorias tenha sido menor do que na variável “idade”, a regressão demonstrou que entre os médicos divorciados, separados ou desquitados, além do TMP ser maior que nas outras categorias (cinco meses a mais que os solteiros, por exemplo), havia certa homogeneidade no quintil superior da amostra, o que indicou um padrão de comportamento diferente dos médicos solteiros, casados ou viúvos (Gráfico 7). Apesar dessa evidência, a quantidade de profissionais que se declararam divorciados (ou afins) é consideravelmente pequena, posta ao lado de casados e solteiros; representam apenas 4,2% do total de médicos, enquanto casados e solteiros chegam a 95,6%. Assim sendo, ainda com a discrepância constatada, ser divorciado, separado ou desquitado não produziu significância estatística com relação ao tempo de permanência no Programa.

Gráfico 7: Dispersão do tempo de permanência dos participantes do Programa Mais Médicos segundo o estado civil (2018)



Fonte: SGP, 2018

Como a escassez e a distribuição desigual de médicos são problemas de âmbito mundial, sem fazer distinção entre países desenvolvidos ou em desenvolvimento, e se apresentam como um dos principais desafios para alcançar a cobertura universal de saúde, há interesse e esforço global para investigar suas causas e formas de enfrentamento (WHO, 2010). Boa parte dos estudos voltados à investigação de fatores que influenciam a atração e a retenção de profissionais de saúde em áreas desassistidas está orientada a explorar aspectos extrínsecos aos indivíduos, tais como incentivos financeiros diretos (Sempovski, 2004; Bärnighausen & Bloom, 2009) e indiretos (Kovic, 2017), descentralização e interiorização das escolas médicas (Tani et al, 2004), obrigatoriedade do internato em medicina rural (Matsumoto & Kajii, 2009), investimentos e indução à formação de estudantes de origem rural (Tolhurst et al, 2006); entre outros.

Em que pese a relevância desses estudos e de seus achados, é igualmente necessário considerar se as características pessoais e o local de atuação (em termos de localização geográfica) também exercem algum grau de influência na decisão do profissional em trabalhar nessas regiões por um longo período. Ao tentarem determinar se estudantes de medicina canadenses que passaram por estágios em áreas rurais estavam mais propensos a seguir suas carreiras nessas regiões, Woloschuk & Tarrant (2002) também analisaram a influência do gênero nessa decisão. Os autores descobriram não haver diferença alguma nesse sentido, ou seja, o fato do aluno ser homem ou mulher não exercia nenhum peso na escolha de exercer a Medicina em áreas rurais, ao passo que ter passado pelo estágio rural apresentou significativa influência, em comparação com estudantes que não viveram essa experiência. Essas conclusões se alinham com as encontradas no estudo de Strasser et al (2010) desenvolvido na Austrália. Neste caso, ser de origem rural apresentou correlação positiva na decisão de atuar nas áreas rurais, enquanto sexo e idade não demonstraram o mesmo resultado.

Após seis anos de existência o PMM foi tema de investigação de muitos trabalhos. De acordo com a Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos (PCPMM)⁷³ há cerca de 600 estudos de diferentes tipos que abordam o Programa de alguma forma. Apesar das centenas de publicações, a maioria delas trata o tema da fixação ou como um aspecto relevante no campo dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) ou associando-a indiretamente aos dispositivos do PMM sem, no entanto, apresentar evidências diretas sobre a retenção dos

⁷³ Disponível em: <http://maismedicos.bvsalud.org/>. Consultada em 30/01/2020.

médicos. Essa característica, todavia, não é peculiar ao PMM; geralmente há pouca evidência sobre o impacto de programas e iniciativas internacionais sobre a fixação de médicos em áreas desassistidas (Huicho et al, 2010), ou ainda maior prevalência de publicações científicas sobre os resultados ligados ao provimento, em detrimento da retenção (Matsumoto et al, 2005).

A baixa quantidade de publicações sobre a fixação dos médicos no PMM não quer dizer que haja desinteresse pelo tema. Há de se considerar que o Programa é relativamente recente, sendo provável que essas investigações cresçam com o passar dos anos. Ao buscar explorar a correlação entre as características pessoais e local de atuação com o tempo de permanência do médico no PMM, essa pesquisa objetivou gerar alguns indícios para contribuir com os estudos sobre a fixação de médicos no Brasil, principalmente ligados ao Programa Mais Médicos. Os resultados encontrados se alinham com as conclusões de Lehman et al (2008); as associações entre as características pessoais e os motivos que influenciam médicos a saírem do emprego, em geral, são inconclusivos com relação à idade, nível educacional e gênero.

No que diz respeito particularmente ao estado civil, as evidências encontradas se aproximam dos achados de Koh & Goh (1995), que não identificaram nenhuma associação estatisticamente significativa entre o estado civil de médicos cingapurianos e malaios com a decisão deles deixarem o trabalho, porém apontaram para uma tendência de que os solteiros indicavam uma intenção maior de saírem do emprego e tinham maior rotatividade do que os profissionais casados. Na Malásia, os cônjuges dos médicos demonstravam certa influência na mobilidade de um indivíduo, e o peso do fator “família” teve mais influência sobre as trabalhadoras do que sobre os homens. Se a mobilidade médica masculina estava relacionada principalmente a fatores econômicos, a feminina estava intimamente relacionada a aspectos como casamento, família e filhos.

Essas evidências encontram ressonância no estudo de Ellsbury et al (2001), realizado no nordeste dos Estados Unidos. As autoras apontaram que as mulheres estavam mais propensas a tomarem decisões relacionadas ao local de trabalho com base em fatores como a situação do cônjuge, flexibilidade de horários, licença maternidade, disponibilidade de assistência infantil e relacionamento interpessoal. Dessa forma, elas afirmaram que no ato de recrutamento de homens e mulheres é importante destacar os aspectos positivos da comunidade onde irão atuar, além de envolver e ajudar o cônjuge ou parceiro do médico,

sobretudo se houver o objetivo de alcançar uma força de trabalho médica com equilíbrio de gênero. Tanto os resultados de Koh & Goh (1995), quanto os de Ellsbury et al (2001), contribuem para entender o motivo pelo qual os participantes do PMM que estavam separados de seus cônjuges apresentavam um tempo médio de permanência no Programa maior do que os solteiros ou casados, muito embora seja necessário desenvolver mais pesquisas investigar essa relação de maneira aprofundada.

Há trabalhos, no entanto, que demonstraram associação entre as características pessoais dos médicos com a intenção de procurar ou deixar o trabalho em áreas rurais. Doescher et al (2000), por exemplo, indicaram que nos EUA as médicas que clinicam em comunidades rurais e remotas são minoria, quando comparadas aos médicos e tendem a ir menos para essas áreas. No Japão, Inoue et al (2008) também utilizaram a regressão linear múltipla como método e identificaram que o sexo feminino foi fator preditor negativo à retenção de médicos em áreas rurais. A metodologia também foi empregada para averiguar possíveis motivos que levavam médicos sul-coreanos a pensarem em mudar de emprego. Embora o estudo não tenha sido feito com o recorte exclusivo na APS ou em áreas rurais, os autores reportaram que as chances de médicos declararem a intenção de rotatividade foram 46,2% maiores para homens e 55,5% maiores entre 30 e 39 anos do que entre 40 e 49 anos (Oh & Kim, 2019).

A idade é um aspecto a ser analisado mais a fundo no caso do PMM, principalmente com relação à discrepância encontrada no TMP em estratos específicos da amostra, com destaque para os médicos mais velhos, os que se declararam separados/divorciados e os estrangeiros não-cubanos. Muito embora estatisticamente sem significância, eles permaneciam no PMM, em média, de cinco meses a dois anos a mais que seus contrapartes e talvez esse possa ser um tema de investigação de estudos exploratórios, pois, como apontou Roemer (1987), a maior parte dos países procuram orientar suas políticas de provimento e fixação em áreas rurais e remotas para médicos jovens e oriundos da região, o que vai totalmente de encontro a este achado.

A análise descritiva desse estudo mostrou que o participante “típico” do Programa Mais Médico é uma profissional do sexo feminino, com idade até 40 anos, solteira, de nacionalidade cubana ou brasileira e atuando na região rural do Brasil por um período médio de dois anos. Essas características, no entanto, não demonstraram influir no tempo de permanência do médico, de modo que é preciso seguir buscando mais evidências sobre o

tema, tanto para interferir de maneira mais eficiente na decisão do médico permanecer no Programa, quanto para aumentar as chances de fixação nas equipes e nos municípios prioritários, e não somente no PMM como um todo.

É essa fixação que produz vínculo e contribui para aumentar a resolubilidade da APS a partir dos princípios da longitudinalidade do cuidado e da responsabilidade sanitária pela territorialização (Starfield, 2002). Para tanto, recomenda-se a realização de coortes regressivas (como sugerem Moyo et al, 2017), contando com um conjunto mais amplo de dados, além de aplicar outros métodos quanti e qualitativos para investigar questões como rotatividade, regulação de mercado e da formação médica, motivos que levaram médicos a se desligarem do Programa, entre outros.

6. Do provimento à fixação: o que vem sendo feito em outros países?

O relatório do III Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde indicou que em 2035 o mundo terá uma necessidade estimada de 13 milhões de profissionais de saúde (Giorgio et al, 2015). A ausência e/ou a má distribuição desses profissionais se constituem em um dos grandes desafios para as autoridades sanitárias mundiais. Tanto o provimento, quanto a fixação de trabalhadores da saúde são preocupações significativas e pautas constantes nas agendas políticas, pois envolvem contratação e treinamento de novos trabalhadores, mobilização de recursos financeiros para estimulá-los a trabalhar e permanecer em áreas desassistidas e despesas consequentes a afastamentos e rotatividade (Ali Jaidoo, 2015). Cada país tem enfrentado esse desafio de diferentes formas, porém, parece não haver uma solução única ou infalível para a questão, pois, mesmo algumas intervenções que dispendem grandes montas financeiras e promovem mudanças políticas significativas por vezes não surtem os efeitos desejados (Buykx et al, 2010; Grobler et al, 2015).

Conhecedora desse cenário, a OMS, imbuída do intento de encontrar caminhos para combater as desigualdades globais na concentração de médicos, elaborou um documento com 16 recomendações direcionadas para o enfrentamento desse desafio (WHO, 2010). Segundo Taylor e Dhillon (2011), este é um guia documental relevante, porque foi fruto de uma mobilização de governantes dos Estados Membros da OMS que culminou na elaboração de um código de condutas e práticas para o recrutamento internacional de profissionais de saúde. Esse documento, então, serviu de base para se instituir uma força tarefa global, com vistas a examinar os efeitos adversos da realocação de trabalhadores da saúde por países (principalmente das áreas rurais para as urbanas) e só após essa análise é que as recomendações foram produzidas.

Apesar do atestado ao mérito da publicação feito pelos autores acima a própria OMS reconhece que a implementação das recomendações é precedida de vários obstáculos. Em primeiro lugar, porque a má distribuição de profissionais de saúde é um problema de causas multifatoriais. Em segundo, porque, ainda que contextos sejam semelhantes, as idiosincrasias de cada país/região impõem um aglomerado de outros desafios, de modo que o que se apresenta como solução para um, não necessariamente funcione para outro. Por fim,

o documento aponta não haver uma abordagem sistemática definida para coletar informações detalhadas sobre como a implementação dessas recomendações acontece nos países.

Ademais, existe um fator que pode parecer de natureza exclusivamente léxica, mas que presta um papel importante nas discussões acerca do provimento e fixação de profissionais de saúde. A literatura internacional geralmente foca na escassez de profissionais em áreas *remotas* ou *rurais*, porém, não há consenso global para definir precisamente o significado de cada um desses termos (WHO, 2010). Ao explorarem diferentes conceitos para “rural” Matsumoto et al (2010) concluíram que cada variação taxonômica gera impacto direto na forma como se realiza a prática rural, sugerindo ainda que os estudos anteriores realizados no contexto japonês possivelmente estavam submetidos a vieses de análise. Alguns trabalhos adotam a nomenclatura “*underserved*” (desassistidas), que geralmente contempla os contextos rural e remoto, mas expande para outros cenários como áreas urbanas com alto índice de violência e socialmente vulneráveis (Lee & Nichols, 2014; Moyo et al, 2017).

Ainda no tocante à bibliografia específica do tema, o artigo de Dolea et al (2010) identificou que existe um viés geral em relação a programas direcionados a médicos, em detrimento de outros profissionais da saúde, e em direção à países de língua inglesa, como Austrália, Canadá e África do Sul. Segundo as autoras, mais esforços devem ser feitos para avaliar programas direcionados a outros tipos de trabalhadores e, em particular, equipes e programas de saúde de países em desenvolvimento. Com relação a este último, também devem ser feitos esforços para fortalecer as bases e os sistemas de informação de recursos humanos, a fim de que análises sólidas possam ser conduzidas. Em termos de escopo, a maioria das avaliações se concentrou em analisar programas de formação, com poucas evidências sobre programas de incentivo financeiro (frequentemente empregados pelos formuladores de políticas) e sobre programas de apoio profissional e pessoal, que tendem a ser mais valorizados pelos trabalhadores da saúde.

No que compete a essas estratégias e mecanismos de enfrentamento da escassez e da má distribuição de médicos abordadas por Dolea et al (2010), as alternativas de solução, assim como as causas, também são múltiplas. Barer & Wood (1997), ao analisarem as iniciativas existentes à época, já haviam proposto uma categorização a partir de quatro grandes estratégias: (1) regulatórias/administrativas; (2) educacionais; (3) financeiras, e; (4) estratégias de *laissez-faire*. Awofeso (2010), elaborou um conjunto de propostas para

melhorar o recrutamento e a retenção na Nigéria que ampliou o escopo proposto por Barer & Wood (1997), Segundo ele, não bastaria apenas lançar um único “pacote”; seria preciso aglomerar várias ações em uma intervenção mais robusta, no sentido de: (I) melhorar a governança da saúde; (II) desenvolver estratégias de recrutamento e retenção da força de trabalho rural e remota em saúde; (III) ofertar incentivos para motivar a fixação de trabalhadores rurais da saúde; (IV) atrair a força de trabalho estrangeira (quando o custo compensar); (V) priorizar o recrutamento de jovens médicos; (VI) melhorar a capacidade de gestão; (VII) qualificar a formação voltada para a saúde de populações rurais; (VIII) adotar mecanismos de pagamento por desempenho; (IX) cultivar uma cultura de pesquisa operacional; (X) desenvolver e financiar equipes móveis de saúde baseadas em regiões regionais de áreas rurais e remotas; (XI) facilitar a abordagem colaborativa para a melhoria da saúde com residentes de comunidades rurais e remotas; (XII) aumentar o financiamento do setor Saúde;

Para aumentar a eficiência das intervenções propostas, há um considerável número de pesquisas que buscam explorar tanto os fatores que atraem os médicos para as regiões desassistidas, quanto os preditores para fazer com que eles abandonem a prática rural ou o local de inserção profissional. Amalba et al (2018) apontaram que as condições mais desfavoráveis que médicos costumam declarar estão relacionadas à más condições de trabalho, falta de condições mínimas como água potável, falta de saneamento, perspectivas limitadas de progressão na carreira, falta de gerenciamento e apoio comunitário e a ausência de equipamento e infraestrutura adequados no nível das unidades de saúde. Fatores que potencialmente influenciam a disposição dos trabalhadores da saúde a atuar em comunidades remotas, como revelaram estudos no campo da atenção primária, são status socioeconômico, origem rural, incentivos à educação continuada, suporte profissional e características individuais e curriculares, embora algumas variações possam ocorrer (Lehman et al, 2008; Grobler et al, 2015).

El Koussa et al (2016) observaram que a maioria das iniciativas e programas para atrair e fixar médicos geralmente adotam uma mescla de dispositivos *financeiros diretos* (p. ex. gratificações e auxílios) ou *indiretos* (p. ex. abatimento de dívidas e empréstimos), *educacionais* (p. ex. acesso facilitado à pós-graduação), *perspectivas de carreira* (p. ex. promoção, progressão ou ingresso na carreira pública), *suporte profissional* (p. ex. supervisão e tutoria acadêmica) ou *pessoal* (p. ex. formação de rede afetiva). Entretanto,

algumas pesquisas propõem outras abordagens não tão comumente descritas quanto às mencionadas pelos autores acima. Deutschlander et al (2013), por exemplo, afirmam que é preciso desenvolver e avaliar estratégias inovadoras de recrutamento e retenção para áreas carentes, e sugerem que as experiências interprofissionais oferecidas aos estudantes podem influenciar seu primeiro local de trabalho na graduação. Duplantie et al (2007) descreveram que o telessaúde poderia ser uma medida utilizada na finalidade de atrair e manter médicos nas comunidades remotas. As autoras identificaram sete categorias de fatores de atração e fixação dos quais o telessaúde poderia ter impacto: 1) individual, 2) familiar, 3) contextual, 4) profissional, 5) organizacional, 6) educacional e 7) econômico.

Outra abordagem menos heterodoxa nos estudos sobre recrutamento e retenção de médicos diz respeito ao modelo *vertical* de fixação, ou “*task shifting*”. A ideia consiste em atribuir a outros profissionais de saúde tarefas classicamente designadas à profissão médica⁷⁴. Sobre esse ponto, Bangdiwala et al (2010) afirmam que essa é uma prática comum em países africanos e do sudeste da Ásia, onde a carência de profissionais de saúde, principalmente de médicos, é tamanha que se outros tipos de “prestadores” não assumirem suas funções, o grau de desassistência à população é praticamente generalizado. Segundo os autores, há evidências que demonstram não haver prejuízos quando enfermeiros assumem o cuidado direto de pacientes diabéticos; em alguns casos, os resultados são até melhores, em relação ao controle glicêmico à redução de morbimortalidade por complicações em decorrência do diabetes.

A redistribuição das atribuições dos médicos também ocorre entre trabalhadores de nível médio. Há muitas diferenças entre países na definição e na formação desses profissionais, porém, em geral, são indivíduos certificados, que não são médicos, mas foram treinados para “diagnosticar e tratar problemas de saúde comuns, gerenciar emergências, encaminhar adequadamente e transferir doentes graves ou feridos para outros cuidados”. Embora haja a suposição de que a força de trabalho de nível médio seja uma solução fácil e barata para as necessidades das pessoas mais pobres nos países de baixa e média renda, isso não é confirmado pela experiência internacional (Lehman, 2008).

Nos Estados Unidos da América (EUA), os Auxiliares Médicos (*Physical Assistants*) complementam o trabalho dos médicos na realização de pequenas cirurgias, tarefas em

⁷⁴ Na verdade, o termo não se limita à categoria Médica ou mesmo à área da Saúde; pode estar ligada a qualquer profissão. A OMS utiliza a terminologia “ampliação do escopo de práticas” e à relaciona frequentemente à adoção da prática pela Enfermagem.

clínica geral e atendimento de emergência e administração de anestesia. De fato, este é um quadro bem estabelecido de trabalhadores, introduzido na década de 1960, e atualmente existem mais de 140 programas de formação credenciados nos EUA. A experiência nos EUA influenciou o pensamento no Reino Unido, Canadá e Austrália, onde esses profissionais foram introduzidos mais recentemente e estão passando por fase de avaliação (Glicken, 2008).

Muitos países desenvolveram estratégias para atrair e reter profissionais de saúde qualificados em áreas carentes, porém, de acordo com Huicho et al (2010) as evidências ainda são escassas e fracas, no que diz respeito aos seus sucessos ou fracassos. As pesquisas na área enfrentam vários obstáculos, incluindo a heterogeneidade da terminologia, a complexidade das intervenções, a dificuldade de avaliar a influência de fatores contextuais, a falta de informações de linha de base e a necessidade de abordagens mistas e multidisciplinares para monitoramento e avaliação. Além disso, o contexto social, político e econômico em que as intervenções são projetadas e implementadas raramente é considerado no monitoramento e avaliação de intervenções de recursos humanos para a saúde. Sendo assim, é preciso aprofundar o olhar e a interpretação sobre os programas e estratégias de provimento de profissionais de saúde existentes mundo afora, tanto para compreender o contexto que os motivou, bem como para averiguar os desdobramentos sistêmicos gerados por eles.

Todavia, considerando que qualquer “mergulho em águas profundas” tem início no reconhecimento da superfície, propõe-se, a seguir, uma descrição sintética das intervenções encontradas na literatura internacional, de forma a abordar suas principais características. Para tanto, apresenta-se uma sequência organizada por continentes.

ÁSIA

Entre 2012 e 2013, a *Aliança de Ação da Ásia-Pacífico em Recursos Humanos para a Saúde*⁷⁵ realizou um estudo para avaliar políticas da região voltadas a melhorar a retenção de profissionais de saúde nas áreas rurais de cinco países, a partir das recomendações da OMS (Laos, China, Sri Lanka, Tailândia e Vietnã). Os objetivos consistiam em ampliar as políticas que funcionavam bem e reduzir as demais políticas ou minimizar as barreiras à sua implementação efetiva. Inicialmente, apenas as políticas existentes foram investigadas.

⁷⁵ Tradução literal para “Asia-Pacific Action Alliance on Human Resources for Health”

Embora diferentes conjuntos de intervenções relevantes tenham sido aplicados nos cinco países estudados, o recrutamento de estudantes de origem rural, o serviço rural obrigatório por recém-formados e o uso de incentivos financeiros ou não financeiros eram dispositivos mais comumente utilizados. Contudo, as intervenções não necessariamente tinham o mesmo efeito a depender o objeto da análise. Por exemplo, a construção de escolas médicas nas áreas rurais parece melhorar a atração de estudantes para o trabalho rural, porém parece não surtir impacto na fixação a longo prazo. Em contrapartida, o trabalho junto às comunidades parece ter efeito sobre a retenção e o desempenho dos trabalhadores da saúde nas áreas rurais, mas não apresentaram relação alguma com o provimento (Buchan et al, 2013).

O governo da República Democrática do Laos, a partir de uma pesquisa feita com estudantes da graduação e trabalhadores do sistema de saúde, elaborou uma política de provimento e fixação de profissionais, baseada em incentivos voltados à educação continuada, à estabilidade e progressão na carreira a partir do tempo de atuação nas zonas rurais. Essa política estipulou um estágio obrigatório de três anos nas áreas remotas e rurais do país para todos os egressos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Obstetrícia, Farmácia e Odontologia e Medicina de Família pudessem receber sua licença profissional definitiva (Buchan et al, 2013).

Na China, o “Serviço Rural” é obrigatório para profissionais que desejam progredir na carreira promovidos. Os estudantes costumam ser recrutados com ofertas de subsídios diretos e abatimento de dívidas, desde que eles migrem para determinadas áreas do país após a graduação. Os hospitais de médio porte oferecem programas de capacitação e treinamento para esses estudantes se atualizarem e receberem o apoio de profissionais mais seniores. Ademais, as autoridades locais promovem o prêmio anual “*médico da vila do ano*”. Assim como na China, o governo do Sri Lanka também seleciona médicos de origem rural, porém ao invés de dispor de um mecanismo coercitivo para a mobilidade na carreira, a obrigatoriedade do tema “saúde rural” se restringe aos currículos da graduação. O recrutamento de estudantes em áreas rurais também é aplicado no Vietnã, porém, ao contrário dos demais países mencionados anteriormente, o governo oferece bolsas de estudo por quatro anos para médicos clínicos (Buchan et al, 2013).

No início da década de 1970, o governo tailandês introduziu pela primeira vez o serviço obrigatório para médicos. Após a formatura, os médicos tinham que passar três anos em serviços nas áreas rurais do país. Com o passar dos anos as despesas públicas com os

serviços rurais foram aumentando, em virtude de horas extras, adicionais de insalubridade, auxílios e adicionais, de maneira que ao final da década retirou a obrigatoriedade do serviço e passou a estimular que estudantes de origem rural assumissem os serviços nessas regiões. Gradualmente foram abertas novas escolas médicas no interior, sendo que em no final dos anos 1990, dos 19 cursos de Medicina, 12 estavam localizados fora de Bangkok. As mudanças também introduziram a rotação clínica obrigatória nos hospitais distritais, mudanças nos currículos, provas de revalidação do diploma e ampliação do escopo de práticas para enfermeiros em áreas como anestesiologia, diálise, terapia intensiva e serviços psiquiátricos (Lagarde et al, 2013).

A interação entre dois programas na Indonésia demonstrou ter contribuído para melhorar a disponibilidade de trabalhadores de saúde em áreas remotas. O *Pegawai Tidak Tetap* (PTT) e o Programa de Dotação Especial para Áreas Estratégicas usam incentivos financeiros como o principal mecanismo (salários mais altos, por exemplo), porém há também dispositivos não-financeiros tais como bonificação nos concursos públicos, desde que médicos atendam em centros do governo ou militares com contratos de 6 meses a 3 anos podendo ser renovado duas vezes. Com o decorrer do tempo, a procura por vagas nas regiões mais remotas passou a crescer, melhorando a disponibilidade desses profissionais nos centros de saúde e aldeias. Em 2010, apenas 17% dos 9000 centros de saúde muito remotos estavam sem médico, em comparação com 30% dos 8000 centros de saúde em 2006 (Efendi, 2012).

Segundo Matsumoto et al (2009), o Japão tem certa tradição quanto ao tema de saúde rural, uma vez que os estudantes estão acostumados a serem expostos a esse contexto há gerações. A maioria dos hospitais no Japão tem alguma associação com os governos locais, sendo que cabe aos representantes dos departamentos remunerarem e supervisionarem os médicos. A maioria dos hospitais rurais depende desse sistema para garantir médicos aos quais eles teriam dificuldade na obtenção, caso os médicos não fossem atraídos pelos incentivos financeiros. No entanto, o efeito real desse sistema na força de trabalho médica rural permanece desconhecida.

Apesar dessa familiaridade com o tema, somente a partir de 2004 que o Ministério da Saúde e do Bem-Estar impôs a obrigação de todos os estudantes exercerem dois anos de Medicina Geral para obterem seus títulos. Para Matsumoto et al (2015) aumentar o número de generalistas é a opção mais viável para equacionar o problema da má distribuição de

médicos no Japão. Na visão desses autores, esse aumento poderia ser praticamente imediato se duas medidas fossem tomadas: a certificação formal para médicos generalistas (“*sougou-shinryou-i*”) e o aumento do número das cotas rurais (“*chiikiwaku*”).

No segundo país mais populoso do mundo vivem 1,4 milhões de médicos, sendo que 74% deles vivem nas áreas urbanas da Índia, onde atendem apenas 28% da população, enquanto a população rural permanece em grande parte mal atendida. A “Missão Nacional de Saúde Rural”⁷⁶, lançada pelo Governo da Índia em 2005, promoveu várias iniciativas estaduais e nacionais para tratar dessa questão. Desde 2007, incentivos financeiros mensais, além de salários, foram amplamente introduzidos em todos os estados para médicos, enfermeiros e parteiras que trabalham em áreas remotas. Cerca de 80% do gasto total em saúde é bancado pelo nível estadual, sendo que cerca de 70% desse valor é destinado às despesas com remuneração de pessoal (Bajpai et al, 2009).

De acordo com a constituição federal da Índia, os estados são responsáveis pela implementação do sistema de saúde com apoio financeiro do governo nacional. Antes de 2005, a estratégia mais comum era a obrigatoriedade de títulos em serviço rural e ter cumprido o serviço rural obrigatório para admissão preferencial em programas de pós-graduação. As iniciativas da Missão Nacional de Saúde Rural incluem um aumento de postos sancionados para estabelecimentos públicos de saúde, incentivos, políticas de gerenciamento da força de trabalho, recrutamento específico para a localidade e criação de um novo quadro de serviços especificamente para o emprego no setor público. Como resultado, a Missão Nacional de Saúde Rural adicionou mais de 34 mil profissionais de saúde qualificados à força de trabalho em saúde pública. Adicionalmente, em 2008, a Índia passou a reconhecer automaticamente os diplomas de médicos formados em países como Inglaterra, Austrália, Nova Zelândia e Canadá, no intuito de ampliar o contingente médico do país (Sundararaman & Gupta, 2010).

EUROPA

De acordo com Buchan et al (2013), as recomendações da OMS provocaram na Europa um esforço em bloco para documentar as práticas de provimento e fixação existentes na região, e para facilitar o aprendizado conjunto por meio de uma série de oficinas organizadas pela OMS e pelo *Royal Tropical Institute* em Amsterdã. Esses workshops permitiram um

⁷⁶ Tradução literal para “*National Rural Health Mission*”

mapeamento detalhado das políticas datadas do início da década de 2010 em 20 países, principalmente ao sul e ao leste do continente. Os dados coletados indicaram que o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde para áreas remotas e rurais foram promovidos por uma série de políticas que abrangem a formação, a regulamentação e incentivos financeiros, profissionais e pessoais. Não obstante, avaliar o quanto essas iniciativas obtiveram êxito ainda era precoce, sendo necessário dispor de futuras investigações para constatar se os resultados esperados foram alcançados.

Além dos dispositivos descritos por Buchan et al (2013), a União Europeia (UE) está inserida em um contexto que levanta um aspecto característico da região que é a migração de profissionais de saúde. A proximidade geográfica, a facilidade de deslocamentos internos (quando comparada a outros continentes) e, principalmente, a adesão do bloco econômico, fazem com que o fluxo de profissionais de saúde interpaíses seja uma tônica (Wismar et al, 2011). Esse movimento migratório, que poderia ser uma alternativa de equalizar desigualdades na densidade médica, na prática funciona de maneira inversa, agudizando o desequilíbrio na concentração de médicos entre os países (Dussault et al, 2006). O Reino Unido historicamente tem sido um destino procurado por profissionais de saúde, não somente do continente europeu, mas também da Ásia, África e países do Caribe anglófono (Chen, 2009). Esses profissionais não procuram somente aprimorar sua formação em centros renomados, mas também oportunidades de trabalho em um lugar onde 37% Força de Trabalho em Saúde (FTS) é composta por trabalhadores naturais de outros países (Buchan & Dovlo, 2004).

Se por um lado a migração beneficia nações como o Reino Unido, França e Alemanha, por outro lado, os países do Leste Europeu vêm buscando medidas para frear esse fluxo. Na Hungria, especialistas argumentam que as saídas de profissionais de saúde poderiam estar ameaçando a sustentabilidade do sistema de saúde, mesmo a curto prazo (Eke et al, 2011). As regiões carentes do nordeste da Romênia, que têm a maior área rural e as menores coberturas médicas do país, são desproporcionalmente afetadas pela emigração de médicos e enfermeiras (Galan et al, 2011). Situações semelhantes enfrentam Lituânia, Estônia e Eslováquia, que encontram nos países mais desenvolvidos, competição por seus profissionais (Wismar et al, 2011). A carência de profissionais não está restrita somente a médicos de especialidades com perfil mais generalista, como *General Practitioners* (GP), clínicos gerais ou médicos de família, mas também atinge certas especialidades. Bélgica e

Holanda, por exemplo, padecem com a migração de psiquiatras e pediatras (Safuta & Baeten, 2011).

O impacto da mobilidade dos profissionais de saúde na qualidade da prestação de serviços tem atraído muita atenção na Europa. Organizações profissionais do Reino Unido manifestaram preocupação com a equivalência real de educação e treinamento, a falta de testes de idiomas nos processos de registro, a questão de desenvolvimento profissional contínuo e compartilhamento insuficiente de informações entre os reguladores para restringir indivíduos “inseguros” que se deslocam na Europa (Young, 2011). Para além de questões econômicas, o fenômeno contribui, inclusive, para gerar repercussões negativas e anedóticas, sugerindo que os profissionais de saúde estrangeiros têm maior probabilidade de trabalhar em condições difíceis, como turnos tardios ou pesados, ou em circunstâncias não regulamentadas ao trabalhar ilegalmente (Delamarie & Schweyer, 2011). Apesar da ausência de dados para confirmar ou refutar essas afirmações, é provável que a mobilidade afete o mix de habilidades, a escassez e a distribuição geográfica da força de trabalho em saúde (Wismar, 2011).

Quanto às políticas e ações de provimento e fixação de médicos em regiões desassistidas na Europa, registrou-se um aumento do interesse de países nessa questão ao longo dos anos. Medidas como aumento salariais foram identificados no leste europeu, com destaque para a formalização de um acordo oficial entre governo e as associações médicas da Lituânia, viabilizando um incremento de 20% ao ano nos vencimentos de médicos entre 2005 e 2008 (Padaiga et al, 2011). Há também relatos de melhorias nas condições de trabalho da equipe, modernização da infraestrutura de unidades de saúde (incluindo a introdução de novas tecnologias), utilização de auxílios para deslocamento, interiorização das escolas de Medicina, introdução de incentivos por insalubridade e deslocamento, e flexibilização das políticas de aposentadoria, em decorrência do envelhecimento da força de trabalho e à potencial migração de profissionais de saúde (Wismar, 2011).

Na Bulgária, o governo criou um programa de capacitação de médicos e outros profissionais de saúde para fornecer às minorias étnicas acesso a cuidados de saúde. Esse programa foca nos “assistentes de saúde” como uma nova profissão que vem para reconfigurar os escopos das práticas das profissões da Saúde. Outrossim, foram introduzidos mecanismos de compensação financeira através de um seguro nacional de saúde para médicos que optarem por trabalhar em áreas remotas e acesso facilitado a enfermeiros que

desejarem estudar Medicina nas universidades búlgaras. Essa última medida é semelhante à adotada no Tajiquistão, que induziu o acesso à graduação em Medicina para enfermeiras e obstetrias (*midwives*), desde que elas retornem para trabalhar nas regiões rurais e remotas. Na República da Moldova, foram introduzidas cotas para estudantes de origem rural estudarem Medicina nas universidades do país, desde que eles retornem em prestação de serviços por três anos nas comunidades de onde vieram. Além disso, os profissionais que se deslocarem para essas áreas recebem outros incentivos das autoridades locais, como auxílio-moradia, descontos no pagamento das contas de eletricidade e água (Buchan et al, 2013).

Ucrânia e Noruega adotaram estratégias semelhantes entre si: ambos os países construíram um centro de formação em uma região remota que serve de referência às comunidades circunscritas à área do campus. Na Ucrânia, cada *oblast*⁷⁷ possui um centro de treinamento para médicos de família ligados à universidade (Wismar et al, 2011). Na Noruega, os estudantes da universidade de Tromsø são obrigados a ficar um ano de sua formação fora do campus, envolvidos com as comunidades e os centros clínicos na região norte do país (Aaras et al, 2015). Ademais, a seleção dos alunos é feita com base em critérios de proveniência, ou seja, egressos do ensino médio que moravam ou estudavam em escolas da região eram recrutados para a universidade de Tromsø, em virtude do que Straume & Shaw (2010) denominaram como “efeito salmão”: da mesma maneira como esses peixes nadam para retornar à região de onde vieram, assim fazem os médicos, que retornam para seus lares após se formarem.

Segundo Buchan et al (2013), os países que conformam o Reino Unido foram os únicos do continente que apresentaram medidas ligadas às quatro dimensões de recomendações da OMS. O *Departamento de Saúde da Inglaterra*⁷⁸ e suas contrapartes nos outros três países do Reino Unido firmaram um compromisso para estimular o crescimento e o fortalecimento da Força de Trabalho da Saúde (FTS) do *National Health System* (NHS) como parte integrante da consecução da modernização e do cumprimento de metas estabelecidas em conjunto. Atingir as metas do Plano NHS para a consolidação da FTS na Inglaterra e nos outros países do Reino Unido se baseia em quatro áreas de intervenção: 1) atrair mais candidatos ao ensino médico; 2) evitar a rotatividade; 3) melhorar a fixação através de

⁷⁷ Um *oblast* é uma subdivisão administrativa e territorial em alguns países eslavos e ex-repúblicas soviéticas: Bielorrússia, Bulgária, Cazaquistão, Quirguistão, Rússia, Tajiquistão, Uzbequistão e Ucrânia. O termo foi usado, em outras línguas, para designar as maiores divisões administrativas da União Soviética (<https://www.duden.de/rechtschreibung/Oblast>).

⁷⁸ Autoridade sanitária de nível nacional (análoga ao Ministério da Saúde).

estruturas de carreira aprimoradas e práticas de trabalho flexíveis; e 4) recrutar novos funcionários britânicos e estrangeiros (Buchan & Dovlo, 2004).

Como dito anteriormente, existe um importante fluxo migratório de profissionais da saúde para o Reino Unido. Na Inglaterra, as abordagens utilizadas para o recrutamento internacional variaram para diferentes ocupações. No caso dos médicos o Departamento de Saúde contrata um especialista em recrutamento que adota abordagens mais “individualizadas”, como visitas aos candidatos, enquanto que no caso de enfermeiras e outros profissionais, as ações são mais gerais, como, por exemplo, criar um website voltado a profissionais de países como Espanha, Índia e Filipinas⁷⁹ (Young, 2011).

ÁFRICA

Se a migração de profissionais de saúde “na” União Europeia é uma característica marcante para os estudos da demografia médica mundial, o continente africano se destaca dos demais por aspectos distintos. Em primeiro lugar, porque no caso da migração médica, a África se configura como *exportadora* de força de trabalho médica em comparação com outros continentes, o que agudiza suas desigualdades na densidade médica. Em segundo lugar, porque é onde se registra o maior número de experiências de *task shifting*, ou ampliação do escopo de práticas, dos profissionais de nível médio (Dovlo, 2004).

Países como Zâmbia, Lesoto, Gana e Etiópia mobilizaram significativas amontas de recursos financeiros para acelerar a formação de Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de Enfermagem e Assistentes Médicos, no intuito de provisioná-los para as regiões mais remotas. Para muitas condições comuns, existem intervenções efetivas e econômicas que, se mais amplamente implementadas, reduziriam significativamente a mortalidade por causas evitáveis na África. No Malawi e em Moçambique há evidências de que os trabalhadores de nível médio apresentam desempenho tal qual, ou até melhor, do que os de nível superior, no que compete os cuidados às condições e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT). Outrossim, em comparação a médicos e enfermeiros, esses profissionais têm menores chances de migrarem, o que indiretamente contribui para a redução de custos (Bangdiwala et al, 2010).

Embora a ampliação do escopo de práticas para os profissionais não-médicos seja um fator importante no contexto africano de iniciativas de provimento e fixação de profissionais

⁷⁹ www.nursinguk.nhs.uk.

de saúde, a literatura também descreve iniciativas voltadas para os profissionais médicos. Na África do Sul, em 2011, um grupo formado por universidades e instituições civis desenvolveu o projeto *Africa's Rural Health Advocacy Project*⁸⁰, cujo conteúdo foi inspirado nas recomendações da OMS e apresentou diretrizes gerais, por sua vez, submetidas às entidades representativas das distintas profissões da saúde. O produto extraído dessas reformulações foi encaminhado ao *Departamento de Saúde Sul-Africano*⁸¹ e serviu de base para criar uma política nacional de Recursos Humanos em Saúde, do qual uma das sete bases prioritárias era ampliar o acesso à saúde dos habitantes das áreas rurais e remotas do país (Buchan et al, 2013). Uma das medidas adotadas foi a introdução do serviço civil obrigatório para médicos e outros profissionais de saúde, que determina que o profissional fique pelo menos um ano trabalhando em centros de saúde públicos, recebendo supervisão e remuneração pelo governo. Embora o programa de serviços comunitários da África do Sul esteja em vigor desde 1998, pouco se sabe sobre como ele impacta na fixação de profissionais de saúde (Hatcher et al, 2014).

O governo de Gana, por sua vez, adotou uma abordagem mista que combinou reajustes salariais de até 30% a gratificações de até 20% no salário base, caso o médico atue em áreas designadas. Ademais, a velocidade de progressão na carreira era duas vezes maior do que a dos médicos que atuavam em hospitais públicos nos centros urbanos. Complementarmente, os incentivos ao provimento e fixação ainda envolviam a compra e aluguel de veículos para levar os médicos para o trabalho (Amalba et al, 2018). Segundo Antwi & Phillips (2013), essas medidas contribuíram para reduzir o número de migrações de jovens médicos para o exterior, interferindo positivamente na fixação desses profissionais.

Incrementar os salários também foi a estratégia empregada pelo governo zambiano, que em 2003 elaborou o *Zambian Health Workforce Retention System*⁸² (ZHWRs). Embora os complementos salariais tenham sido identificados como o incentivo mais eficaz do ZHWRs, segundo Goma et al (2014) quase nenhuma das estratégias de provimento e fixação foram preditores significativos da satisfação no trabalho dos profissionais de saúde ou diminuíram a probabilidade de o médico considerar sair do trabalho. Os dispositivos adotados, de acordo com Gow et al (2013) falharam em resolver os principais problemas identificados pelos trabalhadores da saúde distritos, como más condições de vida e de

⁸⁰ Projeto de Defesa da Saúde Rural Africana, em tradução livre.

⁸¹ Autoridade sanitária nacional da África do Sul.

⁸² Esquema de Retenção de Trabalhadores da Saúde da Zâmbia, em tradução livre.

trabalho, de maneira que é preciso revisar todo o Esquema montado pelo Departamento de Saúde (Gow et al, 2013).

A motivação e a predisposição à Medicina Rural são temas constantemente associados a fatores de atração e retenção de médicos nessas localidades, porém, ao descreverem os exemplos da Etiópia e Ruanda, Serneels et al (2010) optaram por uma abordagem pouco convencional, e decidiram investigar jovens adventistas que desenvolviam trabalhos nas comunidades rurais. Pressupondo que a formação adventista implica em uma “motivação intrínseca”, os autores identificaram que para além de buscar atrair estudantes oriundos de áreas rurais para cursar Medicina, investir em jovens com experiência de convivência nessas comunidades também pode ser configurar como um fator preditor à fixação de médicos em áreas rurais.

Enquanto uma das nações mais desenvolvidas do continente africano, e com maior número de universidades e médicos da África, o Quênia apresenta um cenário diferenciado dos exemplos mencionados anteriormente. O sistema de governança dos programas e iniciativas que regem o provimento e a fixação de médicos não se restringe à estrutura governamental, muito pelo contrário; envolve um rol de instituições da sociedade civil que, juntamente com o Ministério da Saúde, são responsáveis pela regulação e operacionalização das políticas de Recursos Humanos para a Saúde (RHS). Diferentes instituições possuem políticas que regem a concessão de incentivos aos trabalhadores da saúde, e esses incentivos são estabelecidos para todos os quadros de funcionários em todos os níveis. Configuram-se como incentivos: bolsas de estudo patrocinadas por empresas privadas, liberação de horas-extras no setor privado, promoções e progressão na carreira, férias remuneradas, acesso a empréstimos com taxas de juros mais baixas, entre outros (Ndeti et al, 2008).

Segundo os autores, é a combinação de incentivos que geralmente produz mais impacto. Os níveis de retenção e as condições de trabalho nas instituições de ensino e nos hospitais nacionais são melhores; com educação continuada regular e apoio profissional. Os deveres e responsabilidades são especificados, o excesso de trabalho é baixo e há espaço para progressão na carreira nessas instituições “semiautônomas”. Os incentivos são estabelecidos por políticas institucionais e monitorados tanto pelo Ministério do Trabalho e Desenvolvimento de Recursos Humanos, quanto pelos sindicatos. Desde janeiro de 2006, os funcionários são avaliados de acordo com o desempenho e as avaliações são usadas, em

parte, para promover ou conceder bolsas de estudos para promover uma carreira (Ndetei et al, 2008).

AMÉRICAS

Segundo Dolea et al (2010) as publicações que pautam o diagnóstico da escassez de profissionais de saúde e as iniciativas de combate ao problema costumam privilegiar os países anglófonos e desenvolvidos. Essa afirmação ressona no continente americano de modo a deflagrar a diferença no volume de evidências produzidas nos Estados Unidos e Canadá, em comparação à América Latina e o Caribe. Ainda que no início do século XX tenha ocorrido um movimento organizado de desenvolvimento das áreas rurais no México incluindo a implantação de um modelo de socialização da medicina (Birn, 1998; Kapelus-Poppi, 2001), a maioria das evidências disponíveis nas bases de dados dizem respeito aos dois países mais ao norte das Américas.

De acordo com Cullen et al (1997), até a metade década de 1990 havia nos Estados Unidos dois tipos de respostas governamentais para a área da Saúde; a primeira era voltada para ampliar e qualificar a cobertura de seguros a populações vulneráveis, sendo que o *Medicare* e o *Medicaid* são os exemplos clássicos. A segunda resposta se estruturava na prestação direta de serviços, com programas projetados para levar médicos e outros profissionais de saúde a regiões desassistidas, sendo o programa de bolsas do *National Health Service Corps* (NHSC) o principal deles.

Desde a década de 1970 o NHSC tem por premissa organizar o cuidado médico a populações de áreas rurais e remotas, dispondo de mecanismos voltados para a fixação desses profissionais a longo prazo em áreas pré-estabelecidas pelo governo. A espinha dorsal do NHSC consiste em prover incentivos indiretos à formação médica (pagamento dos estudos na graduação e residência com devolução em serviço) e ao processo de instalação nas comunidades rurais (abatimento de dívidas adquiridas por empréstimos para quitação das hipotecas imobiliárias, por exemplo). Em termos de resultados, até o início dos anos 1990, 20% dos médicos designados para áreas rurais ainda estavam localizados no mesmo distrito designado no início de sua missão, enquanto outros 20% estavam em outras localidades. A fixação era maior para os médicos de família e menor para os bolsistas que ainda não tinham concluído a residência. As taxas de retenção também foram maiores para aqueles com períodos mais longos de serviço obrigatório (Pathman et al, 1994).

Além do NHSC, 46 Estados dos EUA contavam com 69 programas de indução à medicina rural pelo mecanismo da obrigatoriedade do serviço até 1996 (Pathman et al, 2004). Essas iniciativas de menor escala são conhecidas como *Physician Shortage Area Program*⁸³ (PSAP) e geralmente são conduzidas por organizações locais, Universidades e instituições privadas. Rabinowitz et al (1999) avaliaram que esses programas tiveram um grande impacto no provimento e fixação de médicos em regiões rurais e remotas dos EUA e recomendam o escalonamento de políticas voltadas para interiorizar as escolas médicas e recrutar estudantes de origem rural para os cursos de Medicina.

Outra intervenção norte-americana ligada ao provimento e fixação de médicos para áreas remotas é o *Indian Health Service*⁸⁴. Trata-se de uma estrutura governamental criada por uma Lei de 1976, e ligada diretamente ao Departamento de Saúde do governo federal americano, cuja missão é fornecer assistência médica em 36 Estados para aproximadamente 60% de toda a população originária dos EUA e do Alasca. Até 2017 o IHS contava com mais de 4.000 profissionais de saúde (dos quais 700 médicos), trabalhando em uma rede formada por 26 hospitais e 81 centros de saúde e outros estabelecimentos gestados diretamente pelas comunidades indígenas⁸⁵. Assim como as outras intervenções, os dispositivos adotados pelo IHS se configuram, em sua maioria, em incentivos financeiros diretos e indiretos.

Do amálgama de iniciativas norte-americanas, Pathman et al (2004) identificaram cinco tipos de mecanismos prevalentes: (1) bolsas de estudo; (2) empréstimos retornados em prestação de serviços; (3) reembolso de financiamentos; (4) incentivos financeiros diretos, e; (5) custeio da residência médica. As bolsas são oferecidas geralmente a estudantes de origem rural, por intermédio de contratos que estabelecem altas multas em caso de rompimento antes do vencimento. Dessa forma, vincula-se o profissional pelo receio dele em se endividar, caso não cumpra com as cláusulas contratuais.

Quanto aos programas de empréstimo, os alunos de Medicina podem optar por pagar em serviços prestados após a diplomação, ou podem quitar a dívida com taxas de juros abaixo do padrão. Os programas de reembolso de empréstimos e incentivo financeiro direto comprometem os médicos muito tardiamente no seu percurso formativo, geralmente quando eles já estão próximos da conclusão da residência. Normalmente, as penalidades são mínimas aos “desertores”, quando comparadas às bolsas. Por fim, há programas mais

⁸³ Programas de Áreas de Escassez Médica, em tradução livre.

⁸⁴ Serviço de Saúde Indígena, em tradução livre.

⁸⁵ In: <https://www.ihs.gov/aboutihs/>. Acessado em 16/10/2017

recentes, que respondem às crescentes pressões financeiras sobre os residentes com um combinado de todas essas opções de pacotes. Ainda assim, a escassez médica nas áreas rurais e remotas dos EUA persistem, gerando a necessidade de mais pesquisas e mais investimentos (Pathman, 2004).

A história da “Saúde Rural”⁸⁶ nos Estados Unidos da América reserva certas semelhanças com a experiência canadense, na visão de Hartley (2005). O autor argumenta que as conquistas obtidas ao longo dos anos nos EUA foram fruto da construção de capacidades institucionais que culminaram na criação de um serviço nacional dentro do Departamento de Saúde, na formação de uma rede de pesquisa e colaboração na área e de uma associação de especialistas no tema. A versão canadense dessa trajetória é descrita por Pong (2008), que identifica os anos 2000 como o ponto alto da história da Medicina Rural no Canadá, quando foi fundado um centro nacional de instituições ligadas à pesquisa em Saúde⁸⁷.

Outra similaridade entre as duas nações mais ao norte da América é o fato de ambas contarem com uma importante mão-de-obra estrangeira na saúde, principalmente de médicos e enfermeiros. Brooks et al (2003) concluíram que para além de ofertar os dispositivos de atração e retenção de médicos incluídos no NHSC, o governo estadunidense deveria ampliar a política de vistos J-1⁸⁸, com vistas a aumentar a assistência médica em comunidades rurais. A *Rural Canada*⁸⁹ contou por anos com médicos formados no exterior, de maneira que praticamente metade dos cirurgiões clínicos e um terço dos anestesistas e dos clínicos gerais foram formados em outros lugares. Geralmente, esses imigrantes são médicos de família que recebem um treinamento extra para adquirir habilidades avançadas e atuar nos hospitais comunitários canadenses. Historicamente esses hospitais têm a missão de garantir atenção integral à saúde nas áreas rurais e remotas do país. Ficam estrategicamente localizados perto de comunidades menores e afastados dos centros urbanos, mas, apesar disso, eles contam com uma carteira de serviços bem abrangente, envolvendo cirurgias, atenção obstétrica e procedimentos anestésicos essenciais. A soma desses estabelecimentos mais completos com

⁸⁶ Do inglês, *Rural Health*

⁸⁷ *Canadian Institutes of Health Research (CIHR)* – Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde, em tradução livre

⁸⁸ O visto do tipo “J-1” é emitido pelos EUA para não-imigrantes, cujo intento é atrair pesquisadores e professores com notório saber em diversas áreas, bem como participantes de programas de formação e treinamento médico nos EUA. In: <https://j1visa.state.gov/programs>. Acessado em 19/11/2019.

⁸⁹ Agência do governo canadense que estimular a imigração para as regiões rurais e remotas do Canadá. In: <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/immigrate-canada/rural-northern-immigration-pilot/pr-eligibility.html>. Acessado em 19/11/2019.

as práticas avançadas dos médicos se constituem no pilar central da Medicina Rural Canadense (Iglesias, 1999).

Muito embora a força de trabalho estrangeira preste um papel relevante na assistência à população rural canadense, o progresso da Saúde Rural no Canadá ocorreu em virtude de um conjunto diverso de medidas voltadas à atração e retenção de profissionais de saúde. Pong (2000) os identificou da seguinte maneira:

1. Autonomia tutelada das províncias para desenvolver iniciativas próprias de provimento e fixação de médicos, considerando as especificidades locais;

2. Abertura e qualificação de programas de medicina rural em muitas escolas de medicina (p. ex. o Programa Rural no Departamento de Medicina de Família da Universidade de Calgary; o Programa de Residência Rural de Base Comunitária no Departamento de Medicina de Família da Universidade da Colúmbia Britânica; o Programa de Medicina de Família do Nordeste de Ontário em Sudbury, Ontário, e a Medicina Rural do Sudoeste de Ontário da Universidade de Western Ontario);

3. Vários programas de enfermagem rural (exemplos incluem o Certificado de Enfermagem Rural e do Norte da Universidade da Colúmbia Britânica e o Programa de Prática Clínica do Norte da Universidade de Lakehead);

4. Comitês especiais em algumas organizações profissionais para tratar de questões relacionadas à prática rural (por exemplo, a Faculdade de Médicos de Família do Canadá tem o Comitê de Medicina de Família Rural e a Associação Canadense de Médicos de Emergência tem o Comitê de Cidades Pequenas e Rurais);

5. A fundação da Sociedade de Médicos Rurais do Canadá;

6. A criação do Instituto de Saúde Aborígine e do Escritório de Saúde Rural no Ministério da Saúde, e;

7. O surgimento de várias organizações dedicadas à melhoria da saúde e bem-estar dos residentes rurais, como a Coalizão Canadense de Segurança e Saúde Agrícola e Rural e a Fundação Canadense de Revitalização Rural.

Conforme Viscomi et al (2013) sintetizaram, desde a criação das bases para o sistema de saúde canadense em 1960, passando pelo *Canadian Health Act* em 1984 e chegando à primeira década do século XXI, o problema da escassez médica sempre foi pauta constante na agenda política das autoridades sanitárias, de forma que após mais de meio século de história, o país tem uma das engenharias mais completas que se tem conhecimento em termos

de dispositivos e mecanismos para combater a escassez de profissionais de saúde em regiões remotas e rurais. Os artifícios utilizados envolvem incentivos financeiros diretos e indiretos, programas de recrutamento direto pelos governos provinciais, introdução de práticas avançadas para médicos de família e *task shifting* para enfermeiros e outros profissionais de saúde, ampliação de recursos tecnológicos como telemedicina e abertura de faculdades médicas nas regiões prioritárias (Viscomi et al, 2013).

Embora as publicações sobre os temas tendam a aparecer em menor volume nos idiomas espanhol e português, os países latino-americanos também registram intervenções voltadas ao provimento e fixação de médicos nas áreas desassistidas. Cavender & Albán (1998) descreveram um conjunto de iniciativas que adotaram a estratégia de serviços civis obrigatórios, identificando o México como o desbravador das Américas neste sentido. Em 1936, o governo criou as *pasantías*, que condicionavam o recebimento do diploma médico a um ano de trabalho nas comunidades rurais. Na sequência, Cuba (1960), República Dominicana (1965), Equador e Bolívia (1970) seguiram caminhos parecidos.

O aspecto obrigatório dos programas no Equador e na Bolívia é justificado não apenas pela necessidade de melhorar a fixação de médicos e outros profissionais de saúde nas áreas rurais, mas também pela crença de que os profissionais de saúde deveriam compensar as pessoas pela educação médica gratuita eles recebiam. A diferença é que no os médicos graduados em cursos particulares ou escolas estrangeiras também precisavam participar da *medicatura rural* antes de serem certificados. Já na Bolívia, os indivíduos que não conseguissem obter um posto de trabalho rural no momento da graduação tinham permissão para exercer suas profissões, mas deveriam compensar o governo com 5% de seus salários por um período especificado (Cavender & Albán, 1998).

Mais recentemente o Peru criou o *Servicio Rural Urbano Marginal de Salud* (SERUMS), um programa conduzido pelo Ministério da Saúde em conjunto com as Forças Armadas e Policiais, e contempla 13 carreiras da Saúde. Atualmente, o SERUMS é a principal estratégia do sistema de saúde peruano na busca de provisão adequada de profissionais de saúde em populações vulneráveis. Entre outras coisas, contribuiu para reduzir a mortalidade materna significativamente em algumas partes do Peru e aumentou a cobertura de saúde em distritos de extrema pobreza de 52% para 89% (Inga-Berrosipi et al, 2013). Até 2006 o SERUMS era obrigatório a todos os egressos das 13 carreiras, porém passou para a condição de ser requisito para ingresso na carreira pública ou para fazer uma

residência médica. Desde 2008 a adesão passou a depender do profissional ser aprovado em uma prova e, em caso positivo, além de conseguir iniciar a carreira como servidor público, ele recebe incentivos para instalação, seguros de saúde e contra acidentes pessoais e gratificações caso atue em zonas de alta periculosidade (MINSAs, 2010).

Ao contrário das experiências descritas previamente, o Chile não adotou estratégias coercitivas para atrair médicos para suas áreas mais vulneráveis. O *Programa de Médicos Rurales* (PMR) é uma intervenção multidimensional que conta com diferentes artifícios para atrair e manter os *médicos generales de zona* trabalhando em hospitais rurais e centros de atenção primária por um período mínimo de três anos e máximo de seis. O *menu* de incentivos inclui salários mais altos, adicionais e gratificações atreladas ao grau de distanciamento dos centros urbanos e às responsabilidades clínicas assumidas, porém, a medida de maior impacto é o custeio da residência médica (Arteaga, 2002).

Em estudo retrospectivo, Peña et al (2010) encontraram evidências positivas sobre o impacto do PMR no provimento e fixação de médicos nas áreas designadas. Primeiramente, o Programa apresentou índices de aceitação e adesão próximos a 100% das metas estipuladas para os egressos de Medicina, sendo que cerca de 60% dos participantes permanecem pelo período máximo. Ademais, os candidatos mais bem avaliados estavam demonstrando interesse em trabalhar nas áreas mais isoladas e 70% planejavam atuar como especialistas em um hospital de referência.

AUSTRÁLIA

A Austrália é o 7º maior país do mundo em termos de área territorial, porém ocupa a 54ª posição no ranking dos países como maior número de habitantes. Esses números indicam o quanto a densidade demográfica é baixa, evidenciando o lado rural de uma nação que ainda conta com populações aborígenes vivendo em territórios isolados em regiões remotas. Essa configuração serviu para mobilizar governantes e sociedade civil em geral para elaborar políticas voltadas à saúde das comunidades e indivíduos que vivem afastados dos aglomerados urbanos, a ponto de o país ser referência mundial em termos de organização sistêmica voltada aos cuidados dos habitantes dessas localidades.

O número de graduados em medicina vem progressivamente aumentando ano-a-ano na última década, quando a oferta de vagas nas universidades aumentou em 50%. Não obstante, esse processo ocorreu de forma regulada e planejada, e as universidades

australianas se envolveram e se implicaram de tal forma a se co-responsabilizarem por criar, acompanhar e expandir programas de formação voltados ao atendimento das pessoas que vivem no campo e em áreas remotas. As medidas empregadas vão desde formar diretamente graduados e especialistas, quanto gerar oportunidades de trabalho para os interessados na prática médica rural. Por mais que a expectativa de que a maioria dos quase 4.000 médicos formados por ano siga buscando o aprimoramento em especialidades não generalistas, os investimentos empregados aos poucos vêm demonstrando resultados (Ducket & Breadon, 2013).

Se por um lado menos de 10% dos estudantes de medicina demonstravam interesse na prática rural em 2005, em 2015 esse percentual saltou para 18%. Contudo, entre os que declaram interesse de iniciar suas carreiras nas regiões rurais e remotas, menos de 10% referiram ter a intenção de se deslocar para cidades com menos de 25 mil habitantes (MTRP, 2015). A maioria dos dispositivos utilizados para prover e fixar médicos nas regiões remotas da ilha-continente estão direta ou indiretamente relacionadas a três aspectos: facilitar o acesso de estudantes de origem rural às universidades, ampliar o contato de estudantes de origem urbana à medicina rural, e incentivar a educação continuada e ingresso em residências médicas na rede assistencial localizada nessas regiões (Rourke, 2010; Jones et al, 2012). Outras medidas que, por sinal, também são adotadas no cenário neozelandês, envolvem: admissão seletiva (25% das vagas nas universidades australianas e 20% nas neozelandesas são destinadas a alunos provindos de cidades rurais); cotas para aborígenes; ênfase curricular na atenção primária, estímulo à formação em medicina de família, ensino descentralizado e baseado na comunidade, além de supervisão por preceptoria (Hsueh et al, 2004; Laven et al, 2004).

As publicações acessadas nesse estudo de revisão não-sistemática da literatura sobre as alternativas adotadas por diferentes países para prover e fixar médicos em regiões desassistidas demonstrou que existe um esforço mundial para enfrentar um problema que está presente em todos os países analisados, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Conforme afirmaram Dolea et al (2010), a bibliografia sobre o tema não é diminuta, porém, as pesquisas existentes demonstram um viés recortado para países desenvolvidos e prevalentemente anglófonos. Mesmo em lugares que já possuem uma trajetória mais extensa e experiências mais consolidadas como Estados Unidos, Canadá e Austrália, a escassez e a má distribuição de médicos ainda demonstram ser desafios

persistentes, cujas medidas de enfrentamento nem sempre produzem os resultados desejados, ou, não apresentam evidências suficientes para comprovar sua eficácia.

Percebeu-se também que a maioria das publicações designa as áreas rurais como regiões prioritárias, acrescentando a terminologia “remota” à delimitação dos territórios identificados como vulneráveis ou propensos à escassez médica. Não há, no entanto, unanimidade entre os países analisados sobre a infalibilidade de uma medida, muito pelo contrário; o consenso orbita na constatação de que não há uma solução isolada, e que a efetividade de um programa reside na aplicação de dispositivos e mecanismos sequenciados em cadeia e articulados intersetorialmente.

Igualmente, não há clareza sobre qual estratégia surte mais efeito na fixação de médicos em áreas prioritárias (rurais ou não), mas o histórico e as evidências apresentadas por alguns países indicam que alguns mecanismos recebem maior atenção e, portanto, são objetos recorrentes de pesquisas e foco de investimentos. Cita-se como exemplo os incentivos financeiros nos EUA, a ampliação do escopo de práticas e o *task shifting* na África, os programas de serviço civil obrigatório até o final do século passado na América Latina, a introdução de práticas avançadas no Canadá e o recrutamento de estudantes de origem rural e aborígine na Austrália.

7. Considerações finais, limites de pesquisa e conclusões

O Programa Mais Médicos foi criado pelo governo federal brasileiro em 2013 com o objetivo de combater a escassez médica e as desigualdades regionais no tocante à concentração desses profissionais pelo território nacional. Para tanto, três eixos de ação foram estabelecidos, de modo a organizar as estratégias e mecanismos do Programa voltadas a (1) prover médicos para atuarem na Atenção Primária à Saúde em áreas prioritárias do SUS; (2) promover mudanças na formação médica, tanto na reorientação do ensino para atender as demandas sociais, quanto aumentar e interiorizar as vagas na graduação e na residência em Medicina; e, (3) melhorar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e dos estabelecimentos utilizados na formação de médicos. Em 2019, após a renovação do quadro político no governo federal, a Lei que regulamenta o PMM foi revogada pela Lei que cria o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), apesar de que até março de 2020 a substituição de uma iniciativa pela outra ainda não havia sido feita.

Este estudo objetivou avaliar o Programa Mais Médicos frente a intervenções internacionais que comungam do mesmo propósito. Para tanto, definiu-se focar nos dispositivos e mecanismos adotados para prover e fixar médicos em áreas desassistidas, de forma que o desenho do estudo percorre um trajeto que parte de uma abordagem geral, adentra no objeto de análise e reajusta o foco novamente para um olhar global, no intuito de viabilizar a compreensão e avaliação do PMM a partir de experiências estrangeiras.

Em outras palavras, a intenção do movimento de ampliar o escopo foi descrever como os sistemas de saúde funcionam em linhas gerais, quais são suas principais formas de organização (tipologias) e quais são os caminhos para realizar essa comparação. A partir desse referencial, definiu-se como o problema da pesquisa um tema que também se configura como “problema” na lógica das políticas públicas em saúde, que é a escassez médica. Dessa forma o primeiro passo tomado rumo à delimitação do objeto foi caracterizar a escassez médica no mundo e no Brasil. As análises das literaturas nacional e internacional demonstraram que a insuficiência e a má distribuição de médicos se configuram, de fato, em um problema de dimensão global. Essa constatação serviu para embasar e prover suporte à etapa seguinte do estudo, que consistiu em identificar programas e iniciativas existentes em outros países, uma vez que o objetivo era o mesmo do Programa Mais Médicos.

Com a finalidade de qualificar esse processo comparativo, optou-se por aprofundar o olhar sobre o PMM; tanto na forma como ele se organiza, quanto nos resultados existentes no que compete ao provimento e à fixação dos médicos. Para atender à primeira etapa, realizou-se uma análise documental centrada nas normativas legais do Programa, com vistas a descrever sua forma de organização a partir de uma abordagem de cunho normativo. Em seguida, para verificar os resultados do PMM quanto à provisão e retenção de seus participantes, foram conduzidas duas investigações; uma na modalidade de revisão integrativa da literatura (com intenção de identificar resultados já aferidos) e outra, de caráter inédito, que empregou metodologias quantitativas de análise para analisar o tempo de permanência dos médicos no Programa.

Esse “mergulho” no Programa Mais Médicos serviu para fortalecer o intento da comparação, à medida que a análise seria então conduzida a partir de evidências científicas, tanto das que já foram descritas na literatura, quanto das que foram encontradas na pesquisa original. Por fim, o percurso da análise comparativa se encerra ao observar e cruzar a produção científica doméstica com a internacional, tendo como referência as publicações encontradas em revisão não-sistemática da literatura.

Em relação às limitações dessa pesquisa, é preciso destacar que: (1) a análise comparativa entre sistemas de saúde é uma metodologia de avaliação com validade e mérito reconhecidos internacionalmente, mas que apresenta alguns entraves, uma vez que tem dificuldade de alcançar especificidades contextualmente relevantes; (2) as bases de dados utilizadas não possuem todos os dados e variáveis necessárias para conduzir uma investigação mais precisa e aprofundada sobre a fixação dos médicos participantes do PMM; (3) o Programa é uma iniciativa relativamente recente; tem apenas seis anos de existência. Dessa forma, não é inesperado que haja poucas evidências sobre os resultados obtidos na retenção dos médicos na APS brasileira. Ademais, a literatura internacional também identifica a insuficiência de publicações sobre esse tema, ou seja, essa não é uma limitação restrita ao caso do PMM; (4) a alternância no governo federal impôs o término do PMM. Em que pese o fato de que algumas ações terão continuidade com o PMB, em termos de pesquisa essa descontinuidade não é positiva e se configura também em uma limitação.

Sobre esse último ponto, é preciso ressaltar que antes da revogação legal do *Mais Médicos* em dezembro de 2019, o Programa já havia passado por uma mudança impactante, quando os mais de 8.000 médicos cubanos deixaram o país um ano antes, após o fim da

cooperação entre os governos brasileiro e cubano. Naturalmente o agravo mais severo dessa medida foi a desassistência à população, uma vez que os médicos cubanos eram os mais presentes nas áreas rurais, remotas e vulneráveis do Brasil, porém essa medida também teve repercussão direta nessa pesquisa, já que o espaço temporal analisado ficou mais curto, culminando em uma análise da base de dados do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) restrita ao período de 2013 a 2018, para poder abarcar uma amostra mais ampla.

No que compete ao alinhamento entre os objetivos dessa pesquisa com seus achados, cabe destacar inicialmente a valia da análise comparativa enquanto metodologia de avaliação. O referencial bibliográfico utilizado conseguiu embasar a avaliação do PMM por meio da analogia com experiências de outros países, uma vez que o arsenal literário completo da tese compreendeu quase 360 publicações nos idiomas português, inglês, espanhol e francês. Dos 196 países existentes no mundo, um total de 63 (32%) foram mencionados exclusivamente no capítulo que abordou a escassez médica no mundo, quando tiveram seus dados referentes à Densidade Médica (DM) apresentados. Além desses, 75 outros países (38%) receberam maior atenção, seja na revisão sobre sistemas de saúde, no capítulo sobre a escassez médica, na sessão que aborda as iniciativas internacionais de provimento e fixação ou na discussão feita no capítulo que foca no Programa Mais Médicos. Ao todo, portanto, este estudo faz menção a 138 países (70% do total).

Quanto à escassez médica, este trabalho contribuiu para ratificar alguns consensos: (I) trata-se inequivocamente um problema de magnitude global; (II) atinge indiscriminadamente países desenvolvidos e em desenvolvimento, porém é mais severa para estes do que àqueles; (III) possui natureza multifatorial, sendo que suas causas e agravantes diferem de um país para outro; (IV) constitui-se em um dos principais desafios para a universalização do acesso à saúde; (V) está mais presente na literatura específica sobre Recursos Humanos em Saúde (RHS), quando comparada com outras profissões; (VI) atinge níveis mais elevados em áreas rurais e remotas do que em centros urbanos.

No que diz respeito a esse último ponto, ressalta-se duas considerações relevantes; a primeira é que a definição do que é “rural” (e por consequência, “urbano”) varia entre os países e parte significativa da literatura adota a nomenclatura “rural e remota” para demarcar áreas isoladas e/ou de baixa densidade demográfica. Outros estudos empregam o termo “áreas desassistidas”, o que pode ou não contemplar áreas com maior grau de urbanização, mas que também registra insuficiência ou ausência histórica do profissional médico.

A segunda consideração diz respeito à definição do que é “escassez”, pois isso implica em questionar se este é ou não o verdadeiro problema, sendo que a resposta depende da abrangência e da unidade de análise. Se a medida utilizada for a relação médico/habitante, por exemplo, então a definição do que é, de fato, escassez vai depender dos referenciais adotados em termos de patamar (nível) e delimitação territorial. Neste sentido, um país pode ou não padecer do problema, caso ele seja comparado com outro país ou mesmo quando estratificado e comparado consigo mesmo. Nesse caso, a problemática gira em torno da má distribuição dos médicos pelo território o que produz as desigualdades e desequilíbrios intra e interpaíses. Essa interpretação leva vários estudos a abordarem a Densidade Médica como um indicativo ou medida para as aferir as iniquidades em saúde, gerando análises sobre os desequilíbrios encontrados na confrontação entre continentes, países ou unidades de análise inferiores à abrangência nacional.

Considerando essas duas observações, a literatura analisada descreve que a escassez e/ou a má distribuição de médicos pode ser causada ou agravada por motivos como: (1) reduzido número absoluto de médicos (contingente ou estoque); (2) déficit no quantitativo de instituições formadoras ou médicos formados por ano; (3) desequilíbrio na formação ou no contingente de generalistas e especialistas; (4) ensino médico desvirtuado das necessidades e demandas sociais; (5) fluxos migratórios desbalanceados, e; (6) ausência ou insuficiência de estratégias, mecanismos e dispositivos atrativos para prover e fixar médicos em áreas desassistidas. Vale lembrar que o problema em questão é multifatorial, ou seja, o cenário pode ser configurado com uma ou mais razões contidas nessa lista.

No Brasil, as evidências anteriores ao PMM demonstravam que o país sofria tanto da escassez, quanto da má distribuição de médicos em seu território. Conforme constatado na literatura, as origens e catalisadores da problemática ora se assemelhavam com outros países, ora demarcavam características próprias. Enquanto a alta concentração de médicos e de escolas médicas em centros urbanos (em detrimento do interior) se apresentam como fatores de semelhança com a maioria dos países, o Brasil não sofre, por exemplo, de insuficiência de cursos de graduação de Medicina, quando comparado a outras nações. Outros dois agravantes comuns entre o Brasil e muitos outros países analisados é o desbalanço entre generalistas e especialista (a favor destes), e a migração interna ou doméstica. Em contrapartida, a migração ou o “*brain drain*” para o exterior não se apresenta como um

problema para o Brasil, tal como ocorre em países da África, Sudeste Asiático ou Caribe, para citar alguns exemplos.

Face a esse cenário, o Programa Mais Médicos demonstrou avanços importantes ao longo do período de 2013 a 2018. Primeiramente, o PMM demonstrou obter uma estrutura sólida e robusta no que tange o seu arcabouço normativo. A análise documental do regramento legal e infralegal do PMM identificou mais de 40 normativas exclusivas do Programa e outras tantas direta ou indiretamente a ele conectadas, publicadas de maneira oficial em um intervalo inferior a dois anos. Essa documentação serviu de amparo jurídico e administrativo para que o PMM pudesse ser implementado em todas as suas dimensões. Esse conjunto de normas não somente viabilizou a operacionalização do *Mais Médicos*, como também possibilitou a integração com outros setores e programas sociais, bem como promoveu uma articulação de grande magnitude entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde. É, pois, um Programa marcadamente intersetorial e interfederativo.

Essa arquitetura foi essencial para que o PMM pudesse alcançar os resultados identificados na revisão integrativa da literatura. Antes, porém, vale mencionar que ele foi tema de quase 600 publicações catalogadas até 2019 na base de dados da Plataforma de Conhecimentos criada pelo Ministério da Saúde e pela OPAS. Desse total, foram analisados 29 estudos na íntegra, dos quais 18 relativos ao eixo da formação, 10 ao provimento e dois tratavam de resultados ligados ao eixo da infraestrutura (dois artigos tratavam de dois temas ao mesmo tempo).

As evidências encontradas nessas publicações reforçaram o caráter multifacetado do PMM, de forma que seu desenho intersetorial e interfederativo foi um fator-chave para atingir alguns dos objetivos do Programa. Indubitavelmente, o eixo que mais apresentou resultados positivos foi o do provimento emergencial. Ainda que os estudos tenham encontrado números diferentes entre si (até porque os métodos não eram idênticos), houve consenso de que o provimento médico na modalidade emergencial foi efetivo, ou seja, os médicos foram majoritariamente alocados nas áreas designadas como prioritárias. Quanto à infraestrutura, somente dois artigos tratavam do tema, porém, ambos destacaram que a estrutura das Unidades Básicas de Saúde que receberam os participantes do PMM apresentavam melhoria ou estavam em processo de readequação, cabendo destacar a importância da integração entre o PMM com outros programas com o PMAQ-AB e o Requalifica-UBS.

Quanto aos 18 estudos que trataram dos resultados no eixo da formação, as temáticas e as conclusões foram variadas, mas observou-se um foco maior na análise da expansão do ensino médico. Sobre esse ponto, identificou-se haver consenso sobre os seguintes achados: (1) ocorreu uma expansão de vagas sem precedentes históricos, tanto para graduação, quanto para a residência; (2) em que pese o fato das escolas médicas seguirem mais concentradas nos grandes centros urbanos, o processo de interiorização registrado também era inédito; (3) o país avançou bastante no percurso rumo à universalização das residências, porém, o número de vagas criadas ainda estava aquém das reais necessidades; (4) a procura pela residência em Medicina de Família e Comunidade aumentou em relação à série histórica, mas a ocupação das vagas ainda era baixa.

As demais publicações que apresentaram resultados para o eixo da formação trataram de diferentes temas, tais como: (a) as mudanças na formação médica a partir da instituição das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN); (b) o curso de especialização ofertado no bojo do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB); (c) as iniciativas criadas para o fortalecimento da relação ensino-serviço em decorrência da maior exposição dos graduandos à vivências e internatos na APS e na Urgência & Emergência do SUS; (d) a importância da supervisão e apoio ofertados pelas universidades e instituições de ensino; (e) as mudanças de concepção dos alunos das “novas escolas médicas” quanto ao trabalho na APS; (f) as mudanças culturais promovidas pelo convívio com a prática humanizada dos médicos cubanos, entre outros.

Muito embora esses achados levantem indícios importantes para avaliar os avanços do Programa Mais Médicos rumo à fixação desses profissionais nas áreas prioritárias para o SUS, nenhum estudo tratou especificamente sobre o tema da retenção médica, e apenas dois artigos o mencionaram em suas conclusões. Para além de frisar a importância de novas pesquisas com um rol de metodologias diversificadas, é igualmente importante reportar que, nesse caso, a ausência de evidências não significa a evidência de ausência; é possível que dentre o total de pesquisas realizadas sobre o PMM haja mais trabalhos que tragam achados relevantes para a análise da fixação médica. O fato de ter recortado a revisão considerando apenas publicações de abrangência nacional, por exemplo, pode ter se configurado em uma limitação do estudo. A escassez de evidências relativas à retenção médica no PMM também pode ter relação com o pouco tempo de existência do Programa.

Considerando a ausência de pesquisas de caráter quantitativo voltadas a investigar o quanto o Programa avançou no sentido de sair do provimento para a fixação de médicos, esta tese buscou explorar as bases de dados do SGP, no intuito de explorar e quantificar questões como mobilidade, deslocamentos, migrações, desistências, rotatividade e o tempo de permanência médio dos participantes do PMM nas equipes de Saúde da Família ou nas Unidades Básicas de Saúde. Não obstante, as bases recebidas nem continham todas as variáveis necessárias para fazer esses cálculos, nem tampouco apresentavam uma série histórica que permitisse uma análise retrospectiva de coorte. Dessa maneira, o que foi possível calcular foi o tempo médio que os médicos permaneciam no Programa.

Os resultados mostraram que em novembro de 2018 havia 15.949 médicos ativos no Programa, sendo 58% do sexo feminino e 42% do sexo masculino. Com relação à faixa etária, três a cada quatro tinham até 40 anos de idade e dois a cada três estavam solteiros. Sobre as nacionalidades, 53% dos médicos eram cubanos, 44% brasileiros e menos de 4% eram nascidos em outros países. Quanto à região de atuação, 34,4% estavam trabalhando na Região Nordeste, 45,9% nas regiões Sul e Sudeste e 19,7% no Norte e Centro-Oeste. E no que diz respeito ao tipo do município, 47,3% atuavam nas cidades eminentemente rurais, 26,7% nas regiões urbanas e 26% em municípios de perfil misto. O Tempo Médio de Permanência (TMP) no Programa foi de 787 dias.

Muito embora existam trabalhos em outros países que correlacionem a fixação de profissionais de saúde a características pessoais como sexo, idade e estado civil, os resultados encontrados pela via da regressão linear multivariada não demonstraram haver influência desses fatores com o tempo de permanência dos médicos no Programa. A região ou o tipo do município pelo qual o médico foi alocado também não demonstrou ter relação estatisticamente significativa com o TMP. Análises estratificadas, no entanto, apontaram uma tendência para os seguintes grupos permanecerem por mais tempo no PMM: separados, desquitados ou divorciados (TMP=917 dias); médicos acima dos 60 anos (TMP=1074 dias), e; médicos de outras nacionalidades que não cubana e brasileira (TMP=1.545 dias). Contudo, a representatividade estatística desses recortes amostrais é muito inferior ao conjunto completo dos médicos e esse é um dos motivos pelo qual essas características não apresentaram influência no TMP geral.

Mesmo que a pesquisa não tenha encontrado nenhuma correlação entre as variáveis analisadas e o TMP, seus achados são importantes, porque este é o primeiro estudo centrado

especificamente na investigação do impacto que o PMM produziu na retenção de médicos. Admite-se, no entanto, que este é apenas o primeiro passo a ser dado em uma longa e extensiva jornada. É fundamental, por exemplo, averiguar o TMP não somente no âmbito do PMM, mas principalmente nas Unidades Básicas de Saúde e equipes de Saúde da Família para que, de posse dessas informações, futuras investigações possam ser conduzidas com vistas a aprofundar e qualificar o conhecimento sobre a fixação de médicos na APS brasileira.

Esse movimento de continuidade das pesquisas quantitativas sobre a retenção de médicos nas regiões prioritárias do SUS (e no Brasil como um todo) deve ser acompanhado de perto pela realização de estudos qualitativos que busquem explorar, por exemplo, quais são os fatores preditores à atração e fixação desses profissionais. Esse movimento combinado é necessário para averiguar se as medidas empregadas para combater a escassez e a má distribuição de médicos, realmente estão surtindo efeito, ou, neste caso, se o Programa Mais Médicos de fato está conseguindo avançar do provimento para a fixação desses trabalhadores.

A literatura internacional que pauta essas ações e estratégias destinadas para atrair e reter médicos é vasta e diversificada. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em coro com vários pesquisadores, não existe solução única para resolver o problema; os países jamais conseguirão alcançar os resultados esperados utilizando mecanismos de forma isolada. Neste sentido, a revisão não-sistemática feita para explorar como outros países têm se organizado para estimular o recrutamento e a retenção de médicos em áreas desassistidas demonstrou que, além de haver experiências descritas em todos os continentes do planeta, o estudo comparativo proporcionou uma compreensão mais completa sobre as potencialidades e as debilidades do Programa Mais Médicos.

Ao confrontar o PMM com programas e iniciativas em outros países, constatou-se, por exemplo que dos mecanismos e dispositivos mais aplicados mundialmente o PMM promove:

- 1) mudanças nas DCN para os cursos de graduação em Medicina de forma a reforçar uma formação mais humanizada e preocupada com as questões sociais do país;
- 2) aumento na exposição dos graduandos à prática clínica na APS;
- 3) interiorização do ensino médico, tanto na graduação, quanto na residência médica, ao aumentar o número de vagas e abrir cursos fora dos grandes centros;

- 4) universalização da residência médica;
- 5) priorização da formação em Medicina de Família e Comunidade;
- 6) investimentos na melhoria da infraestrutura tanto das UBS, quanto da rede-escola;
- 7) remuneração condicionada tanto à prestação de serviços quanto ao aprimoramento profissional;
- 8) apoio profissional por meio de supervisão acadêmica;
- 9) recrutamento da força de trabalho estrangeira;
- 10) pacote de incentivos financeiros que inclui auxílios moradia e alimentação, e pagamento das passagens para o médico e seus dependentes diretos se instalarem para nos municípios;
- 11) arquitetura interfederativa e interinstitucional;
- 12) cotas regionais para facilitar o acesso de estudantes naturais ou residentes das regiões prioritárias.

Cabe lembrar que estes dois últimos pontos da lista são dispositivos *indiretos* do PMM, ou seja, eles só existem por conta da conexão que o Programa constrói com as instituições corresponsáveis, para além dos Ministérios da Saúde e da Educação. As cotas regionais, por exemplo, não estão previstas na Lei do Programa, mas algumas universidades resolveram adotar esse mecanismo, a exemplo do que ocorre no Canadá e na Austrália. No que compete ao caráter interfederativo do Programa, ele contribui para equilibrar a balança orçamentária entre os entes federados, já que antes do PMM a grande maioria dos municípios prioritários do Programa tinha dificuldades para arcar com os altos salários pagos aos médicos. Com o governo federal assumindo essa responsabilidade, os prefeitos podiam cortar uma grande despesa do orçamento municipal.

Tomando como referência tanto o guia de recomendações elaborado pela OMS em 2010 para recrutar e reter profissionais em áreas remotas e rurais, quanto as publicações analisadas ao longo da revisão bibliográfica, pode-se perceber que o Programa Mais Médicos possui e utiliza vários artifícios reconhecidos e validados internacionalmente. Ao cruzar as informações e os achados extraídos no capítulo 5 com a síntese retirada da revisão realizada no capítulo 6, fica claro que o PMM adota uma abordagem holística e multifacetada para atrair e fixar médicos nas áreas designadas, o que vai diretamente ao encontro das evidências apresentadas pela OMS e pelas intervenções encontradas em outros países com mais tempo

de duração, a exemplo do Canadá e da Austrália. Essa afirmação encontra seu respaldo e sua validação no fato de essa análise comparativa ter sido realizada com diferentes metodologias que se complementaram. Acredita-se que essa combinação de métodos qualitativos (análise documental, revisão narrativa e revisão integrativa) com métodos quantitativos (análise descritiva e regressão linear múltipla), tenha sido vital para dar peso e relevância científica à essa pesquisa. Não obstante, vale lembrar que ela teve suas limitações (já enunciadas previamente) e que carece do complemento sinérgico de outras investigações.

Por fim, enquanto pesquisador, é preciso lastimar que o Programa Mais Médicos tenha sido descontinuado. Considerando que as evidências científicas demonstram que o Programa gerou impacto positivo na saúde da população brasileira, sobretudo para os mais necessitados, essa medida denota precocidade e desnorteio. Ajustes sempre foram e seguirão sendo possíveis, mas a deliberação pelo término, ainda que na transição para outro Programa, gera preocupação e desgastes desnecessários. Resta, contudo, esperar para que, a longo prazo, as mudanças produzam efeitos tão positivos ou melhores para a população brasileira.

Referências

- ABDUL RAHIM, Razlyn; MWANRI, Lillian. Health workforce crisis: recruitment and retention of skilled health workers in the public health sector in Malaysia. **Asia Pacific Journal of Public Administration**, v. 34, n. 2, p. 157-170, 2012.
- ADZEI, Francis A.; ATINGA, Roger A. Motivation and retention of health workers in Ghana's district hospitals. **Journal of health organization and management**, 2012.
- AGIER, Lydiane et al. A systematic comparison of linear regression–based statistical methods to assess exposome-health associations. **Environmental health perspectives**, v. 124, n. 12, p. 1848-1856, 2016.
- AIHW. Australian Government. **Australia's Health 2014**. Canberra: AIHW, 2014.
- ALAMEDDINE, Mohamad et al. Upscaling the recruitment and retention of human resources for health at primary healthcare centres in Lebanon: a qualitative study. **Health & social care in the community**, v. 24, n. 3, p. 353-362, 2016.
- ALBREHT, T; **Addressing shortages: Slovenia's reliance on foreign health professionals, current developments and policy responses**. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.
- ALESSIO, Maria Martins. Análise da implantação do programa mais médicos. [Dissertação]. Universidade de Brasília, 2015.
- ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 633-667, 2016.
- ALMEIDA, Celia Maria de et al. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. 2010.
- ALMEIDA, Márcio José de et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.
- ALVES-MAZZOTTI, AJ. **A revisão bibliográfica em teses e dissertações**. In: BIANCHETTI, L; MACHADO, AMN. (Org.). A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação de teses e dissertações. p. 25-44, São Paulo: Cortez, 2002.
- AMALBA, Anthony et al. Working among the rural communities in Ghana-why doctors choose to engage in rural practice. **BMC medical education**, v. 18, n. 1, p. 133, 2018.
- AMARAL, José Luiz Gomes do; PÊGO-FERNANDES, Paulo Manuel; BIBAS, Benoit Jacques. Mais médicos: melhor atenção à saúde da população?. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 130, n. 3, p. 139-140, 2012.

- AMATUZZI, MLL; BARRETO, MCC; LITVOC, J; LEME, LEG. Linguagem Metodológica – Parte 1. **Rev. Acta Ortop Bras.** 14(1), 2006.
- AMIN, Zubair et al. Relevance of the Flexner Report to contemporary medical education in South Asia. **Academic Medicine**, v. 85, n. 2, p. 333-339, 2010.
- ANELL, A; GLENNGÅRD, AH; MERKUR, S. SWEDEN: HEALTH SYSTEM REVIEW. **Health Systems in Transition** 14(5):1–161, 2012.
- ANTWI, James; PHILLIPS, David C. Wages and health worker retention: Evidence from public sector wage reforms in Ghana. **Journal of Development Economics**, v. 102, p. 101-115, 2013.
- ARAÚJO, Cássia de Andrade; MICHELOTTI, Fernando Canto; RAMOS, Tuanny Karen Souza. Government provision programs: profile and motivations of physicians who migrated from ProVab to the More Doctors Program in 2016. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1217-1228, 2017.
- ARAUJO, Edson; MAEDA, Akiko. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: a guidance note. **The World Bank**, 2013.
- ARTEAGA, O. Desempeño e incentivos en la gestión de recursos humanos en salud: algunas experiencias institucionales del sector público en Chile. **Washington, DC: Pan American Health Organization**, 2002.
- AWOFESO, N. Improving health workforce recruitment and retention in rural and remote regions of Nigeria, **Rural and remote health**, 2010.
- BACH, S. International migration of health workers: Labour and social issues. Geneva: International Labour Office, 2007.
- BAJPAI, Nirupam; SACHS, Jeffrey D.; DHOLAKIA, Ravindra H. Improving access, service delivery and efficiency of the public health system in rural India. 2009.
- BAKKALBASI, Nisa et al. Three options for citation tracking: Google Scholar, Scopus and Web of Science. **Biomedical digital libraries**, v. 3, n. 1, p. 7, 2006.
- BANGDIWALA, Shrikant I. et al. Workforce resources for health in developing countries. **Public Health Reviews**, v. 32, n. 1, p. 296-318, 2010.
- BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 315 p. 7º ed. Editora UFSC. Florianópolis, 2007.
- BARER, ML; WOOD, L. **Common problems, different solutions: learning from international approaches to improving medical services access for underserved populations**. Dalhousie LJ 20:321, 1997.
- BÄRNIGHAUSEN, Till; BLOOM, David E. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. **BMC health services research**, v. 9, n. 1, p. 86, 2009.

BEŇUŠOVÁ, K; KOVÁČOVÁ, M; NAGY, M; WISMAR, M; **Regaining self-sufficiency: Slovakia and the challenges of health professionals leaving the country**. Regaining self-sufficiency: Slovakia and the challenges of health professionals leaving the country. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

BERLINGUER, Giovanni. Globalização e saúde global. **Estudos avançados**, v. 13, n. 35, p. 21-38, 1999.

BEYEA SC, NICOLL LH. Writing an integrative review. **AORN Journal**; 67(4):877-80, 2008.

BIASOTO JÚNIOR, G. Chile: **Saúde privada e saúde pública em meio às reformas do Plano AUGE**. In: BIASOTO JÚNIOR, G.; SILVA, P.L.B.; DAIN, S. Regulação do setor saúde nas Américas: As relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Série técnica OPAS/MS/UNICAMP. Brasília: OPAS, 2006.

BIRN, Anne-Emanuelle. A revolution in rural health? The struggle over local health units in Mexico, 1928–1940. **Journal of the history of medicine and allied sciences**, v. 53, n. 1, p. 43-76, 1998.

BLENDON, RJ; BENSON J; DONELAN, K; LEITMAN, R. **Who has the best health care system? A second look**. *Health Affairs* 14, n° 4 (1995): 220-230, 2016.

BLUMENTHAL, D; ABRAMS, MK; NUZUM, R. The Affordable Care Act at Five Years. **New England Journal of Medicine**, Online First. May 6, 2015.

BOOTH, WC.; COLOMB, GG; WILLIAMS, JM. The Craft of Research. **University of Chicago Press**. p.329; USA, 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº 7, de 26 de abril de 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº 7, de 26 de abril de 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital nº 1, de 15 de janeiro de 2015**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital nº 2, de 15 de janeiro de 2015**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital- nº 38, de 8 de julho de 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portal do Programa Mais Médicos. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5955-documentos> [vários acessos], 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta SGTES/SAS nº 3 de 19 de fevereiro de 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011**. Brasília, 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.206, de 12 de setembro de 2011**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 203 de 08 de fevereiro de 2013**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 203 de 08 de fevereiro de 2013**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministérios da Educação e da Saúde. **Portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministérios da Educação e da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015**. Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministérios da Saúde e da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.369 de 8 de julho de 2013**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.040 de 8 de junho de 2013**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.126, de 22 de outubro de 2013**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.202 de 14 de janeiro de 2010**. Brasília, 2010.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Brasília, 2019.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Brasília, 1996.
- BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019**. Brasília, 2019.
- BRASIL. Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil.**, Brasília, 1988.
- BROOKS, Robert G.; MARDON, Russell; CLAWSON, Art. The rural physician workforce in Florida: a survey of US-and foreign-born primary care physicians. **The Journal of Rural Health**, v. 19, n. 4, p. 484-491, 2003.
- BUCHAN, James et al. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, p. 834-840, 2013.

BUFREM, L.; PRATES, Y. O saber científico registrado e as práticas de mensuração da informação. **Ciência da Informação**, v. 34, n. 2, maio/ago. 2005.

BURAU, V; BLANK, R. Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems. **Journal of Comparative Policy Analysis**, 8(1): 63-76, janeiro, 2006.

BUSS, P; LABRA, ME (Org). **Sistemas de saúde: continuidade e mudanças**. Ed. Hucitec – Ed. Fiocruz. 259 p. São Paulo – Rio de Janeiro, 1995.

BUSSE, R; M. BLÜMEL. “Germany: Health System Review.” **Health Systems in Transition**, 16(2):1–296, 2014.

BUYKX, Penny et al. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. **Australian Journal of Rural Health**, v. 18, n. 3, p. 102-109, 2010.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 641-642, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2655-2663, 2016.

CARVALHO, F.C. **A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística**. Anais do XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul. Santa Catarina, 2014.

CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.

CASH R; ULMANN P. **Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé: Le cas de la France** [OECD Project on health workforce migration: the case of France]. Paris, OECD, 2008.

CASTRO, Thiago Figueiredo et al. Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos. [Dissertação]. Universidade Estadual de Campinas, 2015.

CAVENDER, Anthony; ALBÁN, Manuel. Compulsory medical service in Ecuador: the physician's perspective. **Social science & medicine**, v. 47, n. 12, p. 1937-1946, 1998.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: Poupart, J et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

CERQUEIRA, Janaina Pontes; ALVES, Sandra Mara Campos. A constitucionalidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 5, n. 2, p. 91-107, 2016.

CERVO, AL.; BERVIAN, PA. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Demografia médica no Brasil – Volume 2. Cenários e indicadores de distribuição**. Relatório de Pesquisa, 2013.

CHEN, Candice et al. A survey of Sub-Saharan African medical schools. **Human resources for health**, v. 10, n. 1, p. 4, 2012.

CHEN, Lincoln. Beyond rhetoric: the quest for practical success in global health. **The Lancet** 374(9700):1491-1492, September 2009.

CHEN, Lincoln. **Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/10-078477>. Acessado em 20/10/2018;

CHEN, Z. Launch of the health-care reform plan in China. **The Lancet**, Vol 373, Issue 9672, p. 1322-1324, 2009.

CHEVREUL, K., I. DURAND-ZALESKI, S. BAHRAMI, C. HERNÁNDEZ-QUEVEDO, AND P. MLADOVSKY. “France: Health System Review,” **Health Systems in Transition** 12(6):1–291, 2010.

CHI, Chih-Yi et al. Using linear regression to identify critical demographic variables affecting patient safety culture from viewpoints of physicians and nurses. **Hospital Practices and Research**, v. 2, n. 2, p. 47-53, 2017.

CHOPRA, Mickey et al. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. **The Lancet**, v. 371, n. 9613, p. 668-674, 2008.

CLARK, Tyler R. et al. Medical graduates becoming rural doctors: rural background versus extended rural placement. **Medical Journal of Australia**, v. 199, n. 11, p. 779-782, 2013.

CODJIA, L; JABOT, F; DUBOIS, H. Evaluating the Program of Physicians Recruitment in Rural Areas in Mali. World Health Organization, 2010;

COMES, Yamila et al. Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 41, p. e130, 2018.

COMMITTEE ON THE FUTURE OF RURAL HEALTH CARE; Institute of Medicine. Quality Through collaboration: **The Future of Rural Health**. Washington, DC, CFRHC. National Academies Press, 2005.

CONILL, Eleonor Minho et al. Organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 328-346, 1991.

CONNIL, E.M. **Sistemas comparados de saúde**. In: CAMPOS, G.W.S. Tratado de Saúde Coletiva. Ed. Hucitec; FIOCRUZ, 2ª edição, p.564 – 613, 2008.

COOKE, Molly; IRBY, David M.; O'BRIEN, Bridget C. **Educating physicians: a call for reform of medical school and residency**. John Wiley & Sons, 2010.

COOPER, RS; KENNELLY, JF; ORDUNEZ-GARCIA, P. Health in Cuba. **International Journal of Epidemiology**, v.35(4):817–824, 2006;

CULLEN, Thomas J. et al. The National Health Service Corps: rural physician service and retention. **The Journal of the American Board of Family Practice**, v. 10, n. 4, p. 272-279, 1997.

CUTCHIN, Malcolm P. Community and self: concepts for rural physician integration and retention. **Social science & medicine**, v. 44, n. 11, p. 1661-1674, 1997.

DA COSTA CAETANO, Rodrigo; DE SOUZA VARGAS, Diogo; DE MOURA, Sérgio Arruda. “Programa Mais Médicos”: esquadrinhando uma política de saúde que viraliza|“More Doctors Program”: scrutinizing a health policy that viralizes. **Liinc em Revista**, v. 13, n. 2, 2017.

DAL POZ, Mario Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, 2013.

DE CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. 2009.

DE VILLIERS, Marietjie et al. Decentralised training for medical students: a scoping review. **BMC medical education**, v. 17, n. 1, p. 196, 2017.

DELAMARIE, ML; SCHWEYER, FX. **Nationally moderate, locally significant: France and health professional mobility from far and near**. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

DELEON, P; RESNICK-TERRY, P. Comparative policy analysis: de´ ja` vu all over again? **Comparative Policy Analysis**, 1, p. 9–22, 1999.

DEUTSCHLANDER, Siegrid; SUTER, Esther; GRYMONPRE, Ruby. Interprofessional practice education: is the‘interprofessional’component relevant to recruiting new graduates to underserved areas?. 2013.

DOESCHER, Mark P.; ELLSBURY, Kathleen E.; HART, L. Gary. The distribution of rural female generalist physicians in the United States. **The Journal of Rural Health**, v. 16, n. 2, p. 111-118, 2000.

DOLEA, Carmen; STORMONT, Laura; BRAICHET, Jean-Marc. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 379-385, 2010.

DOVLO, Delanyo. Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. **Human resources for health**, v. 2, n. 1, p. 7, 2004.

DPMCAG. Department of the Prime Minister and Cabinet, Australian Government. **Reform of the Federation White Paper: Roles and Responsibilities in Health**. Issues Paper 3. Canberra, DPMC.

DUCKETT, Stephen; BREADON, Peter. Access all areas: new solutions for GP shortages in rural Australia. **Grattan Institute Report, September, 2013**.

DUMONT, Jean-Christophe et al. International mobility of health professionals and health workforce management in Canada: myths and realities. 2008. In: https://www.who.int/hrh/migration/Case_study_Canada_2008.pdf. Acessado em 06/07/2017;

DUPLANTIE, Julie et al. Telehealth and the recruitment and retention of physicians in rural and remote regions: a Delphi study. **Can J Rural Med**, v. 12, n. 1, p. 30-6, 2007.

DUSSAULT, Gilles; FRANCESCHINI, Maria Cristina. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Human resources for health**, v. 4, n. 1, p. 12, 2006.

EFENDI, Ferry et al. How to attract health students to remote areas in Indonesia: a discrete choice experiment. **The International journal of health planning and management**, v. 31, n. 4, p. 430-445, 2016.

EKE, E; GIRASEK, E; SZÓCSKA, M. **From melting pot to laboratory of change in central Europe: Hungary and health workforce migration**. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

EL KOUSSA, Maria et al. Factors influencing physicians' choice of workplace: systematic review of drivers of attrition and policy interventions to address them. **Journal of global health**, v. 6, n. 2, 2016.

ELLSBURY, Kathleen E. et al. Gender-related factors in the recruitment of physicians to the rural northwest. **The Journal of the American Board of Family Practice**, v. 15, n. 5, p. 391-400, 2002.

EVANS, David B. et al. The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. **World Health Organization**, v. 29, n. 29, p. 1-36, 2000.

EYAL, Nir; BÄRNIGHAUSEN, Till. Precommitting to serve the underserved. **The American Journal of Bioethics**, v. 12, n. 5, p. 23-34, 2012.

FARIA, Mateus Aparecido de; PAULA, Douglas Marcos Pereira de; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Apontamentos sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Programa Mais Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 332-336, 2016.

FARIA, R; SILVA, HP. **Saúde na América Latina: o público e o privado no sistema peruano**. In: BIASOTO JÚNIOR, G.; SILVA, P.L.B.; DAIN, S. Regulação do setor saúde nas Américas: As relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Série técnica OPAS/MS/UNICAMP. Brasília: OPAS, 2006.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1994.

FORCIER, Mélanie Bourassa; SIMOENS, Steven; GIUFFRIDA, Antonio. Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. **Human resources for health**, v. 2, n. 1, p. 12, 2004.

FREEMAN, R. **Institutions, states and cultures: health policy and politics in Europe**. In: Jochen C. Comparative Social Policy. Ed. Oxford. Blackwell, 1999.

FREEMAN, R; FRISINA, L. Health care systems and the problem of classification. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 12(1): 163-178, 2010.

FREHYWOT, Seble et al. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work?. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 364-370, 2010.

FREIRE FILHO, José Rodrigues et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.

FREIRE FILHO, José Rodrigues et al. Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1613-1624, 2018.

FRENK, J. **Las dimensiones de la reforma del sistema de salud**. In: DURAN, RC. Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI. México. 361-382. Ed. Diana, 1997.

FRENK, Julio et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GALAN, A; OLSAVSZKY, V; VLADESCU, C; **Emergent challenge of health professional emigration: Romania's accession to the EU**. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Systematic review: a resource that allows for the incorporation of evidence into nursing practice. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GAULD R. **Questions About New Zealand's Health System in 2013, Its 75th Anniversary Year**. *New Zealand Medical Journal* 126(1380):1-7, 2013.

GAULD, R. What Should Governance for Integrated Care Look Like? New Zealand's Alliances Provide Some Pointers. **Medical Journal of Australia** 201(3):67-68, 2014.

GHWA. Global Health Workforce Alliance. **Mid-level workers for delivery of essential health services – a global and systematic review and country experiences**. World Health Organization, 2012;

GIL, AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas S.A., 2008.

GIORGIO, C. et al. Analysis of the commitments made by national governments of 57 countries at the Third Global Forum on human resources for health. **World Health Organization**, 2015.

GIOVANELLA, Ligia et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2697-2708, 2016.

GIRARDI, S.N *et. al.* Construção do Índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCOM) / **Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)**, 2010.

GIRARDI, Sábado *et. al.* **Identificação de áreas de escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil – Relatório Final.** Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCOM) / Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2012;

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2675-2684, 2016.

GLICKEN, Anita Duhl. Excellence in physician assistant training through faculty development. **Academic Medicine**, v. 83, n. 11, p. 1107-1110, 2008.

GOLDSTEIN, Harvey; SPIEGELHALTER, David J. League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance. **Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)**, v. 159, n. 3, p. 385-409, 1996.

GOMA, Fastone M. et al. Evaluation of recruitment and retention strategies for health workers in rural Zambia. **Human resources for health**, v. 12, n. 1, p. S1, 2014.

GOMES, LB; MERHY, EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface (Botucatu)**; 21(Supl.1):1103-14, 2017.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, Beatriz; BARBER PÉREZ, Patricia; SUÁREZ-VEGA, Rafael. **Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil.** Projeções para 2020. 2011.

GOW, J. et al. An evaluation of the effectiveness of the Zambian Health Worker Retention Scheme (ZHWRS) for rural areas. **African health sciences**, v. 13, n. 3, p. 800, 2013.

GROBLER, Liesl; MARAIS, Ben J.; MABUNDA, Sikhumbuzo. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 6, 2015.

HAGER, Mary; RUSSELL, Sue (Ed.). **Revisiting the Medical School Educational Mission at a Time of Expansion: A Conference Sponsored by the Josiah Macy, Jr. Foundation.** Josiah Macy Jr. Foundation, 2009.

HAMILTON, Kimberly; YAU, Jennifer. The global tug-of-war for health care workers. **Migration Information Source**, 2004.

- HANCOCK, Christine et al. Why doctors choose small towns: a developmental model of rural physician recruitment and retention. **Social science & medicine**, v. 69, n. 9, p. 1368-1376, 2009.
- HARROLD, Leslie R.; FIELD, Terry S.; GURWITZ, Jerry H. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. **Journal of General Internal Medicine**, v. 14, n. 8, p. 499-511, 1999.
- HARTLEY, David. Discourse-Rural Health Research: Building Capacity and Influencing Policy in the United States and Canada. **Canadian Journal of Nursing Research Archive**, v. 37, n. 1, 2005.
- HASELTINE, WA. **Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story**, 2013.
- HATCHER, Abigail M. et al. Placement, support, and retention of health professionals: National, cross-sectional findings from medical and dental community service officers in South Africa. **Human resources for health**, v. 12, n. 1, p. 14, 2014.
- HEALTH CANADA. **Canada Health Act Annual Report 2012–2013**. Ottawa: Minister of Health of Canada. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2013-cha-lcs-ar-ra/index-eng.php>. Acessado em 15 de outubro de 2017.
- HORTALE, Virginia Alonso; CONILL, Eleonor Minho; PEDROZA, Manoela. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 79-88, 1999.
- HORTON, R. A new discipline is born: comparative health-systems studies. **The Lancet** Vol. 368 December 2, 2006.
- HOWLETT, M. et al. **Política Pública. Seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- HSUEH, Wayne; WILKINSON, Tim; BILLS, Janne. What evidence-based undergraduate interventions promote rural health?. **The New Zealand Medical Journal (Online)**, v. 117, n. 1204, 2004.
- HUICHO, Luis et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 357-363, 2010.
- HUMPHREYS, John et al. Improving primary health care workforce retention in small rural and remote communities: how important is ongoing education and training. **Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute**, 2007.
- IGLESIAS, Stuart. The future of rural health: Comprehensive care or triage?. **Canadian Journal of Rural Medicine**, v. 4, n. 1, p. 32, 1999.
- INGA-BERROSPI, Fiorella; TAYPE-RONDÁN, Álvaro; PURIZACA-ROSILLO, Nelson. La problemática del médico serumista en el Perú: conclusiones de la Segunda Convención Nacional de Médicos Serumistas, 2013. In: **Anales de la Facultad de Medicina**. UNMSM. Facultad de Medicina, 2014. p. 271-272.

INGER, S; GARDNER, T. **How Readers Discover Content in Scholarly Publications. Trends in reader behavior from 2005 to 2018.** Renew, Public Consultants, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.7016735.v1>. Acessado em: 06/12/2019;

INOUE, Kazuo et al. Transition of physician distribution (1980-2002) in Japan and factors predicting future rural practice. **Rural and Remote Health**, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Geografia. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro, **IBGE**, 2017.

JADOO, Saad Ahmed Ali et al. Job satisfaction and turnover intention among Iraqi doctors- a descriptive cross-sectional multicentre study. **Human resources for health**, v. 13, n. 1, p. 21, 2015.

JLI. Joint League Initiative. **Human resources for health. Overcoming the crisis.** Global Health Initiative/Harvard University Press, 2004;

JOHNSON, J.A; STOSKOPF, C.H. Comparative Health Systems – Global Perspectives. **Jones and Bartlett**, 452p. Canadá, 2010.

JONES, Michael; HUMPHREYS, John S.; MCGRAIL, Matthew R. Why does a rural background make medical students more likely to intend to work in rural areas and how consistent is the effect? A study of the rural background effect. **Australian Journal of Rural Health**, v. 20, n. 1, p. 29-34, 2012.

JORGE, Di; MARTINS, Fabio. Estudo jurídico do programa mais médicos. **Acta Jus**, p. 24-34, 2013.

KAPELUSZ-POPPI, Ana María. Rural health and state construction in post-revolutionary Mexico: The Nicolaita project for rural medical services. **The Americas**, v. 58, n. 2, p. 261-283, 2001.

KAUTSCH, M; CZABANOWSKA, K. **When the grass gets greener at home: Poland's changing incentives for health professional mobility.** In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

KEMPER ES, TASCA R, HARZHEIM E, JIMÉNEZ JMS, HADAD J, SOUSA MF. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 2018.

KILSZTAJN, S.; SILVA, D.F.; CÂMARA, M.B.; FERREIRA, V.S. Grau de cobertura dos planos de saúde e distribuição regional do gasto público em saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.10(2) p.35-45, 2001.

KOH, Hian Chye; GOH, Chye Tee. An analysis of the factors affecting the turnover intention of non-managerial clerical staff: A Singapore study. **International Journal of Human Resource Management**, v. 6, n. 1, p. 103-125, 1995.

KUUSIO, H; KOIVUSALO, M; ELOVAINIO, M; HEPONIEMI, T; AALTO, A; KESKIMAKI, I. **Changing context and priorities in recruitment and employment:**

Finland balances inflows and outflows of health professionals. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

KWONG, Jeff C. et al. Effects of rising tuition fees on medical school class composition and financial outlook. **Cmaj**, v. 166, n. 8, p. 1023-1028, 2002.

LAGARDE, Mylene et al. One size does not fit all - Investigating doctor's stated preference heterogeneity for job incentives to inform policy in Thailand. **Health economics**, v. 22, n. 12, p. 1452-1469, 2013.

LANDAU, S; EVERITT, B.S. **A Handbook of Statistical Analyses using SPSS**. 339p. Chapman & Hall/CRC Press, 2004.

LANKTREE, Esmé et al. Addressing the human resources for health crisis through task-shifting and retention: Results from the Africa Health Systems Initiative Support to African Research Partnerships program. 2014.

LAVEN, Gillian A. et al. Factors associated with rural practice among Australian-trained general practitioners. **Medical Journal of Australia**, v. 179, n. 2, p. 75-79, 2003.

LEE, DM; NICHOLS, T. Physician recruitment and retention in rural and underserved areas. **International journal of health care quality assurance**, 2014.

LEHMANN, U. Mid-level workers. The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes. A literature review. 2008.

LEHMANN, Uta; DIELEMAN, Marjolein; MARTINEAU, Tim. Staffing remote rural areas in middle-and low-income countries: a literature review of attraction and retention. **BMC health services research**, v. 8, n. 1, p. 19, 2008.

LIU, Y. Development Opportunities and Challenges of Commercial Health Insurance in China. **Foreign Business and Trade**, 4(250):51-54, 2015.

LOBATO, LVC; GIOVANELLA, L. **Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica**. In: GIOVANELLA, L et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

LOPES, Antonio Carlos. A explosão numérica das escolas médicas brasileiras. **Educación Médica**, v. 19, p. 19-24, 2018.

LUNA, Willian Fernandes et al. Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180029, 2019.

MACHADO, Maria Helena. Gestão municipal e contratação da força de trabalho: qual foco do debate? In: Divulgação em Saúde para o Debate. Rio de Janeiro, n. 40: p.18-21, 2007.

MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro [tese] **UERJ**, Rio de Janeiro, 2007.

MACQUEEN, Ian T. et al. Recruiting rural healthcare providers today: a systematic review of training program success and determinants of geographic choices. **Journal of general internal medicine**, v. 33, n. 2, p. 191-199, 2018.

MARMOR, T; FREEMAN, R; OKMA, K. Comparative Perspectives and Policy Learning in the World of Health Care. **Journal of Comparative Policy Analysis**, 7(4): 331-448, dezembro, 2005.

MARMOR, T; WENDT, C. **Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy**. Health Policy 107: 11–20, 2012.

MARMOR, TR., FREEMAN, R; OKMA, K. **Health policy, comparison and learning**. In: MARMOR, TR., FREEMAN, R; OKMA, K. (Eds) Learning from Comparison in Health Policy (New Haven, CT: Yale University Press), 2000.

MARQUES, RM. **O direito à saúde no mundo**. In: Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. MARQUES, RM; PIOLA, SF; ROA, AC (Organizadores) – Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil.260 p., 2016.

MARTINS, ACP; SANT’ANNA, PA; ROCHA, JFD; VIEIRA, MA. Programa mais médicos: uma revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 30(4): 1-14, out./dez., 2017.

MATSUMOTO, Masatoshi et al. Factors associated with rural doctors’ intention to continue a rural career: a survey of 3072 doctors in Japan. **Australian Journal of rural health**, v. 13, n. 4, p. 219-225, 2005.

MATSUMOTO, Masatoshi et al. Geographic maldistribution of physicians in Japan: increasing the number of generalists is one solution. **Journal of General and Family Medicine**, v. 16, n. 4, p. 260-264, 2015.

MATSUMOTO, Masatoshi et al. Retention of physicians in rural Japan: concerted efforts of the government, prefectures, municipalities and medical schools. 2010a.

MATSUMOTO, Masatoshi; INOUE, Kazuo; KAJII, Eiji. Definition of “rural” determines the placement outcomes of a rural medical education program: Analysis of jichi medical university graduates. **The Journal of Rural Health**, v. 26, n. 3, p. 234-239, 2010b.

MATSUMOTO, Masatoshi; KAJII, Eiji. Medical education program with obligatory rural service: analysis of factors associated with obligation compliance. **Health Policy**, v. 90, n. 2-3, p. 125-132, 2009.

MATSUMOTO, Masatoshi; KAJII, Eiji. Medical education program with obligatory rural service: analysis of factors associated with obligation compliance. **Health Policy**, v. 90, n. 2-3, p. 125-132, 2009.

MECHANIC, David. The comparative study of health care delivery systems. **Annual Review of Sociology**, v. 1, n. 1, p. 43-65, 1975.

MEDICAL TRAINING REVIEW PANEL. **Eighteenth report**. Canberra. MTRP, 2015

MEDINA, MG; ALMEIDA, PF; LIMA, JG; MOURA, D. GIOVANELLA, L. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, V. 42, Número Especial 1, p. 346-360, 2018.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho; FERNANDES, Cássia do Carmo Pires; SILVA, Lorena Souza. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. bras. educ. méd.**, p. 67-78, 2019.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 17, n. 4, Oct. /Dec. 2008.

MENEZES, Vinícius Pereira. **A influência da mídia no processo de formação da agenda de políticas públicas na área de saúde: um enfoque sobre o Programa Mais Médicos**. 2018. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas.

MENG, Q. What can we learn from China's health system reform? **British Medical Journal**. 365:12349, 2019.

MINIM, VPR ET AL. Análise descritiva: comparação entre metodologias. **Rev. Inst. Latic. Cândido Tostes**, Maio/Jun, nº 374, 65, 41:48, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos**. [Cartilha]. Brasília, 2017. In: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Cartilha-Mais-Medicos-WEB.pdf>. Acessado em 14/09/2019.

Ministry of Health. **Annual Report for the Year Ended 30 June 2013, Including the Director-General of Health's Annual Report on the State of Public Health**. Wellington, New Zealand: Ministry of Health, 2013.

MIRANDA, G. M. D. et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. **Trab Educ Saude**. 2017; 15 (1): 131-45.

MORAIS, Indyara et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos?. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 107-115, 2014.

MORAN, Anna M. et al. Supervision, support and mentoring interventions for health practitioners in rural and remote contexts: an integrative review and thematic synthesis of the literature to identify mechanisms for successful outcomes. **Human resources for health**, v. 12, n. 1, p. 10, 2014.

MORELL, Anna L. et al. Attraction, recruitment and distribution of health professionals in rural and remote Australia: early results of the Rural Health Professionals Program. **Human resources for health**, v. 12, n. 1, p. 15, 2014.

MOSSIALOS, E; WENZL, M; OSBORN, R; SARNAK, D. **2015 International Profiles on Health Care Systems**. The Commonwealth Fund Pub, 2016. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/jan/international-profiles-health-care-systems-2015>. Acessado em 03/08/2017.

MOTA, NVVP; RIBEIRO, H. Emigração de médicos brasileiros para os Estados Unidos da América. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.2, p.286-296, 2019.

MOYO, Sangiwe et al. Application of machine learning models in predicting length of stay among healthcare workers in underserved communities in South Africa. **Human resources for health**, v. 16, n. 1, p. 68, 2018.

MURRAY, Christopher JL et al. A WHO framework for health system performance assessment. 1999.

NASSI-CALÒ, L. **A busca por literatura científica: como os leitores descobrem conteúdos** [online]. SciELO em Perspectiva, 2016 [viewed 28 January 2020]. Available from: <https://blog.scielo.org/blog/2016/05/19/a-busca-por-literatura-cientifica-como-os-leitores-descobrem-conteudos/>. Acessado em 03/12/2019;

NATIONAL HEALTH SYSTEM.NHS CHOICES (2013). *Annual Report 2012/13*.

NDETEI, David M.; KHASAKHALA, Lincoln; OMOLO, Jacob O. Incentives for health worker retention in Kenya: An assessment of current practice. **EQUINET**, v. 62, p. 29, 2008.

NETTO, JJM; RODRIGUES, ARM; ARAGÃO, OCA; GOYANNA, NF; CAVALCANTE, AES; VASCONCELOS, MAS; MENDES, JDR; MOURÃO, AEB. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev Panamericana de Salud Publica**. V. 2, 2018.

NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

NÓBREGA-TERRIEN, S.; TERRIEN, J. O estado da questão: sua compreensão na construção de trabalhos científicos: reflexões teórico-metodológicas. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 15, n. 30, p. 5-16, jul./dez. 2004.

NORONHA, DP.; FERREIRA, SMSP. **Revisões de literatura**. In: CAMPELLO, B. S.V. C.; CENDÓN, B. V.; KREMER, J. M. (Org.). Fontes de informação para pesquisadores e profissionais. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

OCDE. **A Reforma dos Sistemas de Saúde: Análise Comparada de Sete Países da OCDE**. Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômicos – Conselho Econômico e Social – OCDE, 1992.

OFFERMANS, G; MALLE, EM; JUSIC, M. **Mobility, language and neighbours: Austria as source and destination country**. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

OGNYANOVA, D; BUSSE, R. A destination and a source: **Germany manages regional health workforce disparities with foreign medical doctors**. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

OH, Suhyun; KIM, Hyeongsu. Turnover Intention and Its Related Factors of Employed Doctors in Korea. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 14, p. 2509, 2019.

OKEKE, Edward N. Do higher salaries lower physician migration?. **Health policy and planning**, v. 29, n. 5, p. 603-614, 2014.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). **Trab. educ. saúde**, p. e0018317-e0018317, 2019.

OLIVEIRA, Catia Martins et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2999-3010, 2015.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 623-634, 2015.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de et al. O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180008, 2019

OLIVEIRA, Felipe Proenço de et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170949, 2019.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170949, 2019.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de; SANTOS, Leonor Maria Pacheco; SHIMIZU, Helena Eri. Programa Mais Médicos e Diretrizes Curriculares Nacionais: Avanços e Fortalecimento do Sistema de Saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0018415, 2019.

OLIVEIRA, João Paulo Alves. Análise do provimento de médicos em municípios participantes do Programa Mais Médicos entre 2013 e 2014. [Dissertação]. Universidade de Brasília, 2016.

OLIVEIRA, João Paulo Alves; SANCHEZ, Mauro Niskier; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2719-2727, 2016.

ORDA, Ulrich et al. Building a sustainable workforce in a rural and remote health service: A comprehensive and innovative Rural Generalist training approach. **Australian journal of rural health**, v. 25, n. 2, p. 116-119, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estatísticas sanitárias mundiais**. Organização Mundial da Saúde, OMS, 2012;

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Informe Estratégico sobre o Programa Mais Médicos e Saúde Universal**. Brasília, D.F.: OPAS; 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Mais Médicos na atenção primária no Brasil**. Metasíntese dos estudos de caso sobre o Programa Mais Médicos. Brasília: OPAS; 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos como expressão de Cooperação Sul-Sul: transferência de conhecimentos e inovações**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da Produção Científica**. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde. OPAS, 2017.

PADAIGA, Z; PUKAS, M; STARKIENĖ, L. **Awareness, planning and retention: Lithuania's approach managing health professional mobility**. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history advances and challenges. **The Lancet**; 377-1778-97, 2011.

PAPANICOLAS, Irene; SMITH, Peter C. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research. European Observatory on Health Systems and Policies Series. **World Health Organization**, 2013.

PATHMAN, D. E. *et al.* Outcomes of states' scholarship, loan repayment, and related programs for physicians. **Medical Care**, v. 42, n. 6, p. 560–568, 2004.

PATHMAN, Donald E. et al. Physician job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. **J Fam Pract**, v. 51, n. 7, p. 593, 2002.

PATHMAN, Donald E. et al. Preparing and retaining rural physicians through medical education. **Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 74, n. 7, p. 810-820, 1999.

PATHMAN, Donald E.; KONRAD, Thomas R.; RICKETTS 3RD, T. C. Medical education and the retention of rural physicians. **Health Services Research**, v. 29, n. 1, p. 39, 1994.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Implantação e desenvolvimento do curso de Medicina em Parnaíba (PI), Brasil, a partir do Programa Mais Médicos para o Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl.1, 2019.

PEÑA, Sebastian et al. The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 371-378, 2010.

PEÑALOZA, Blanca et al. Interventions to reduce emigration of health care professionals from low-and middle-income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, 2011.

PENHA, Rodrigo Chavez et al. A gestão da supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil por instituições de educação superior. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180061, 2019.

PEREIRA, Lucélia Luiz. Repercussões do Programa Mais Médicos em comunidades rurais e quilombolas. [Dissertação]. Universidade de Brasília, 2016.

PEREIRA, Lucélia Luiz; PACHECO, Leonor. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1181-1192, 2017.

PERU, Ministerio de Salud. ¿Qué es el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS? Ministry of Health of Peru, MINSA, 2010.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p.179-195, 2001.

PINTO, Hêider Aurélio et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. **Divulg. saúde debate**, p. 105-120, 2014.

PINTO, Hêider Aurélio et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1087-1101, 2017.

PIOLA, SF; CAVALCANTE, ML. **Sistema de Saúde da Argentina: Aspectos gerais, reformas, e relação com o privado**. In: BIASOTO JÚNIOR, G.; SILVA, P.L.B.; DAIN, S. Regulação do setor saúde nas Américas: As relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Série técnica OPAS/MS/UNICAMP. Brasília: OPAS, 2006.

PONG, Raymond W. Rural health research in Canada: at the crossroads. **Australian Journal of Rural Health**, v. 8, n. 5, p. 261-265, 2000.

PONG, Raymond W. Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: a study of policy implementation over 35 years. **Human resources for health**, v. 6, n. 1, p. 24, 2008.

PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica Viegas. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1555-1564, 2006.

PROWLE, M; HARRADINE, D. **Sustainable healthcare systems: an international study**. The Association of Chartered Certified Accountants (ACCA), Fevereiro de 2015. Disponível em: <http://eprints.glos.ac.uk/2969>. Acessado em 01/09/2016;

PUCCINI, Lucas Rebelo Silva et al. Comparativo entre as bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico com o foco na temática Educação Médica. **Cadernos UniFOA**, v. 10, n. 28, p. 75-82, 2015.

RABINOWITZ, Howard K. et al. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: impact after 22 years. **Jama**, v. 281, n. 3, p. 255-260, 1999.

RABINOWITZ, Howard K. et al. Medical school rural programs: a comparison with international medical graduates in addressing state-level rural family physician and primary care supply. **Academic Medicine**, v. 87, n. 4, p. 488-492, 2012.

RABINOWITZ, Howard K. et al. The relationship between matriculating medical students' planned specialties and eventual rural practice outcomes. **Academic medicine**, v. 87, n. 8, p. 1086-1090, 2012.

RECH, Milena Rodrigues Agostinho et al. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e164, 2018.

REIS, EA; REIS IA. **Análise Descritiva de Dados**. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG, 2002. Disponível em: www.est.ufmg.br. Acessado em: 25/01/2019.

RIBAS, Antonio Neves. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas. [Dissertação]. Universidade de Brasília, 2016.

RIBEIRO, Robespierre Costa. Programa Mais Médicos—um equívoco conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 421-424, 2015.

ROA, AC; CANTÓN, GA; FERREIRA, MRJ. **Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas**. In: Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. MARQUES, RM; PIOLA, SF; (Organizadores) – Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil. 260 p., 2016.

ROCHA, Tiago; DANTAS, George. A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, 2017

ROCHA, Vinícius Ximenes Muricy da et al. Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014. [Dissertação] Universidade Católica de Santos, 2018.

ROCKERS, Peter C.; BÄRNIGHAUSEN, Till. Interventions for hiring, retaining and training district health systems managers in low-and middle-income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2013.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1147-1166, 2013.

ROEMER MI. **National health systems of the world**. New York: Oxford university Press; 1991.

ROEMER, Milton I. Rural health care: a worldwide issue. **Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO)**; 21 (3), 1987, 1987.

ROMANOWSKI, J. P.; ENS, R. T. As pesquisas denominadas do tipo “estado da arte” em educação. **Diálogo Educacional**, v. 6, n. 19, p. 37-50, set./dez., 2006.

ROURKE, James. How can medical schools contribute to the education, recruitment and retention of rural physicians in their region?. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 395-396, 2010.

ROVERE, M. El Sistema de Salud de la Argentina como Campo: Tensiones, Estratagemas y Opacidades. **Rev Debate Público** 2016; 6(12):23-42.

SAAR, P; HABITCH, J. **Migration and attrition: Estonia's health sector and cross-border mobility to its northern neighbour**. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

SAFUTA, A; BAETEN, R. **Of permeable borders: Belgium as both source and host country**. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 2, p. 103, 2017.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3547-3552, 2015.

SÁ-SILVA, JR; ALMEIDA, CD; GUINDANI, JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais** n. 1, 2009.

SCHABLOSKI, AK. **Health care systems around the world**. Insure the Uninsured Project, 2008.

SCHÄFER, W., M. KRONEMAN, W. BOERMA ET AL. The Netherlands: Health System Review. **Health Systems in Transition**. 12(1):1–229, 2010.

SCHEFFER, M.; MATIJASEVICH FILHO, A. B, Russo G, Bahia L, Boulos M, et al. **Demografia Médica no Brasil**, 2018.

SCHEFFER, Mário C.; DAL POZ, Mario R. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. **Human resources for health**, v. 13, n. 1, p. 96, 2015.

SCHEFFER, Mario Cesar et al. Internal migration of physicians who graduated in Brazil between 1980 and 2014. **Human resources for health**, v. 16, n. 1, p. 21, 2018.

SCHEFFER, Mario Cesar et al. Internal migration of physicians who graduated in Brazil between 1980 and 2014. **Human resources for health**, v. 16, n. 1, p. 21, 2018.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SCOTT, C. **Public and Private Roles in Health Care Systems**. Buckingham: Open University Press, 2001.

SECCHI, L. **Políticas Públicas. Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2ª ed. São Paulo: CENGAGE, 2013.

SEMPOWSKI, Ian P. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. **Can J Rural Med**, v. 9, n. 2, p. 82-88, 2004.

SERNEELS, Pieter et al. Who wants to work in a rural health post? The role of intrinsic motivation, rural background and faith-based institutions in Ethiopia and Rwanda. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 342-349, 2010.

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

SILVA, Maria Patrícia; PARAÍSO, Marlucy Alves. Um currículo na integração ensino-serviço do programa mais médicos e possíveis efeitos culturais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 3, 2019.

SILVA, Sindy Maciel; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Estudo das ações diretas de inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 4, n. 2, p. 68-82, 2015.

SOARES NETO, Joaquim José; MACHADO, Maria Helena; ALVES, Cecília Brito. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das unidades básicas de saúde e o índice de desenvolvimento humano municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2709-2718, 2016.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

SOUSA, Luís Manuel Mota et al. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 1, n. 1, p. 45-54, 2018.

SPIER, R. The story of peer-review process. **Trends in Biotechnology**. Vol. 20, n° 8, August, 2002.

STACHEIRA, Claudio Roberto et al. Modelo interdisciplinar para análise teórica da ação da escola na promoção do desenvolvimento à escala humana. **Interações (Campo Grande)**, v. 21, n. 1, p. 213-228, 2020.

STARFIELD, Barbara et al. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002.

STORTI, Moysés Martins Tosta; OLIVEIRA, Felipe Proença de; XAVIER, Aline Lima. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1301-1314, 2017.

STRALEN, Ana Cristina Sousa Van et al. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 147-172, 2017.

STRANDBERG-LARSEN, M; NIELSEN, MB; VALLGÅRDA, S; KRASNIK, A; VRANGBÆK, K; MOSSIALOS, E. Denmark: Health System Review. **Health Systems in Transition** 9(6):1–164, 2007.

STRASSER, Roger et al. Starting rural, staying rural: how can we strengthen the pathway from rural upbringing to rural practice?. **Australian Journal of Rural Health**, v. 18, n. 6, p. 242-248, 2010.

STRAUME, Karin; SØNDENÅ, Mona S.; PRYDZ, Peter. Postgraduate training at the ends of the earth-a way to retain physicians?. 2010.

SUNDARARAMAN, Thiagarajan; GUPTA, Garima. Indian approaches to retaining skilled health workers in rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, p. 73-77, 2011.

SWISS HEALTH OBSERVATORY (OBSAN). *National Health Report 2015*. Hogrefe Verlag, Bern, 2015.

TANDON, Ajay et al. Measuring overall health system performance for 191 countries. **Geneva: World Health Organization**, 2000.

TANI, Kenji et al. Community-based clinical education increases motivation of medical students to medicine of remote area-comparison between lecture and practice. **The journal of medical investigation**, v. 61, n. 1.2, p. 156-161, 2014.

TATARA, K, OKAMOTO, E. “Japan: Health system review.” **Health systems in Transition** 11(5), 2009.

TAYLOR, AL; DHILLON, IS. The WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. **Global Health Governance**, 2011. In: <https://www.who.int/workforcealliance/14.pdf>. Acessado em 29/03/2018.

TERRIS, Milton. **Los tres sistemas mundiales de atención médica**. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica, 1981.

THUMÉ, Elaine et al. Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, p. 2807-2814, 2016.

TOBAR, F. **Tendencias en políticas de salud**. Documento de trabajo Isalud. Buenos Aires, 1995.

TOBAR, F; TOBAR, S. **Reingeniería y reforma sanitaria**. In: AES, p. 321-339, 1996.

TOLHURST, H. M.; ADAMS, Jon; STEWART, Stephen M. An exploration of when urban background medical students become interested in rural practice. **Rural and Remote Health**, 2006.

TORRES, NM; CRUZ, EM. **Evolución de la Colaboración Médica Cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública**. Havana: Revista Cubana de Salud Pública, vol. 36, nº 3, 2008.

TOTH, F. **The choice of healthcare models: How much does politics matter?** *International Political Science Review*. p. 1-14. Published online, October 31, 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0192512112453749>. Acessado em 12/08/2017.

TRAINA, AJM; TRAINA JR., C. Como fazer pesquisa bibliográfica. *Sociedade Brasileira de Computação (SBC)*. Vol.2(2):30–35. Ed. Horizontes, 2009.

UN. World Urbanization Prospects: The 2007 Revision Population Database. 2010.

UNITED NATIONS. Principles and recommendations for population and housing censuses, revision 2. **New York: United Nations**, 2008.

UNITED NATIONS. World Urbanization Prospects: The 2003 Revision Population Database. **New York, NY, United Nations**. Department of Economic and Social Affairs, 2004.

VALENTIM, J. **Desafios futuros ao sistema de saúde com garantia de acesso à alta tecnologia: o caso do Uruguai**. In: BIASOTO JÚNIOR, G.; SILVA, P.L.B.; DAIN, S. Regulação do setor saúde nas Américas: As relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Série técnica OPAS/MS/UNICAMP. Brasília: OPAS, 2006.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto et al. Programa Mais Médicos e as Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina: uma análise comparativa entre instituições de ensino superior. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e170903, 2019.

VIEIRA, R.S.; SERVO, L.M.S. Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). **Nota Técnica nº 16/2013 IPEA** Brasília, 2013.

VISCOMI, Marco et al. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Canadian Journal of Rural Medicine**, v. 18, n. 1, p. 13, 2013.

VOSGERAU, DSR; ROMANOWSKI, JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014.

VUJICIC, Marko et al. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. **Human resources for Health**, v. 2, n. 1, p. 3, 2004.

WAKERMAN, John; HUMPHREYS, John S. Sustainable primary health care services in rural and remote areas: innovation and evidence. **Australian Journal of Rural Health**, v. 19, n. 3, p. 118-124, 2011.

WALTON-ROBERTS, Margaret. Migration: the mobility of patients and health professionals. In: **Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility**. Edward Elgar Publishing, 2015.

WENDT, C; FRISINA, L; ROTHGANG, H. Healthcare Systems Types: A Conceptual Framework for Comparison. **Social Policy & Administration**, v. 43, n.1, p.70-90, fevereiro de 2009.

WHO. **Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Geneva. World Health Organization, 2017.

WHO. **World Health Statistics**. Geneva. World Health Organization, 2019. In: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/. [vários acessos].

WIBULPOLPRASERT, Suwit; PENGPAIBON, Paichit. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. **Human resources for health**, v. 1, n. 1, p. 12, 2003.

WILSON, N; COUPER, I; DE VRIES, E; REID, S; FISH, T; MARAIS, B. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas, 2009. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/Articles/showarticlenew.asp?ArticleID=1060>.

WISMAR, M; MAIER, CB; GLINOS, IA; DUSSAULT, G; FIGUERAS, J. **Health Professional Mobility and Health Systems**. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

WOLOSCHUK, Wayne; TARRANT, Michael. Does a rural educational experience influence students' likelihood of rural practice? Impact of student background and gender. **Medical education**, v. 36, n. 3, p. 241-247, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody's business**. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action World Health Organization, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2006: working together for health**. World Health Organization, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2006: working together for health**. World Health Organization, 2006.

YANG, Chiang-Hsing; HUANG, Yu-Tung A.; HSUEH, Ya-Seng A. Redistributive effects of the National Health Insurance on physicians in Taiwan: a natural experiment time series study. **International journal for equity in health**, v. 12, n. 1, p. 13, 2013.

YOUNG, R. **A major destination country: the United Kingdom and its changing recruitment policies**. In: Wismar, M et al. Health Professional Mobility and Health Systems. The European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, WHO, 2011.

ZHANG, Daqing; UNSCHULD, Paul U. China's barefoot doctor: past, present, and future. **The Lancet**, v. 372, n. 9653, p. 1865-1867, 2008.

ZURN, Pascal et al. A technical framework for costing health workforce retention schemes in remote and rural areas. **Human resources for health**, v. 9, n. 1, p. 8, 2011.

ZURN, Pascal et al. Imbalance in the health workforce. **Human resources for health**, v. 2, n. 1, p. 13, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Teste de validação da Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos: etapas e resultados.

Este teste de validação foi realizado em duas partes, ambas no mês de setembro de 2019: a primeira mais ampla e genérica e a segunda com espectro mais reduzido e sensível. Inicialmente, utilizou-se o Portal de Conhecimentos do PMM seguindo *ipsis litteris* as instruções contidas no próprio portal sobre como utilizar o motor de busca⁹⁰, com a finalidade de realizar uma consulta rápida que servisse de parâmetro para comparar com outros portais de pesquisa. Ao consultar todo o “Acervo de Publicações” (desta forma excluindo as investigações e estudos de caso) sem inserir qualquer palavra-chave ou descritor, obteve-se 479 resultados, porém, entre esses resultados havia 31 trabalhos de congressos e conferências, 21 monografias e 90 trabalhos identificados como “Não Convencionais”. Ao excluir todos eles da busca, obteve-se então 303 artigos e 67 teses/dissertações, num total de 370 registros⁹¹.

Em seguida foram utilizadas as palavras combinadas (frase exata) “mais medicos” e testada a alternativa com acentuação, pela qual não houve diferença no resultado final. A pesquisa retornou com 208 registros, sendo 160 artigos (77%) e 48 teses/dissertações (23%) que foram publicadas entre os anos de 2012 a 2018 em quatro diferentes idiomas: português (192); inglês (35); espanhol (15), e; francês (1). Cabe ressaltar que o descritor indexado ao DeCS⁹² é “Programa Mais Médicos”, contudo, a busca feita com essa combinação de palavras retornou com 177 registros, conforme ilustra a Figura 15.

Na sequência, conduziu-se o texto com o buscador *Google Acadêmico*, também conhecido e referenciado em alguns trabalhos por sua versão na língua inglesa, *Google Scholar*. Trata-se de um serviço oferecido pela Google, que fornece ao usuário a possibilidade de realizar uma pesquisa simples na literatura acadêmica, em várias disciplinas e fontes: artigos revisados por especialistas (*peer-reviewed*), teses, livros, resumos e artigos de editoras acadêmicas, organizações profissionais, bibliotecas de pré-publicações,

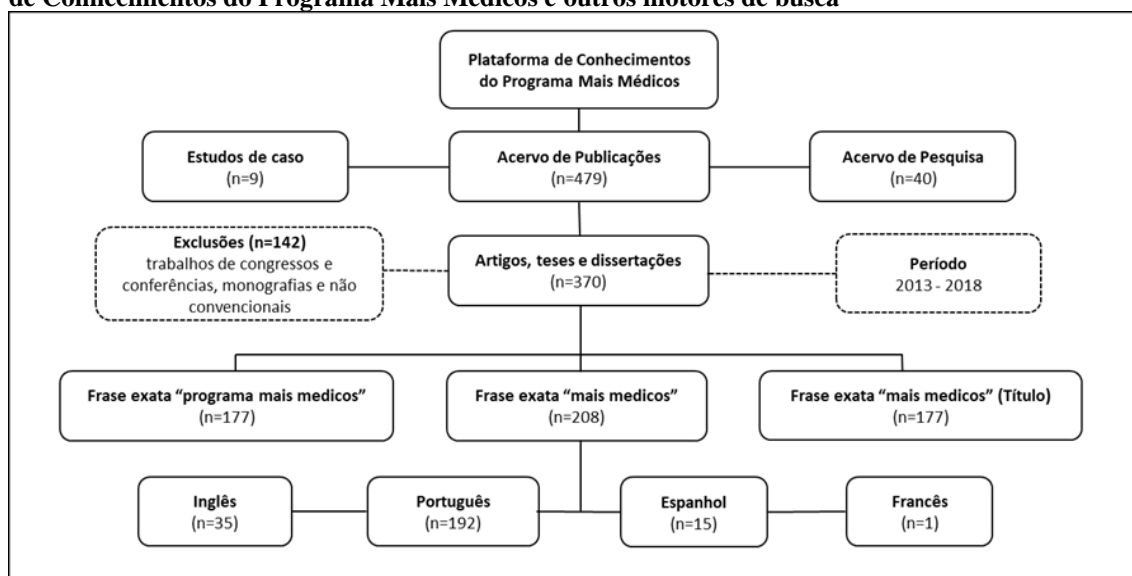
⁹⁰ In: <http://maismedicos.bvsalud.org/como-buscar/>. [vários acessos].

⁹¹ Foram feitas várias buscas em períodos distintos, porém a última pesquisa foi realizada no dia 28/01/2019.

⁹² Descritores em Ciências da Saúde. Última consulta feita em 28/01/2019.

universidades e outras entidades acadêmicas (Bakkalbasi et al, 2006). Segundo Inger & Gardner (2018), o segmento acadêmico costuma recorrer frequentemente à esta ferramenta, sendo que o *Google Scholar* é mais utilizado que o próprio motor de busca principal do Google nos EUA, na maioria dos países da Europa e no Brasil. Ao analisar por área de conhecimento, os autores detalham que o Google Acadêmico é usado preferencialmente ao Google por pesquisadores das áreas de Ciências Sociais e Políticas, Psicologia, Medicina, Ciências da Vida, Ciências Ambientais, Educação, Ciências da Terra, Ciências da Computação, Economia e Finanças e Ciências Agrárias.

Figura 15: Etapas do processo de pesquisa para definir o parâmetro de comparação entre a Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos e outros motores de busca



Fonte: o autor.

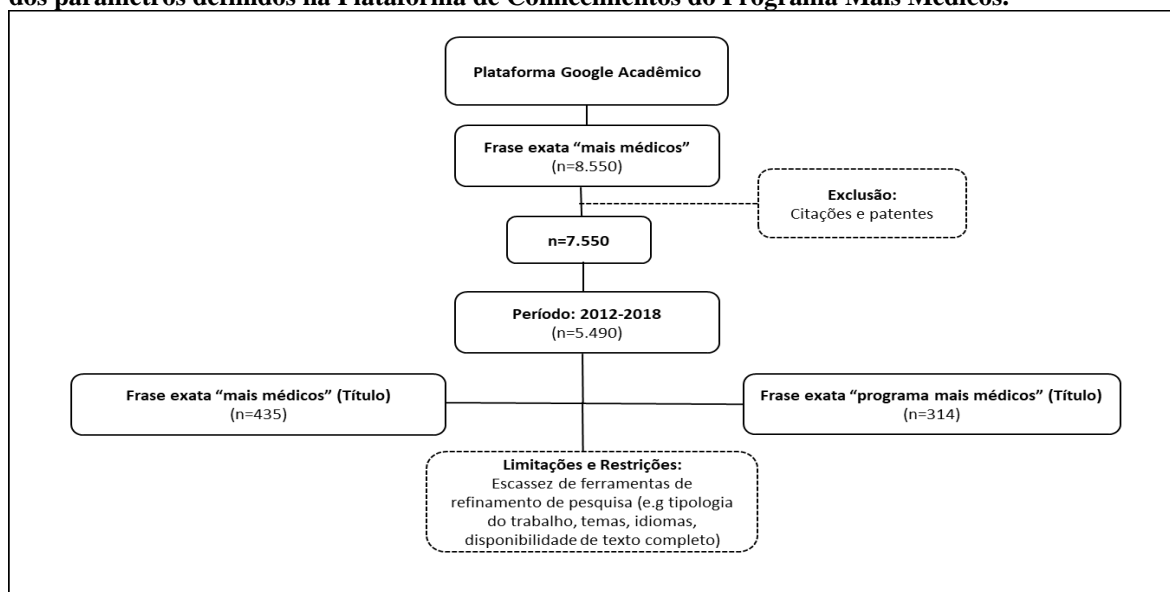
A entrada direta das palavras “mais medicos” no campo de busca do Google Acadêmico gerou 8.550 resultados⁹³, sem distinção para a inclusão de acentuação. Para refinar a pesquisa, foram excluídas as citações e patentes, reduzindo o quantitativo para 7.550. Na sequência, delimitou-se o período da produção entre 2013 e 2018, para se equiparar com a pesquisa da Plataforma de Conhecimentos do PMM. Com este filtro chegou-se a 5.490 resultados. Todas essas consultas foram feitas no buscador principal que, por configuração inicial, faz o rastreamento com a frase exata (*mais medicos*) em todo o documento. Para refinar a busca, foi selecionada a opção de “Pesquisa Avançada”, da qual possibilita que a frase exata seja procurada apenas nos títulos dos trabalhos, ao invés de todo

⁹³ Última consulta feita em 28/01/2019.

o documento. Aplicada esta medida, obteve-se 435 resultados. Vale mencionar que ao substituir as palavras-chaves por “programa mais médicos”, a pesquisa retornava com 314 entradas (Figura 16).

Apesar de possuir um repertório amplo e vasto e conseguir realizar pesquisas em tempo ágil, conforme afirma Nassi-Calò (2015), a ferramenta do Google Acadêmico possui uma série de limitações com relação aos filtros e opções de delimitação da pesquisa. Muito embora os registros tenham superado os da Plataforma de Conhecimentos do PMM, não é ofertada ao usuário uma via simples, rápida e eficiente de delimitar a pesquisa por tipologia do trabalho, por temas, por periódicos ou mesmo saber se há disponibilidade dos textos completos. Seria possível fazê-lo, porém com utilização de outros recursos ou aplicativos adicionais, e isso ou seria muito trabalhoso ou geraria custos extras. Cabe salientar, ainda sim, que alguns autores encontram artigos no Google Acadêmico que não são disponibilizados em outros motores de busca, como mencionaram Puccini et al (2015), ou seja, a ferramenta tem valor acadêmico, conforme corroboram Inger & Gardner (2018).

Figura 16: Etapas do processo comparativo de pesquisa no motor de busca Google Acadêmico a partir dos parâmetros definidos na Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos.



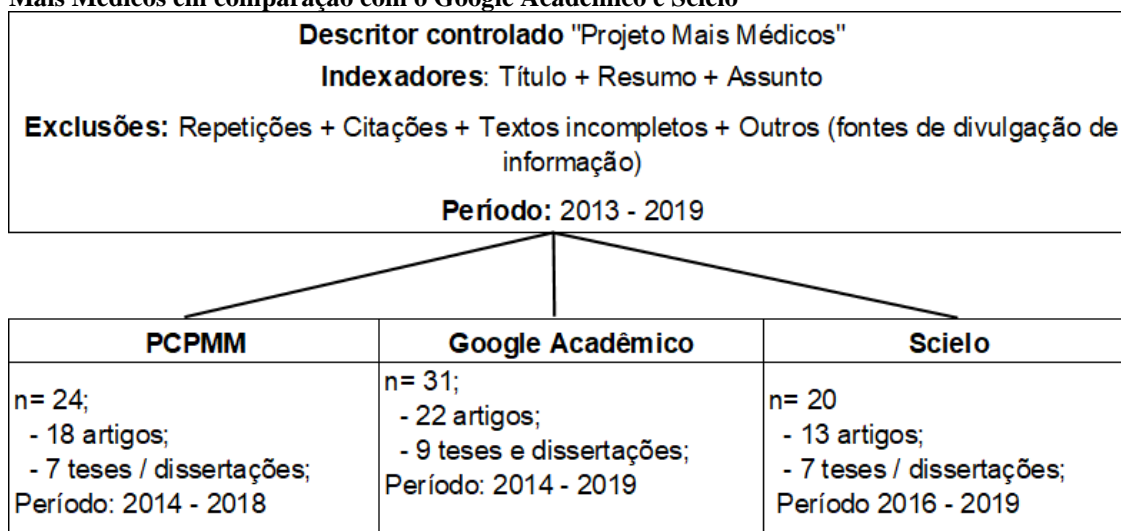
Fonte: o autor.

Tendo em vista que o Google Acadêmico apresentou resultados distintos da PCPMM e, acima de tudo, em número maior, optou-se pela realização de um teste mais sensível e, desta vez, incluindo o buscador da *SciELO* para efeito de controle. Decidiu-se optar por um descritor mais restritivo, que obtivesse um escopo mais reduzido, porém, que ainda tratasse

do tema de pesquisa. O teste então foi realizado com o descritor “*Projeto Mais Médicos*”⁹⁴, indexado aos campos do “Título”, “Assunto” e “Conteúdo”. Foram excluídos os resultados repetidos e os que não disponibilizavam o texto completo, bem como as citações e fontes de divulgação de informação (apresentações de congresso, cartilhas, conferências, entre outros).

Os resultados do teste demonstraram que: (a) o motor de busca do Google Acadêmico novamente retornou com mais resultados e num espaço temporal mais amplo, incluindo publicações para todos os anos do período pesquisado; (b) o buscador da *SciELO* foi o que retornou com menos resultados e com o menor período de abrangência, não disponibilizando nenhuma publicação para os anos de 2013 a 2015; (c) a Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos retornou com o mesmo número de artigos que a do Google para o período de 2014 a 2018, porém não apresentou nenhum resultado para o ano de 2019.

Figura 17: Resultados do teste de validação do buscador da Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos em comparação com o Google Acadêmico e SciELO



Fonte: o autor

⁹⁴ Em referência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), contido no Capítulo IV da Lei 12.871/2013 que institui o Programa Mais Médicos

APÊNDICE 2

Lista da amostra de publicações lidas na íntegra para a revisão integrativa da literatura sobre os resultados do Programa Mais Médicos referentes à fixação desses profissionais (Capítulo 5.2.1)

	Título da Publicação	Autores	Categoria	Tipo	Ano	Principais achados
1	O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica	Pinto et al	Provimento e Formação	Artigo	2014	Provimento após 10 meses: 14.195 médicos em 3.798 - 100% dos municípios aderidos e 33 DSEI. O nº de médicos do Programa é 227% maior do que o total de médicos que ingressaram na ESF em cinco anos (2007-2012); Investimento: R\$ 2,3 bilhões do governo federal = 20% do PAB de 2014. Formação: autorização da abertura de 1.960 vagas de graduação em Medicina
2	Análise da implantação do programa mais médicos	Alessio, MM	Formação	Dissertação	2014	Aumento no número (12.965 para 21.110) e distribuição de vagas de residência médica com a duplicação destas entre 2009 e 2014, registrando aumento mais expressivo nas regiões Norte e Nortes, além do surgimento de especialidades antes inexistentes nessas regiões - influência e combinação sinérgica com o Pró-Residência
3	Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos	Castro, TF	Formação	Dissertação	2015	Supervisão com potencial valor, porém ainda com muitas falhas e carência de estudos complementares
4	Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde	Santos et al	Provimento	Artigo	2015	O programa efetuou, até julho de 2014, o provimento de 14.462 médicos em 3.785 municípios com áreas de vulnerabilidade. Evidências indicam redução em 53% no número de municípios com escassez de médicos; na região Norte 91% dos municípios que apresentavam escassez foram atendidos, com quase cinco médicos cada, em média.
5	Análise do provimento de médicos em municípios participantes do Programa Mais Médicos entre 2013 e 2014	Oliveira, JP	Provimento	Dissertação	2016	Provimento de 14.168 médicos a 3.785 municípios. Destes, 37,2% não apresentavam critérios de prioridade ou vulnerabilidade explicitados nas normativas que regulamentaram a implementação a estratégia. Apresentam-se evidências da redução da carência de médicos, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. O cálculo do Índice Hoover demonstrou que em todas as regiões houve aumento na concentração de médicos. Além disso, entre 2013 e 2014, o Coeficiente de Gini, saltou de 0,178 para 0,343 (p<0,001).

6	Repercussões do programa mais médicos em comunidades rurais e quilombolas	Pereira, LL	Provimento	Tese	2016	Destaca-se como principais alterações após a implantação do PMM nas áreas rurais e quilombolas: presença mais constante do profissional médico na UBS permitindo um melhor acompanhamento das doenças crônicas e maior continuidade da atenção, melhorias no acolhimento aos usuários e criação de vínculo, atuação mais resolutiva buscando resolver os problemas de saúde apresentados, aumento de atividades de educação em saúde e de realização de visitas domiciliares.
7	Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas	Ribas, AN	Provimento	Dissertação	2016	73% dos municípios brasileiros receberam ao menos um médico do Programa, sendo que entre 65 a 83% dos médicos foram alocados em municípios com perfil prioritário, a depender dos critérios utilizados na análise. Além disso, 82% dos médicos foram lotados na ESF, culminando em uma expansão de 15,7% na população coberta nos dois anos de duração do Programa, com percentuais variando de 10 a 25% entre as regiões geográficas.
8	Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos	Alessio & Sousa	Formação	Artigo	2016	Aumento no número (12.965 para 21.110) e distribuição de vagas de residência médica com a duplicação destas entre 2009 e 2014, registrando aumento mais expressivo nas regiões Norte e Nortes, além do surgimento de especialidades antes inexistentes nessas regiões - influência e combinação sinérgica com o Pró-Residência
9	Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família	Thumé et al	Formação	Artigo	2016	Apoio dos orientadores e integração da equipe, com destaque às ferramentas de ensino para o aprimoramento da prática clínica e organização estratégica do trabalho, além de maior compreensão sobre o sistema de saúde público. O reforço no aprendizado da língua portuguesa e a troca de experiência nos fóruns foram considerados aspectos positivos valiosos. Apesar da dificuldade no acesso à Internet em alguns municípios, foi reafirmado o papel central da educação permanente e a viabilidade da metodologia da problematização, mesmo a distância.
10	A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde	Giovanela et al	Infraestrutura	Artigo	2016	Convergências de investimentos dos três programas (Requalifica, PMAQ e PMM). Observa-se concentração de esforços em UBS com potencialidade de melhora da qualidade de sua estrutura. Além da ampliação do acesso, o componente provisão emergencial de médicos do PMM, somado à melhoria da infraestrutura e qualificação do processo de trabalho conflui para enfrentar a rotatividade e garantir a permanência de médicos na APS.

11	Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde	Girardi et al	Provimento	Artigo	2016	Aumento na oferta de médicos em APS no período, o que contribuiu para reduzir o número de municípios com escassez desses profissionais de 1.200 para 777. Este impacto também contribuiu para reduzir as desigualdades entre os municípios, mas as iniquidades distributivas permaneceram. Redução na oferta regular de médicos pelos municípios, sugerindo uma substituição da mesma pela do programa. Assim, permaneceu um quadro de insegurança assistencial em função da dependência dos municípios em relação ao provimento federal.
12	O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	Soares Neto et al	Infraestrutura	Artigo	2016	65,2% das UBSs que receberam médicos do PMM têm infraestrutura de média qualidade e apenas 5,8% delas têm infraestrutura de baixa qualidade. Tendência moderada de que municípios com baixos IDHMs tenham UBSs mais precárias. O fator que mais contribui para o aumento do indicador de infraestrutura das UBSs é a renda média municipal. Por outro lado, o fator que afeta negativamente a infraestrutura das UBSs é estar localizada na região Norte ou Nordeste.
13	O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014	Oliveira et al	Provimento	Artigo	2016	Idem ao item 5
14	A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites	Campos et al	Provimento	Artigo	2016	O Programa Mais Médicos ampliou a cobertura assistencial e tornou mais equitativa a distribuição de médicos na Atenção Básica, não conseguindo, entretanto, resolver problemas estruturais do sistema público.
15	Apontamentos sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Programa Mais Médicos	Faria et al	Formação	Artigo	2016	Ao final do processo de formação, percebeu-se um descompasso entre as ações pedagógicas realizadas nesse módulo e o que é preconizado pelas políticas públicas brasileiras no campo da formação profissional em saúde.
16	O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil	Pereira & Santos	Provimento	Artigo	2017	Aumento de consultas e ampliação do acesso aos serviços de atenção básica ofertados atribuídas à presença do médico e às estratégias mais equitativas adotadas. No entanto, ainda persistem desafios a enfrentar para garantir atenção integral à saúde nas zonas rurais, como a manutenção do programa e a superação de problemas recorrentes, como: falta de medicamentos e exames, limitações no retorno dos pacientes referidos a outros serviços e fragilidades na rede de atenção à saúde
17	A expansão de vagas de residência de medicina de família e comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos	Storti et al	Formação	Artigo	2017	Iniciativas inovadoras de acordo com a realidade de cada município, combinadas com políticas nacionais, favoreceram o protagonismo de gestores municipais em mudanças na formação médica
18	A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros	Miranda et al	Provimento	Artigo	2017	Em 2015, mais de 70% dos municípios tinham aderido ao Programa Mais Médicos (quase 40% das equipes de saúde da família), assegurando a universalização em quase 100% dos municípios de menor porte populacional. Além da expansão, que incluiu mais de vinte

						milhões de habitantes, observou-se a substituição de equipes antes implantadas, sugerindo redução da rotatividade e fixação dos profissionais, o que pode ter sido estimulado pelo financiamento do Ministério da Saúde, desonerando os municípios. Internações por causas sensíveis à atenção primária reduziram-se ainda mais após a implantação do programa, sugerindo sua contribuição na melhoria do acesso e desempenho da atenção primária.
19	Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014	Rocha, VXM	Formação	Dissertação	2017	Como conclusão o trabalho mostra um esforço conceitual e normativo importante da nova DCN 2014, que busca induzir que as escolas médicas brasileiras avancem de um patamar de inovações para mudanças, no sentido reformista que este novo dispositivo se apresenta.
20	A explosão numérica das escolas médicas brasileiras	Lopes, AC	Formação	Artigo	2018	O Estudo da Demografia Médica Brasileira demonstra que as desigualdades regionais na concentração de médicos ainda persistem, mesmo com o provimento emergencial do Programa Mais Médicos. Os desequilíbrios regionais também são percebidos nas vagas de programas de Residência Médica e na concentração de especialistas nos grandes centros e na região Sudeste do país. A explosão de escolas de Medicina coloca o Brasil como o segundo país com mais escolas médicas no mundo e compromete a qualidade do ensino médico.
21	Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos	Freire Filho et al	Formação	Artigo	2018	Diferenças estatísticas significantes entre os escores da escala e a categoria profissional e entre os escores e a escolaridade, sugerindo que os enfermeiros e os profissionais com nível superior são mais inclinados para a prática colaborativa. A análise segundo o perfil do médico - brasileiro, intercambista ou cubano - não determinou diferenças estatísticas nos escores dos médicos, tampouco nos escores dos componentes das equipes de diferentes perfis. o perfil não sugeriu maior ou menor inclinação, com significância estatística, dos médicos ou das equipes para o trabalho interprofissional.
22	Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional	Freire Filho et al	Formação	Artigo	2018	Os cursos analisados representam uma oportunidade para aplicação dos pressupostos da EIP, subsidiando o desenvolvimento de competências para as práticas colaborativas.
23	Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018)	Oliveira et al	Formação	Artigo	2019	Observou-se relevante expansão de escolas a partir dos governos militares, com pico em 2014, frente à implementação do Programa Mais Médicos. Ao longo dos períodos analisados, o ensino médico tornou-se progressivamente privatizado e parcialmente deslocado para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e para cidades de médio e pequeno portes populacionais no interior dos estados.

24	O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade	Oliveira et al	Formação	Artigo	2019	melhor distribuição de vagas de residência entre as regiões do país; diversificação de estratégias para universalização do acesso à residência médica; regulação das vagas de residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade; e qualificação da preceptoría. Na conclusão são apontados desafios enfrentados pelo esforço institucional necessário de manter as ações do PMM visando regular a residência e expandir ações para mais profissões.
25	Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015	Oliveira et al	Formação	Artigo	2019	Redução nas desigualdades regionais na distribuição de vagas de graduação; interiorização da formação; expansão de vagas de residência médica com enfoque na medicina de família e comunidade; expansão da qualificação da preceptoría; e criação do Cadastro Nacional de Especialistas. São apontados desafios enfrentados pelo PMM para alcançar efetivamente seus objetivos, a necessidade de comprometimento do Estado e as atuais ameaças a essa dimensão vital do programa, que busca a garantia do direito à saúde.
26	Programa Mais Médicos e Diretrizes Curriculares Nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde	Oliveira et al	Formação	Artigo	2019	Os resultados demonstram um perfil de estudantes correspondente à 'primeira geração universitária' nas escolas 'novas'. Nestas escolas, as representações sociais dos estudantes de medicina são mais condizentes com as novas diretrizes, com destaque para a evocação de termos como 'vínculo', 'responsabilidade' e 'comunidade'. Nas escolas 'tradicionais', os termos mais destacados foram 'desvalorizado' e 'precariedade', sugerindo uma vivência insuficiente destes estudantes na atenção básica.
27	A gestão da supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil por instituições de educação superior	Penha et al	Formação	Artigo	2019	A ação dos supervisores mostrou-se como ponto-chave de ressignificação sobre o papel das instituições em projetos de ampliação da rede assistencial. O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) foi exemplo disso
28	Um currículo na integração ensino-serviço do Programa Mais Médicos e possíveis efeitos culturais	Silva & Alves	Formação	Artigo	2019	Os resultados confirmaram micromudanças no Programas Mais Médicos que são tratadas como efeitos culturais, postas em prática na integração ensino-serviço, em que se verifica a aproximação de um trabalho mais humanizado. O trabalho na APS se estrutura no uso de estratégias que se constroem e se conectam como potencialidade de um cuidado menos tecnicista e menos fragmentado; portanto, mais integral e humanizado.
29	Programa Mais Médicos e as Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina - uma análise comparativa entre instituições de ensino superior	Vargas et al	Formação	Artigo	2019	A análise da matriz curricular das IES brasileiras permite, de certa forma, dimensionar o quanto ainda se precisa avançar na conformação de seu arcabouço, de modo a oferecer um estudo em Medicina dentro das perspectivas do que o sistema público de saúde brasileiro propõe e necessita. Mais próximo dessa realidade se encontra o currículo da IES cubana, apesar de todas as críticas à vinda de médicos cubanos por meio do PMM.

ANEXOS

ANEXO 1

Taxonomia utilizada para registrar os documentos referentes ao Programa Mais Médicos na Plataforma de Conhecimentos

Tema	Termos relacionados, descritores, palavras-chave
Acesso Universal	Acesso à Atenção à Saúde Cobertura Direito Universal à Saúde
Atenção Primária à Saúde	Atributos de APS e da Atenção Básica Integralidade em Saúde Vínculo-Longitudinalidade Equidade Equipe de Saúde Coordenação de Cuidado Abordagem Familiar
Avaliação de Serviços	Qualidade da Atenção Gestão Clínica
Avaliação do Programa	Avaliação de Impacto Avaliação de Políticas Efetividade Eficiência
Cooperação Internacional	Intercâmbio de Médicos Estrangeiros
Cultura e Saúde	Percepção Assistência à Saúde Culturalmente Competente Competência Cultural
Fixação de Médicos	Distribuição de Médicos Políticas de Regulação de Vagas Atração de Profissionais Migração Médica
Formação-Residência Médica	Ensino-Aprendizagem Educação Permanente Especialização Médica Estudantes de Medicina Formação Médica Implantação de Cursos Avaliação Curricular Certificação Médica Política de Regulação de Vagas para Graduação Médica Residência
Formação Interprofissional	Estudantes de Enfermagem Ensino-Aprendizagem Educação Permanente Enfermagem no PMM Trabalho em Equipe
Implementação do Programa	Governabilidade Governança Financiamento Custo-Efetividade Sustentabilidade
População Vulnerável	Condições Sociais Vulnerabilidade Iniquidades em Saúde



ANEXO 2

Notas metodológicas para realização da análise descritiva da base de dados sobre Médicos no Mundo, contida no Repositório de Dados da Organização Mundial da Saúde.

1. A base de dados disponível no Repositório contém dados de diversos anos, variando entre cada país. Alguns países chegam a ter registros anteriores à década de 1990. Há países que tem registros de mais de 20 anos (como é o caso do Brasil, por exemplo) e outros que não tem nenhuma entrada (p. ex. Venezuela) ou apenas uma entrada (Congo). Para a análise de dados foram consideradas sempre as últimas entradas de cada país;
2. Na base de dados da OMS não há uniformidade entre os países com relação ao último ano (ou ano mais recente) da coleta de dados. A variação entre os últimos anos das coletas vai de 2010 a 2018;
3. Desta forma, optou-se por excluir da análise descritiva, países cujos dados mais recentes eram datados de 2012 ou antes, mantendo-se, portanto, uma janela de 2013 a 2018. De um total de 194 na lista original da OMS, permaneceram 176;
4. A OMS propõe uma categorização dos países que é distinta da divisão “clássica” dos continentes (Disponível em: https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/global/ebdcountgroup/en/. Acessada em 18/05/2019). No entanto, na análise descritiva realizada os países foram agrupados nesta divisão geográfica de continentes, salvaguardando o caso dos países que estão no Oriente Médio, dando-se destaque especificamente a este na análise, separando-o dos continentes asiático e africano;
5. Os nomes dos países foram traduzidos da língua inglesa para a portuguesa em tradução livre;
6. Os valores dos índices de médicos por 10 mil habitantes foram disponibilizados com apenas uma casa decimal e com arredondamento para cima a partir de sete.

ANEXO 3

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

	ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/ FIOCRUZ	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos





Área Temática: Análise comparativa de Programas e Iniciativas Internacionais de Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde

Versão: 3


CAAE: 33553314.7.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ


LISTA DE PESQUISADORES DO PROJETO

CPF/Documento *	Nome *	Atribuição	Email *	Curriculo	Tipo de Análise *	Ação
ex: x Ocorrência 11 a 14 de 14 registros(x) > >>						
609.766.677-49	Walditand Rosa Lenon	Equipe do Projeto	walditand@gmail.com	Link CV	PROPONENTE	
325.202.806-87	Soraya Almeida Bellido	Equipe do Projeto	soraya@nvs.com.br	Link CV	PROPONENTE	
100.337.517-74	LUICIANA LOPE S PEREIRA PINHEIRO	Equipe do Projeto	LULOPE207@GMAIL.COM	Link CV	PROPONENTE	
696.704.001-63	ANTONIO NEVES DE SA	Equipe do Projeto	btbrba@gmail.com	Link CV	PROPONENTE	

LISTA DE COMITÊS DE ÉTICA DO PROJETO

Comitê de Ética *	Tipo de Vinculo *	Ação
5210 - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ	COORDENADOR	

LISTA DE INSTITUIÇÕES DO PROJETO

CNPJ da Instituição *	Razão Social *	Tipo de Instituição *	Comitê de Ética *	Ação
33.781.055/01-507	FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ	PROPONENTE	5210 - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ	

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 773.704

Data da Revisão: 01/09/2014

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Endereço: Rua Leopoldo Bellido, 5480 - Tênis
Bairro: Marquinhos Cb1: 21.045-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2885 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO 4

Cronologia da Legislação do Programa Mais Médicos

Data de Publicação	Normativa	Conteúdo
08/07/2013	Medida Provisória nº 621	Implanta o Programa Mais Médicos
08/07/2013	Decreto nº 8.040	Institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos
08/07/2013	Portaria Interministerial nº 1.639/MS/MEC	Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
09/07/2013	Portaria Normativa MEC nº 14	Dispõe sobre os procedimentos de adesão das instituições federais ao Projeto Mais Médicos
12/07/2013	Portaria Interministerial nº 1.427/MS/MEC	Designa os representantes da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos
18/07/2013	Portaria Interministerial nº 1.493/MS/MEC	Altera critérios de definição para municípios prioritários do Programa Mais Médicos
24/07/2013	Portaria Interministerial nº 266/MPOG/MS	Estabelece as normas para o custeio de despesas com o deslocamento dos médicos
26/07/2013	Portaria nº 838/SAS	Institui os valores de custeio das equipes que contam com médicos dos Programas de Provimento
07/08/2013	Instrução Normativa RFB nº 1383	Instrução da Receita Federal que estipula o vínculo de bolsista para o médico do Programa
09/08/2013	2ª Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação entre MS/OPAS	Desenvolvimento de ações vinculadas ao Projeto "Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde" - Cooperação com o governo cubano
27/08/2013	Portaria GM/MS nº 1.834	Redefine valores de custeio das equipes que contam com médicos dos Programas de Provimento
01/10/2013	Portaria nº 23/SGTES/MS	Dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia e alimentação pelo Distrito Federal e Municípios
22/10/2013	Lei nº 12.871	Institui o Programa Mais Médicos
22/10/2013	Decreto nº 8.126	Dispõe sobre a emissão do registro único e da carteira de identificação para os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil
14/11/2013	Resolução RDC nº 52/ANVISA	Dispõe sobre a utilização do número de Registro Único, emitido pelo Ministério da Saúde para exercício do trabalho do médico
27/11/2013	Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.891	Dispõe sobre o valor das bolsas concedidas aos médicos e define a origem da fonte de recursos para garantir o custeio
28/11/2013	Portaria Interministerial nº 2.921/ME/MEC	Dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais Distrital do Programa Mais Médicos
21/01/2014	Portaria Conjunta nº 1/SGTES-MS/SESU-MEC	Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas
12/02/2014	Resolução nº 1/CPMMB	Dispõe sobre a aplicação de penalidades no caso de ausência injustificada das atividades do Projeto Mais Médicos
19/02/2014	Portaria GM/MS nº 256	Define o prazo para a inclusão dos médicos no SCNES pelos municípios
02/06/2014	Portaria Normativa MEC nº 14	Estabelece os procedimentos de habilitação para autorização de cursos de Medicina em unidades

		hospitalares, por instituições de educação superior privadas
05/11/2014	Portaria Interministerial ° 2.395/MS/MEC	Determina os sistemas de informação que o médico deve usar para registrar sua produção
08/01/2015	Portaria SAS/MS ° 13	Estabelece as regras de inserção dos médicos nos tipos de equipes existentes na APS
01/04/2015	Portaria Normativa MEC ° 5	Estabelece os procedimentos de pré-seleção e adesão de municípios para autorização de curso de graduação em medicina por instituição de educação superior privada
30/04/2015	Portaria Interministerial ° 499/MS/MEC	Define as regras para o afastamento dos participantes do Programa Mais Médicos
06/08/2015	Portaria Interministerial MS/MEC ° 1127	Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)
10/09/2015	Decreto nº 8.516	Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas
30/09/2015	Portaria Interministerial MS/MEC ° 1.618	Institui, no âmbito do SUS, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral e Família e Comunidade,
26/10/2015	Resolução ° 2/CPMMB	Estabelece as diretrizes do caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde
01/03/2016	Resolução ° 1/CPMMB	Dispõe sobre os critérios para ampliação locorregional do Programa Mais Médicos
27/04/2016	Resolução ° 2/CPMMB	Dispõe sobre pagamento de ajuda de custo a médicos intercambistas
29/04/2016	Medida Provisória nº 723	Prorroga o prazo de permanência dos médicos formados no exterior de 3 para 6 anos
24/03/2017	Portaria normativa MEC nº 7	Dispõe sobre os procedimentos de monitoramento para o funcionamento dos cursos de graduação em Medicina em instituições de educação superior privadas, no âmbito do Programa Mais Médicos.
20/07/2017	Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.821	Estabelece os valores para pagamento do auxílio-moradia e auxílio-alimentação
20/02/2018	Portaria Interministerial MS/MEC ° 384	Reajusta o valor das bolsas pagas para os médicos do Programa Mais Médicos

ANEXO 5

Matriz de referência para categorias das intervenções usadas para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais (WHO, 2010)

Categoria de Intervenção	Exemplos
A. Educação	A1 Estudantes de origem rural
	A2 Cursos de graduação na Saúde fora dos grandes centros
	A3 Rotação e estágios nas zonas rurais
	A4 Currículo espelhado na realidade das zonas rurais
	A5 Desenvolvimento profissional contínuo para profissionais da saúde em zonas rurais
B. Regulação	B1 Ampliação do escopo de práticas
	B2 Formação Interprofissional
	B3 Serviço Obrigatório
	B4 Educação subsidiada em troca do serviço
C. Incentivos Financeiros	C1 Incentivos financeiros apropriados
D. Apoio profissional e pessoal	D1 Melhores condições de vida
	D2 Ambiente de trabalho seguro e solidário
	D3 Suporte profissional
	D4 Carreira profissional
	D5 Redes profissionais
	D6 Medidas de reconhecimento público

Fonte: Adaptada de *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention - Global policy recommendations*. WHO (2010)