

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM GEOGRAFIA**

**DANILO SANCHES DANTAS**

**O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: ANÁLISE DO PROCESSO DE  
IMPLEMENTAÇÃO, DESDOBRAMENTOS E PERSPECTIVAS EM  
MATO GROSSO DO SUL**

**DOURADOS - MS  
2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM GEOGRAFIA**

**DANILO SANCHES DANTAS**

**O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: ANÁLISE DO PROCESSO DE  
IMPLEMENTAÇÃO, DESDOBRAMENTOS E PERSPECTIVAS EM  
MATO GROSSO DO SUL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação –  
Curso de Doutorado em Geografia, da Faculdade de  
Ciências Humanas, da Universidade Federal da  
Grande Dourados como requisito final para a  
obtenção do título de Doutor em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Adáuto de Oliveira Souza

Área de Concentração: Produção do Espaço Regional  
e Fronteira

**DOURADOS – MS  
2018**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).**

D192p Dantas, Danilo Sanches  
O Programa Mais Médicos: : análise do processo de implementação,  
desdobramentos e perspectivas em Mato Grosso do Sul / Danilo Sanches Dantas  
-- Dourados: UFGD, 2018.  
263f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Adáuto de Oliveira Souza

Tese (Doutorado em Geografia) - Faculdade de Ciências Humanas,  
Universidade Federal da Grande Dourados.  
Inclui bibliografia

1. Política Pública de Saúde. 2. Atenção Básica em Saúde. 3. Programa Mais Médicos. 4. Mato Grosso do Sul. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.

**“O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: ANÁLISE DO PROCESSO DE  
IMPLEMENTAÇÃO, DESDOBRAMENTOS E PERSPECTIVAS EM  
MATO GROSSO DO SUL”**

BANCA EXAMINADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

Presidente

Prof. Dr. Adáuto de Oliveira Souza

---

1º Examinador

Prof. Dr. Jones Dari Goettert

---

2º Examinadora

Profª Drª Giselle Cristina Martins Real

---

3º Examinadora

Profª Drª Débora Cristina Bertussi

---

4º Examinadora

Profª Drª Lisandra Pereira Lamoso

---

Dourados, 07 de agosto de 2018.

Dedico este trabalho à memória da Bárbara, minha irmã amada, grande e fiel companheira, com a qual tive oportunidade de compartilhar momentos muito especiais, que vão ficar guardados para sempre na minha memória e no meu coração.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por ter tido ao longo da minha vida, saúde, discernimento, apoio e condições para realização de todos os trabalhos, tarefas, missões e atividades a mim confiadas. Agradeço por ter tido a felicidade de encontrar pessoas que me auxiliaram, me apoiaram e me orientaram possibilitando que este trabalho também pudesse ser concluído. Agradeço ainda por ter dado a mim e ao Prof. Adáuto força, saúde, garra e perseverança para vencer os obstáculos vivenciados durante a elaboração da presente tese.

Agradeço de modo especial ao meu orientador de longa data Prof. Dr. Adáuto de Oliveira Souza que, desde a Graduação, está ao meu lado me ensinando, me motivando e construindo literalmente os trabalhos comigo. Meus mais sinceros agradecimentos.

Agradeço também à Professora Dr.<sup>a</sup> Silvana de Abreu por me receber para as orientações em sua casa, e também pelas boas conversas sobre geografia e sobre a vida.

Aos meus pais (Osmar e Maria Isabel), meus primeiros professores, por proporcionarem condições plenas para o estudo e para o trabalho e por me ensinarem valores reais sobre a vida. Graças a eles procuro ser o mais correto e justo possível. Reitero aqui minha gratidão, meu amor e meu respeito por vocês. Agradeço de modo especial o esforço do meu pai na realização da revisão do presente trabalho.

À Eliane, que tem me acompanhado nessa longa jornada, sempre me lembrando da necessidade de alcançar novos horizontes, me cobrando e me motivando a seguir em frente.

Ao Silvio, que também me ensinou muito, inclusive, o meu primeiro ofício. Sempre foi exemplo de idoneidade, bom caráter e perseverança.

Ao meu primo Rafael, que me recebeu em sua casa, durante as viagens que fiz a Campo Grande para participação nas oficinas e demais atividades inerentes à pesquisa. Obrigado pela generosidade, sinceridade e apoio.

Aos meus tios e tias maternos e paternos, em especial à Jandira e Nelson, Luiz Antonio e Marilda, Marilene e Sebastião e Márcia pelo carinho, incentivo e orações.

À minha avó paterna Cecília, pela energia, torcida, pelas palavras amigas, dotada de um espírito pronto para boas e certas orações. Obrigado pelo ponto positivo vó.

Ao Ângelo Franco, que desde o ano de 2000 tem sido meu amigo e orientador, demonstrando, ao longo destes dezoito anos de amizade, força e ânimo, sendo uma inspiração para perseverar sempre. Obrigado por sua amizade, pelo apoio técnico e emocional.

Às Professoras Gisele Girardi, Lisandra, e Flaviana, e aos Professores Edvaldo, Marcos e Ricardo, responsáveis por saberes fundamentais ao cumprimento das etapas do Doutorado.

Carinhosamente, agradecer os membros da Banca de Qualificação, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Giselle Martins Real, Prof. Dr. Jones Dari Goettert e Prof. Dr. Raul Borges Guimarães, cujas observações, críticas e sugestões foram fundamentais para que o trabalho se encaminhasse e resultasse na tese aqui escrita.

Agradeço também à Erika (Secretária do Programa de Pós-Graduação em Geografia), pela presteza, profissionalismo, dedicação e comprometimento institucional.

À Jussara Marques, pelo apoio técnico, pela amizade, confiança e carinho.

Agradeço à equipe do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul, em especial aos integrantes da Diretoria de Administração pela compreensão e paciência diante a minha ausência nestes momentos finais de elaboração do trabalho. Ao Evandro e Nátalli pelas “festas e comilanças”.

Um duplo agradecimento ao amigo Carlos Vinícius, pela compreensão, paciência e incentivo para a finalização dessa pesquisa, além, do brilhante trabalho de correção, tradução e formatação da tese. Agradeço sinceramente o esforço e a dedicação para me auxiliar neste importante momento, muito obrigado.

À Lígia, pela disponibilidade em auxiliar com a indicação de textos e com a leitura prévia de todas as partes do trabalho. Obrigado pelas correções, pelas sugestões, pelo tempo dedicado e, principalmente, pelas palavras de apoio e incentivo. Meu muito obrigado.

À Daniella Fernandes, pelo incentivo e pelas broncas também, muito obrigado.

À Dinaci Ranzi, uma das maiores entusiastas do Programa Mais Médicos em Mato Grosso do Sul, com a qual, contraí uma grande dívida, que não será paga nestas curtas palavras. Obrigado por ter me recebido de braços abertos e sorriso farto em nossa primeira reunião realizada no dia 27 de junho de 2016 na FIOCRUZ. Obrigado por, nestes dois anos, disponibilizar tempo, materiais, livros, contatos, agendas, tudo em prol de me auxiliar na elaboração deste trabalho. Obrigado por abrir as portas e me acompanhar na primeira reunião no Escritório de Referência Descentralizada do Ministério da Saúde. Obrigado pela confiança, pelo crédito e pelo apoio.

À Elza Helena Krawiec e Maysa Fátima Brown, Referências Descentralizadas do Ministério da Saúde na Comissão Estadual Específica do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), agradeço imensamente pela atenção, pelo apoio, pelas informações, pela companhia

durante as oficinas regionais. Dona Elza, aquele seu caderno vale ouro. Sem o apoio de vocês, este trabalho teria sido muito mais difícil de ser realizado. Muito obrigado mesmo.

À Dra. Estanislau Petrona Yarzon Ortiz, representante da Instituição Supervisora do Projeto Mais Médicos em Mato Grosso do Sul, por ter me recebido como um dos membros das equipes de organização das Oficinas de Fortalecimento e Atualização do Processo de Trabalho na Atenção Básica em Saúde da Família e Comunidade. Dona Elza Helena e professora Estani, vocês, ao me aceitarem como um membro de vossa equipe, me proporcionaram uma imersão ao Programa Mais Médicos que dificilmente será traduzida em palavras. Agradeço de coração, pela oportunidade de trabalhar com vocês e com os demais membros das equipes que coordenaram os trabalhos das Oficinas nos anos de 2016 e 2017, nominalmente: José Carlos, Karine Costa, Michele Borsoi, Janainne Escobar e Dr. Oscar Martinez Cruz. Agradeço também pelo apoio com a aplicação dos questionários aos médicos supervisores e aos participantes das oficinas. Muito obrigado.

À Senhora Marlaine Mendes Wolf Viegas, então Coordenadora da Atenção Básica (DAB) da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados. Obrigado pela atenção, e principalmente, pela indicação dos caminhos a seguir no sentido de avançar com a pesquisa.

À senhora Hulda Kedma Rodrigues Orenha, então responsável pelo Sistema de Informação Mortalidade (SIM) da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) pelas instruções e esclarecimentos.

Às senhoras Evanir Serra Rodrigues, Sandra Regina Cometki Ortega e Mirna Aquemi Yassumoto Yamamoto, integrantes da Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Estado de Saúde (CECAA/SES/MS) pelas orientações acerca das formas de acesso aos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Mato Grosso do Sul.

Por fim, registro meus agradecimentos a cada profissional da saúde que participou dos questionários aplicados e que dedica seu tempo e seus saberes no exercício da profissão, servindo à população que mais precisa de assistência e que se permitiram vivenciar as nuances de um programa tão desafiador como o Mais Médicos. Agradeço especialmente os médicos supervisores que também se dedicam a auxiliar nos trabalhos de acompanhamento dos profissionais contratados por meio do Programa. Obrigado pela contribuição, pela doação e pela coragem.

## Resumo

Este trabalho tem como objetivo geral analisar o processo de implementação do Programa Mais Médicos em Mato Grosso do Sul. Trata-se um Programa de âmbito federal implementado em 2013 pelo governo da então Presidenta Dilma Rousseff e estruturado para atuar, simultânea e complementarmente, em três “eixos de atuação”, à saber: Provimento Emergencial; Educação; e Infraestrutura. A pesquisa analisa o Programa Mais Médicos dentro de um processo histórico de lutas e conquistas sociais que objetivaram a universalização do sistema público de saúde, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS) e expresso na Carta Magna de 1988. Destaca-se que as políticas públicas – neste caso de saúde – emergem a partir de problemas que não são inatos, mas produzidos. A questão da escassez de médicos surgiu praticamente como consenso entre os políticos e foi apontada, por diversos estudos, como um dos principais problemas da saúde pública no Brasil. Neste eixo de atuação, o Programa contratou 13.862 profissionais. Em relação às ações no eixo Educação, constatou-se a implementação de um plano de expansão da graduação e da residência médica, unidos a importantes mudanças pedagógicas no percurso formativo dos profissionais médicos e especialistas através da criação de 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência, até 2017. Constatou-se na pesquisa que os investimentos em infraestrutura superaram os R\$ 5 bilhões, voltados para o financiamento de 26 mil obras em quase 5 mil municípios brasileiros por meio do Programa Requalifica UBS. Outro significativo aspecto do Programa foi a contratação de profissionais estrangeiros, iniciativa que – ideológica e midiaticamente – gerou protestos e dezenas de ações jurídicas movidas pelos conselhos de medicina e associações médicas, que solicitavam irresponsavelmente o encerramento do Programa Mais Médicos. Constatou-se que em Mato Grosso do Sul as ações implementadas contemplaram 60 municípios – dos 79 existentes – com a contratação de 339 médicos por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil, ao longo dos quatorze ciclos de chamamento lançados entre 2013 a 2017. Evidencia-se, ainda, que as cidades de Campo Grande, Dourados e Três Lagoas foram contempladas com a abertura de 208 novas vagas nos cursos de medicina em universidades públicas, além, da recente aprovação de implantação de dois novos cursos – setembro de 2017 – à serem ministrados por instituições privadas nas cidades de Corumbá e Ponta Porã – outras 27 cidades brasileiras também receberão os cursos privados –. Observa-se assim, o mercado se apropriando de uma exitosa política pública – agora num outro contexto – pós-golpe – histórico nacional. Evidencia-se que Mato Grosso do Sul foi contemplado com investimentos na ordem de R\$ 57 milhões para 151 ações em obras de ampliação, construção ou reforma das Unidades Básicas de Saúde, em 58 municípios. Trata-se de um Programa que trouxe avanços históricos na área de saúde pública, mas que contraditoriamente enfrentou o corporativismo médico e possibilitou a implementação de mudanças significativas no pensar/agir em saúde pública, com a humanização da formação e atuação da medicina e, sobretudo, interiorizando os investimentos e a assistência pública no setor. Todavia, este novo contexto histórico apontado – com congelamento de investimentos públicos e expansão do setor privado – sinaliza-se que o Mais Médico vem sendo silenciosamente desmontado em seus princípios fundantes, mas também em suas materialidades e ações.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde; Atenção Básica em Saúde; Programa Mais Médicos; Mato Grosso do Sul.

## Abstract

This work has as general objective to analyze the process of implementation of the More Doctors Program in Mato Grosso do Sul. It is a federal program implemented in 2013 by the government of the President Dilma Rousseff and structured to act, simultaneously and complementarily, in three "Axes of action", named: Emergency Provision; Education; and Infrastructure. This study analyzes the Medical Program within a historical process of struggles and social achievements that aimed the universalization of the public health system, materialized in the Unified Health System (SUS) and expressed in the Constitution of 1988. It is emphasized that public health policies - in this case of health - emerge from problems that are not innate, but produced. The issue of the shortage of physicians emerged as a consensus among politicians and was pointed out by several studies as one of the main public health problems in Brazil. In this way, the Program hired 13,862 professionals. In relation to the actions in the Education axis, it was verified the implementation of a plan for the expansion of undergraduate and medical residency, with important pedagogical changes in the training path of medical professionals and specialists through the creation of 11,5 thousand new graduation vacancies and 12.4 thousand places of residence until 2017. It was verified in the research that investments in infrastructure exceeded R \$ 5 billion, aimed in the financing of 26 thousand works in almost 5 thousand Brazilian cities through the Program Requalifica UBS. Another significant aspect of the program was the hiring of foreign professionals, an initiative that - ideologically and mediatically - generated protests and dozens of legal actions by medical councils and medical associations, which irresponsibly requested the closure of the More Doctors Program. It was found that in Mato Grosso do Sul the actions implemented included 60 cities - out of the 79 existing ones - with the hiring of 339 doctors through the More Doctors for Brazil Project, during the fourteen cycles launched between 2013 and 2017. It was verified that the cities of Campo Grande, Dourados and Três Lagoas were contemplated with the opening of 208 new places in medical courses in public universities, in addition to the recent approval of the implementation of two new courses - September 2017 - to be taught by private institutions - in the cities of Corumbá and Ponta Porã - another 27 Brazilian cities will also receive private courses -. Thus, the market is appropriating of a successful public policy - now in another context - post-coup - in national history. It is evident for this research that Mato Grosso do Sul was contemplated with investments in the order of R \$ 57 million for 151 actions in expansion, construction or rebuild of Basic Health Units in 58 cities. It is a program that brought historical advances in the area of public health, but which contradictorily faced medical corporatism and made possible the implementation of significant changes in thinking / acting in public health, with the humanization of training and practice of medicine and, above all , internalizing investments and public assistance in the sector. However, this new historical context - with freezing of public investments and expansion of the private sector - signifies that the More Doctors has been silently dismantled in its founding principles, but also in its materialities and actions.

Key-words: Public Health Policy; Basic Health Care; More Doctors Program; Mato Grosso do Sul.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Divulgação do Mais Médicos no site do Programa .....	27
Figura 2 – Principais características do PROVAB/2013.....	72
Figura 3 – Relação entre ampliação da Atenção Básica e redução das internações.....	74
Figura 4 – Os Eixos de Atuação do Programa Mais Médicos.....	76
Figura 5 – Relação médicos/mil habitantes países selecionados.....	77
Figura 6 – Evolução da razão médico/habitante, 1980 a 2010 - Brasil, 2011 .....	95
Figura 7 – Peça publicitária utilizada em 2013 pela Frente Nacional de Prefeitos .....	113
Figura 8 – Principais problemas do SUS, segundo utilização - Brasil, 2010.....	114
Figura 9 – Principais melhorias sugeridas para os serviços de médicos especialistas, segundo utilização - Brasil, 2010.....	115
Figura 10 – Principais melhorias sugeridas para os serviços de urgência e emergência, segundo utilização - Brasil, 2010 .....	116
Figura 11 – Quadro de classificação das especialidade médicas no Brasil - 1990.....	153
Figura 12 – Escopo de atuação – Ministério da Educação e Ministério da Saúde .....	159
Figura 13 – Relação médico/mil habitantes por UF no ano de 2012 .....	184
Figura 14 – Material de divulgação da 2ª Oficina Regional (2016).....	240

## LISTA DE FOTOS

Foto 1 – Ministro Arthur Chioro durante seminário realizado em Campo Grande.....	118
Foto 2 – Estudantes de medicina com cartazes 'Fora, Dilma' fazem protesto .....	119
Foto 3 – Emplacamento oficial da obra de reforma na UBS Cuiabazinho Dourados(MS)....	190
Foto 4 – UBS Vila Rosa Dourados (MS) após reforma com recursos do Requalifica UBS..	192
Foto 5 – Oficina Regional 2014 – Campo Grande .....	237
Foto 6 – Oficina Regional 2016 – Mundo Novo .....	240
Foto 7 – Oficina Regional 2017 – Aquidauana .....	242
Foto 8 – Oficina Regional 2017 – Corumbá.....	243
Foto 9 – Encontro Locorregional 2017 – Dourados .....	245

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Relação Médicos/1.000 habitantes - Brasil - 2012.....	79
Mapa 2 – Relação de vagas por 1.000 habitantes e vagas nos cursos de graduação em medicina - Brasil - 2018. ....	109
Mapa 3 – Mato Grosso do Sul, municípios de fronteira e cidades gêmeas.....	168
Mapa 4 – Mato Grosso do Sul, microrregiões do IBGE .....	171
Mapa 5 – Mato Grosso do Sul, Plano Estadual de Saúde: divisão por Macrorregiões (2007) .....	172
Mapa 6 – Mato Grosso do Sul, Plano Estadual de Saúde: divisão por Microrregiões (2007)	173
Mapa 7 – Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - Brasil - 2018.....	179
Mapa 8 – Distrito Sanitário Especial Indígena - Mato Grosso do Sul .....	180
Mapa 9 – Distribuição das Unidade de Saúde à Atenção Indígena em MS - 2018.....	183
Mapa 10 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde em Mato Grosso do Sul .....	193
Mapa 11 – Distribuição das intervenções em UBS por município do MS - 2017 .....	200
Mapa 12 – Relação Médicos/1.000 habitantes - Brasil – 2012 – 2013 – 2015 – 2018 .....	250

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de crescimento na relação médico x 1.000 habitantes - Brasil 2012 - 2013	88
Gráfico 2 – Crescimento da Relação Médico/1.000 habitantes - Brasil 2012 - 2018 .....	94
Gráfico 3 – Taxa de Crescimento da Relação Médico por grupo de 1.000 habitantes - Brasil 1980 - 2010.....	96
Gráfico 4 – Taxa de Crescimento da Relação Médico por grupo de 1.000 habitantes - Brasil 1980 - 2018.....	97
Gráfico 5 – Distribuição das vagas nos cursos de medicina - Brasil – 2018.....	103
Gráfico 6 – Vagas nos cursos de Medicina Capital x Interior Brasil – 2018 .....	104
Gráfico 7 – Distribuição das vagas nos cursos de Medicina por UF Brasil – 2018 .....	104
Gráfico 8 – Distribuição das vagas nos cursos de Medicina por Região Brasil – 2018.....	105
Gráfico 9 – Vagas nos cursos de Medicina x Registros Médicos por UF Brasil – 2018 .....	108
Gráfico 10 – Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde MS 2011/2018 .....	196
Gráfico 11 – Linha do Tempo – Médicos no Programa Mais Médicos .....	210
Gráfico 12 – Médicos Contratados em Mato Grosso do Sul 2013 a 2018 .....	220
Gráfico 13 – Número de municípios de Mato Grosso do Sul contemplados com a contratação de médicos nos anos de 2013 a 2018.....	221
Gráfico 14 – Presença dos países ao longo dos ciclos de chamamento em Mato Grosso do Sul – 2013 a 2018 .....	225
Gráfico 15 – Cômputo total dos países ao longo dos ciclos de chamamento Mato Grosso do Sul – 2013 a 2018 .....	225
Gráfico 16 – Participação dos perfis médicos ao longo dos ciclos de chamamento Mato Grosso do Sul – 2013 a 2018.....	226
Gráfico 17 – Cômputo total dos perfis médicos em Mato Grosso do Sul entre 2013 e 2018	227

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos municípios por Região de Saúde do SUS.....	58
Quadro 2 – Relação médico/1.000habitantes por UF - Brasil 2012.....	80
Quadro 3 – Total de Médicos por UF - Brasil 2012 - 2015 - 2018 .....	83
Quadro 4 – Total de Médicos por UF - Brasil 2011 - 2012.....	86
Quadro 5 – Total de Médicos por UF - Brasil 2011 - 2012 - 2013 .....	87
Quadro 6 – Relação Médico/1.000 habitantes por UF - Brasil - 2012 - 2013 - 2015 - 2018...	92
Quadro 7 – Número de escolas de medicina por UF - CFM Brasil - 2018 .....	99
Quadro 8 – Vagas em cursos de medicina por UF - e-MEC Brasil - 2018 .....	102
Quadro 9 – Vagas nos cursos de medicina x número de habitantes por UF - Brasil - 2018 ..	111
Quadro 10 – Distribuição dos ciclos do Programa Mais Médicos .....	127
Quadro 11 – Ocupação das vagas dos cinco ciclos iniciais de chamamento do PMMB .....	140
Quadro 12 – Quantidade de médicos cooperados no Programa Mais Médicos 2013-2018...	141
Quadro 13 – Permanência dos perfis no Mais Médicos ao longo dos 14 primeiros ciclos ....	145
Quadro 14 – Desistência dos perfis no Mais Médicos ao longo dos 14 primeiros ciclos .....	146
Quadro 15 – Distribuição perfis médicos / municípios 2017 .....	147
Quadro 16 – Cursos ofertados pela UNA-SUS no âmbito do Programa Mais Médicos.....	155
Quadro 17 – Atividades dos integrantes dos Programas Mais Médicos e PROVAB .....	160
Quadro 18 – Cronograma de realização das Oficinas Regionais PMM .....	161
Quadro 19 – Recursos financeiros por UF x quantidade de médicos com inscrição homologada no PMMB em 2013.....	163
Quadro 20 – Macrorregião de Campo Grande (2007).....	170
Quadro 21 – Macrorregião de Dourados (2007) .....	170
Quadro 22 – Macrorregião de Três Lagoas (2007) .....	171
Quadro 23 – Estabelecimentos de Saúde em Rio Brilhante e Porto Murtinho - 2016 a 2018	195
Quadro 24 – Portarias que contemplaram o MS com recursos do Requalifica UBS .....	196
Quadro 25 – Acompanhamento das Obras do Programa Requalifica UBS em MS - 2016 ...	198
Quadro 26 – Acompanhamento das Obras do Programa Requalifica UBS em MS - 2017 ...	199
Quadro 27 – Municípios elegíveis ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), segundo critérios de prioridade previstos nos atos normativos – Brasil - 2013-2014 .....	204
Quadro 28 – Perfis dos Médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil .....	206
Quadro 29 – Distribuição dos municípios sul-mato-grossenses de acordo com perfil .....	215
Quadro 30 – Inscrição e contemplação dos municípios sul-mato-grossenses por ciclo.....	217

Quadro 31 – Médicos por municípios Mato Grosso do Sul - 2013 a 2018 .....	218
Quadro 32 – Nacionalidade dos Médicos detalhada por ciclo e local de atuação.....	222
Quadro 33 – Expansão das vagas nos cursos de Medicina em Mato Grosso do Sul.....	232
Quadro 34 – Cronograma de realização da I Oficina PROVAB e PMM/MS - 2014.....	236
Quadro 35 – Cronograma de realização da 2ª Oficina PROVAB e PMM/MS - 2016.....	238
Quadro 36 – Cronograma de realização da 3ª Oficina PROVAB e PMM/MS - 2017.....	239

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS .....	9
LISTA DE FOTOS .....	9
LISTA DE MAPAS .....	10
LISTA DE GRÁFICOS .....	11
LISTA DE QUADROS .....	12
APRESENTAÇÃO .....	15
INTRODUÇÃO .....	18
Capítulo 1 .....	31
O Sistema Único de Saúde (SUS) como produto das políticas de saúde no Brasil: antecedentes históricos, princípios, avanços e desafios .....	31
1.1 – Mudanças de conteúdo e na forma de pensar e fazer saúde .....	31
1.2 – Possíveis desdobramentos da Emenda Constitucional nº 95/2016 .....	50
1.3 – Os desafios... ..	54
Capítulo 2 .....	62
Programa Mais Médicos: o contexto de sua implantação, características básicas e a estratégia política institucional .....	62
2.1 – O contexto de fortalecimento da Atenção Básica no Brasil .....	63
2.2 – Resistências ao Projeto Mais Médicos para o Brasil .....	112
2.3 – O papel da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) .....	137
2.4 – Formação médica: novo currículo na graduação e residência médica .....	148
Capítulo 3 .....	165
Mato Grosso do Sul no Contexto do Programa Mais Médicos .....	165
3.1 – Intervenções na ampliação e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde por meio do Programa Requalifica UBS .....	185
3.2 – Provimento Emergencial .....	202
3.2.1 – O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) .....	203
3.2.4 – O processo de contratação de profissionais em Mato Grosso do Sul .....	213
3.3 – Eixo “Educação” .....	228
CONCLUSÃO .....	246
REFERÊNCIAS .....	252

## APRESENTAÇÃO

A temática sobre políticas públicas tem ocupado lugar de destaque em nosso país, principalmente para este pesquisador que iniciou seus estudos em 2002 no Curso de Licenciatura e Bacharelado em Geografia em Dourados da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, também conhecido como CEUD (Centro Universitário de Dourados).

É oportuno mencionar que todas as pesquisas desenvolvidas, desde o início da graduação até o momento do doutoramento, contou com o trabalho do orientador Prof. Dr. Adáuto de Oliveira Souza, cujo exemplo e determinação sempre contribuíram para a formação deste pesquisador. O resultado destes 15 anos de trabalho é uma produção variada que tem sido utilizada como referência para elaboração de novos trabalhos, novas pesquisas e novos projetos acadêmicos, de vida e de carreira de colegas que ingressaram nos últimos anos na Universidade Federal da Grande Dourados.

Durante os mesmos 15 anos, o Brasil percorreu uma trajetória política que, conforme apontam os investimentos na área de educação, contribuiu para o desenvolvimento de pesquisas sobre políticas públicas, políticas de estado, ou como muitos classificam, políticas de governo. Tomam-se como exemplo, os trabalhos realizados pelo LAPLAN (Laboratório de Planejamento Regional) que muito contribuíram para pesquisas no âmbito das políticas públicas mesmo diante das dificuldades que todos enfrentam na caminhada.

Certa vez, ao enfrentar a frustração pela dificuldade de encontrar respostas a uma determinada política industrial implementada no município de Dourados, as palavras do professor Adáuto nortearam este pesquisador, ao apontar que o papel de um pesquisador não é trazer respostas aos problemas, pelo menos não sempre, e que o importante é trazer à luz da discussão geográfica os temas que tem relevância, a exemplo do impacto social, econômico, político e ambiental.

Atualmente, observa-se um Brasil extremamente diferente daquele de 15 anos atrás, no qual, sob um poder governamental imposto por meio de um golpe, abriu espaço para uma carnificina das políticas e programas de cunho social, com descarada preponderância das forças econômicas atuando livremente no controle do estado. O que permite entender que mais de 1/3 do orçamento tem sido destinado ao refinanciamento da dívida da máquina pública, junto ao sistema financeiro nacional.

Nesse sentido, percebe-se a ação do poder dominante da elite que, hoje, realmente, se sente em casa, num contexto em que a impunidade começa a ganhar força num país onde seu

governante máximo compra, de forma desavergonhada, o apoio de seus legisladores para se manter no poder, onde a chantagem é noticiada como manobra de governo para angariar votos em prol de reformas destruidoras. Assim, a constituição tem sido tratada como simples almanaque com páginas sendo arrancadas e sua história sendo sepultada, da mesma forma, a elite financeira impõe sua agenda avassaladora de desmonte do Estado, de bem-estar social mínimo e dos direitos adquiridos ao longo de décadas de lutas, legitimados por meio da Constituição de 1988.

É neste cenário atípico, daquele vivenciado desde 2002, que se chega ao final de mais uma pesquisa. Um trabalho que também esteve sob ameaça em duas ocasiões: devido a ataques ao programa e a dificuldade de sua manutenção no território nacional.

De todo o exposto, esta pesquisa procura, além de discutir conceitos, preparar um repertório de informações, documentos e reflexões sobre o Programa Mais Médicos para que futuras pesquisas também possam se nutrir deste material.

## INTRODUÇÃO

*L'énigme tissée par les analyses contemporaines des politiques publiques est alors la suivante: comment ces construisent-ils et se cristallisent-ils?*<sup>1</sup>

Massardier (2003, p.4)

Esta pesquisa é resultado das atividades executadas no bojo do curso de Doutorado, ofertado pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia (PPGG) da Faculdade de Ciências Humanas (FCH) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).

O percurso desta ação remete ao ano de 2003, a partir dos trabalhos realizados no Grupo de Estudos do Laboratório de Planejamento Regional (LAPLAN), no então *Campus* de Dourados da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Naquela ocasião, iniciou-se o Plano de Pesquisa – na modalidade de Iniciação Científica – "*Diagnóstico da estrutura industrial do município de Dourados (MS)*", desenvolvido no período de agosto de 2004 a julho de 2005, trabalho que permitiu desdobramentos na elaboração da monografia de conclusão de Curso, defendida em 2006 com o título "*A atividade industrial no município de Dourados (MS): uma abordagem geográfica.*"

Considerando os alicerces teóricos obtidos durante a elaboração dos trabalhos, vislumbrou-se a necessidade de continuar analisando as políticas públicas implementadas pelas diferentes esferas de Governo, e que, por sua vez, também contemplariam a cidade de Dourados.

Foi nesse contexto que, no ano de 2008, o projeto de pesquisa intitulado "*Programa de Aceleração do Crescimento (PAC): Ações e desdobramentos no município de Dourados – MS*" foi submetido ao PPGG/UFGD - na ocasião da Seleção para o ingresso no Curso de Mestrado em Geografia. O projeto teve como desdobramento a dissertação intitulada "*Ações e desdobramentos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) na cidade de Dourados (MS)*" defendida em maio de 2011.

Explicitado o percurso acadêmico, e motivados pelo desejo de seguir estudando os meandros das "políticas públicas" realizou-se, a partir do início de 2016, um levantamento exploratório acerca de políticas e programas governamentais que encontravam-se em

---

<sup>1</sup> O enigma tecido por análises contemporâneas de política pública é então: como eles constroem e cristalizam?  
Tradução livre

execução em Mato Grosso do Sul. Nesse contexto, identificamos a relevância, o ineditismo e a materialidade das ações programáticas, para delimitarmos a nossa proposta de investigação, dessa vez, de uma política de âmbito federal implementada pelo governo da então presidenta Dilma Rousseff (PT 2011-2014 e 2015-2016). Referimo-nos ao Programa Mais Médicos. Historicamente, uma das mais significativas ações do Estado<sup>2</sup> na área da saúde no Brasil.

O Mais Médicos foi criado pelo Governo Federal, inicialmente, através da Medida Provisória Nº 621, de 8 de julho de 2013, que posteriormente foi convertida na Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

De acordo com a Exposição de Motivos EMI nº 00024/2013 MS MEC MP, apresentada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Padilha à Presidenta Dilma Rousseff, na ocasião da submissão da MP Nº 621/2013, dentre os objetivos principais do Programa, destacam-se a diminuição das desigualdades no acesso à saúde no Brasil e aprimoramento da formação médica através do fortalecimento da política de educação permanente com a integração ensino-serviço. Eis os objetivos contidos na citada MP:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS. (BRASIL. EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013).

Fica demonstrado que a concepção do Programa buscava atender a alguns dos princípios expressos na Constituição Federal de 1988, principalmente o que é tratado no artigo 196 que define a saúde como direito da sociedade e responsabilidade do Estado; artigo 200, inciso III, quando afirma que é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) a ordenação da formação de recursos humanos, e artigo 209, que estabelece a livre oferta de

---

<sup>2</sup> Sobre a concepção de Estado, neste trabalho, adotaremos aquela defendida por Poulantzas (2000, p.134). Em suas palavras: “[...], diria que o Estado, no caso capitalista, não deve ser considerado como uma entidade intrínseca, mas [...], como uma relação, mais exatamente como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tais como elas se expressam, de maneira sempre específica, no seio do Estado”.

ensino pela iniciativa privada, desde que atendidas às condições de cumprimento das normas gerais da educação nacional, a autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público.

Ao analisar mais cuidadosamente o dispositivo constitucional, percebe-se que a iniciativa de implementação do Mais Médicos busca corrigir falhas históricas no oferecimento dos serviços de saúde no Brasil. Nessa direção, é válido mencionar que além dos artigos supracitados merece atenção o artigo 198, o qual explicita que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede<sup>3</sup> regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único que atenda integralmente as demandas, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Esse artigo da Constituição Federal é contemplado pelo Programa Mais Médicos, na medida em que se organiza uma estrutura de suporte às atividades da chamada Atenção Básica Saúde que, conforme veremos no capítulo seguinte, é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.<sup>4</sup>

Com tais pressupostos, o Programa Mais Médicos foi concebido para atuar simultaneamente em três eixos, sendo o Eixo 1 – Provisão Emergencial por meio do qual se permitiu a contratação imediata de 13.862 vagas, que não foram preenchidas por médicos bolsistas na última edição do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)<sup>5</sup> realizada em 2013; o Eixo 2 – Educação por meio da implementação de um plano de expansão da graduação e da residência médica, juntamente com importantes

---

<sup>3</sup> Diversos autores, particularmente na Geografia, têm trabalhado a noção de rede, a qual, de certa maneira tornou-se onipresente, e mesmo onipotente, como argumentou Musso (2001) *apud* Dias (2007, p.13). Assim como Dias (2007) concebemos a rede como uma construção social. No caso em evidência, o governo/instituição constrói estratégias político-territoriais que se organizam em rede: “A rede não constitui o sujeito da ação, mas expressa ou define a escala das ações sociais. As escalas não são dadas a priori, porque são construídas nos processos. Como os objetos são conflituosos, as escalas são ao mesmo tempo objeto e arena de conflitos.” E segue: “A rede representa um dos recortes espaciais possíveis para compreender a organização do espaço contemporâneo.” (DIAS, 2007, p.23)

<sup>4</sup> Diretrizes da PNAB 2011. (BRASIL, 2012, p. 19).

<sup>5</sup> Criado por meio da Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) tem o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família sendo contemplados profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que já tenham concluído sua graduação na respectiva área e que sejam portadores de registro profissional junto ao respectivo conselho de classe para atuação em municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade, definidos com base nos critérios fixados pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011. (BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011)

mudanças no modo de formar médicos e também especialistas através da criação de 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência até 2017; e o Eixo 3 – Infraestrutura através da construção de novas unidades básicas de saúde e reforma e ampliação das unidades já existentes com investimentos superiores a R\$ 5 bilhões para o financiamento de 26 mil obras em quase 5 mil municípios.

É pertinente citar que cada um dos três eixos fomentados pelo Programa Mais Médicos, se analisados de maneira mais aprofundada, poderiam, dada a quantidade de ações, o volume de recursos, e os resultados obtidos, originar três trabalhos acadêmicos distintos. No entanto, realizou-se neste trabalho um exercício de sistematização das informações, com uso de tabelas, gráficos e mapas, possibilitando a compreensão do conjunto de intervenções implementadas, em Mato Grosso do Sul, no escopo do Programa.

É oportuno mencionar que a implementação do Programa Mais Médicos foi marcada por uma série de polêmicas, protestos e críticas corporativistas, acerca de sua viabilidade, principalmente em relação à proposta de provimento emergencial que tinha como objetivo preencher vagas disponíveis para atuação de médicos em cidades do interior e também nas periferias das grandes cidades, por meio da contratação de médicos estrangeiros e também de brasileiros formados no exterior sem a necessidade de aprovação no Programa Revalida, aspectos sobre os quais essa pesquisa também se aterá durante seu desenvolvimento.

De posse de dados como os disponibilizados pelo Observatório de Recursos Humanos de São Paulo/ObservaRH de 2012, os quais apontavam que cerca de 86% dos médicos permanecem no local em que cursaram a graduação e a residência médica, o Ministério da Saúde intensificou as avaliações para autorização de abertura dos cursos de medicina em regiões interioranas do país.

Mato Grosso do Sul foi inserido no Programa Mais Médicos figurando entre uma das 22 Unidades da Federação que apresentava a relação médico/mil habitantes menor que a média nacional que, em 2013 era de 1,83 médicos para cada grupo de mil habitantes, contando na ocasião com 1,54 médico/mil habitantes. Tratava-se de uma realidade comum à Região Centro-Oeste, na qual Goiás possuía 1,45 e Mato Grosso 1,1 médicos para cada mil habitantes.

Em relação aos investimentos do eixo da infraestrutura identificou-se que 58 dos 79 municípios sul-mato-grossenses foram considerados aptos a receber ações do Programa Requalifica UBS para obras de reforma, construção e/ou ampliação de Unidades Básicas de Saúde – ações do Eixo 3, de atuação programática – tema tratado no Capítulo 3.

Já com relação a expansão de vagas de graduação dos cursos de medicina, Mato Grosso do Sul foi contemplado com a criação de 60 novas vagas no *Campus* Três Lagoas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, conforme consta na Portaria Nº 274, de 12 de maio de 2014 que trouxe a lista das Universidades Federais que receberam autorização para criar 420 novas vagas para cursos de medicina no interior do país. Ao todo, oito cursos de instituições do Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste do país foram contemplados.

Igualmente na UFGD, ampliou-se mais 30 vagas no curso de Medicina, chegando ao total de 80 (oitenta) anual, bem como a criação do curso de Medicina na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), que passou a funcionar em 2015, com 48 (quarenta e oito vagas), anual, já contemplada a proposta de formação inserido no bojo do Mais Médicos.

Assim, somando-se a importância social do Programa criado em meio a um contexto histórico de déficit de 54 mil profissionais médicos no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde em 2013, com sua efetiva materialização no território nacional, optou-se por trazer essa temática para Geografia, realizando um trabalho acerca do seu processo de implantação e sua espacialização em Mato Grosso do Sul.<sup>6</sup>

Exatamente durante o processo de definição deste como sendo o tema central de nossa tese de doutorado vivenciou-se no Brasil um contexto de intensa instabilidade política e econômica que culminou no dia 12 de maio de 2016 com o afastamento da Presidenta Dilma Rousseff (PT) – golpe parlamentar, jurídico e midiático<sup>7</sup> – e o início de um Governo Interino comandado pelo Vice-Presidente Michel Temer (PMDB).

Durante esse processo, verificou-se uma reestruturação político-administrativa a partir da troca de todos os Ministros do Governo e com a adoção de medidas impopulares em diversas frentes, dentre elas mudanças no provimento de recursos destinados à saúde e à

---

<sup>6</sup> Segundo Milton Santos (1999, p.51): “O espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá.” No interior dessa compreensão, os sistemas de objetos e sistemas de ações interagem e assim o espaço encontra a sua dinâmica e se transforma.

<sup>7</sup> Há várias publicações abordando a temática. Eis algumas: DANTAS, A. T.; JABBOUR, E. M. K.; SOBRAL, B. L. B. “A Recriação Conservadora do Estado: impasses no reformismo progressista e popular e o Golpe de 2016” In: Revista da ANPEGE, v. 12, n. 19, p.38, 21 dez. 2016; GENTILI, P. (ED.). Golpe en Brasil: genealogía de una farsa. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: CLACSO: Octubre Editorial: UMET Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo, 2016; MATTOS, H.; BESSONE, T.; MAMIGONIAN, B. G. (EDS.). Historiadores pela Democracia: o golpe de 2016 e a força do passado. São Paulo, SP: Alameda Casa Editorial, 2016; PRONER, C.; CITTADINO, G.; TENENBAUM, M.; et al. (EDS.). A resistência ao golpe de 2016. Bauru, SP: Canal 6 Editora, 2016; PRONER, C.; CITTADINO, G.; NEUENSCHWANDER, J.; et al. (EDS.). A resistência internacional ao Golpe de 2016. Bauru, SP: Canal 6 Editora, 2016; e SOUZA, J. A radiografia do Golpe: entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: LeYa, 2016.

educação através da adoção de uma Proposta de Emenda Constitucional que prevê o estabelecimento de um teto para os gastos públicos por um período de 20 anos.<sup>8</sup>

De acordo com o Ex-Ministro da Saúde Arthur Chioro, os cortes no orçamento do SUS<sup>9</sup> para 2017 girariam em torno de R\$ 44 bilhões a R\$ 65 bilhões o que, segundo o ex-ministro inviabilizaria a manutenção de programas, como a Atenção Básica em Saúde, no qual encontra-se inserido o Programa Mais Médicos, além de vacinas, medicamentos, controle de doenças, SAMU, Santas Casas, UTI.<sup>10</sup>

No entanto, uma das últimas medidas tomadas pela Presidenta Dilma Rousseff antes da finalização de seu processo de afastamento, foi a aprovação da Medida Provisória Nº 723 publicada no Diário Oficial da União, em 29 de abril de 2016, através da qual ficou garantida a permanência de profissionais brasileiros formados no exterior e de médicos estrangeiros no Programa Mais Médicos.

Com esta medida, cerca de sete mil médicos que deixariam o Programa até o final de agosto de 2016 puderam continuar atuando, mesma realidade vivenciada por outros 5.961 profissionais que precisariam se afastar até o final daquele mesmo ano, em obediência ao que se previa na Lei de criação do Programa, ou seja, três anos de permanência, sem a necessidade de revalidação do diploma profissional e também com o visto de permanência limitado a 36 meses.

---

<sup>8</sup> Analisando essa questão, Sá e Benevides (2016, p.5), argumentam que: “Em especial, o Novo Regime Fiscal visa reverter uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público, o que implica uma ruptura dos acordos políticos e sociais relacionados com essa dinâmica. Portanto, a eventual aprovação e consequente implementação da PEC 241 não seriam processos isolados, provavelmente se ramificando em outras medidas igualmente estruturantes que afetariam compromissos já assumidos quanto à abrangência, princípios, cobertura e qualidade das políticas sociais.” Continuam os mesmos autores: “... fica claro que a PEC 241 impactará negativamente o financiamento e a garantia do direito à saúde no Brasil. Congelar o gasto em valores de 2016, por vinte anos, parte do pressuposto equivocado de que os recursos públicos para a saúde já estão em níveis adequados para a garantia do acesso aos bens e serviços de saúde, e que a melhoria dos serviços se resolveria a partir de ganhos de eficiência na aplicação dos recursos existentes. Ademais, o congelamento não garantirá sequer o mesmo grau de acesso e qualidade dos bens e serviços à população brasileira ao longo desse período, uma vez que a população aumentará e envelhecerá de forma acelerada. Assim, o número de idosos terá dobrado em vinte anos, o que ampliará a demanda e os custos do SUS.” SÁ e BENEVIDES (2016, p.21). Enfim, o debate acerca desta MP e suas implicações precisa ser o mais amplo possível no sentido de compreender suas repercussões na política de saúde do país.

<sup>9</sup> “O gasto público per capita com saúde do Brasil é um dos mais baixos entre países que possuem sistema universal de saúde e mesmo quando comparado ao de países vizinhos nos quais o direito à saúde não é um dever do Estado. Para exemplificar, em 2013, este indicador para o país foi de R\$ 946, equivalentes a US\$ 591. No mesmo ano, o gasto público per capita foi de US\$ 3.696 para a Alemanha, US\$ 2.766 para o Reino Unido, US\$ 3.360 para a França, US\$ 1.167 para a Argentina, US\$ 795 para o Chile e US\$ 4.307 para os Estados Unidos. Observa-se que o gasto público per capita do Brasil é de 4 a 7 vezes menor do que o de países que têm sistema universal de saúde, tais como o Reino Unido e a França, e mesmo inferior ao de países da América do Sul nos quais o direito à saúde não é universal (Argentina e Chile). O gasto público do Brasil como proporção do PIB foi de 3,6% no mesmo ano (Brasil, 2015b).” SÁ e BENEVIDES (2016, p.17)

<sup>10</sup> “Cortes de gastos na Saúde são "morte do SUS", diz ex-ministro” Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2016/06/03/limite-de-gastos-e-declaracoes-de-ministro-preocupam-especialistas-em-saude.htm>>

Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Art. 18. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de 3 (três) anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 14, mediante declaração da coordenação do Projeto. (Medida Provisória nº 723, de 29 de abril de 2016).

De certa forma, a edição desta MP trouxe mais seguridade à manutenção do Programa e conseqüentemente à realização da pesquisa que, obviamente, se construiu em meio a um quadro político extremamente adverso.

Conforme apontado anteriormente, Mato Grosso do Sul ao ser contemplado pelo Programa conseguiu aumentar a cobertura do atendimento médico atendendo, de acordo com o que se divulgou oficialmente, 100% da demanda apresentada pelos municípios. Merece destaque o fato de que em julho de 2013, de acordo com a Associação dos Municípios de Mato Grosso do Sul (ASSOMASUL) pelo menos 34 cidades sul-mato-grossenses sofriam com a falta de médicos.

Nesse sentido, essa pesquisa tem como **objetivo geral** analisar as ações empreendidas nos três eixos do Programa no espaço sul-mato-grossense se atentando para as contradições, tensões e conflitos inerentes ao processo. Especificamente, buscou-se analisar as diretrizes teóricas que deram sustentação a implementação do Programa; caracterizar o processo de execução/funcionamento do Programa na sua totalidade, tomando o Estado de Mato Grosso do Sul como recorte espacial de análise; identificar e caracterizar as ações planejadas e executadas (ou não) em cada um dos Eixos do Programa, a saber, no Eixo Provimento Emergencial; no Eixo Educação e no Eixo Infraestrutura.

Utilizou-se uma abordagem fulcrada na totalidade do processo, ou seja, uma análise do Mais Médicos enquanto política pública – produto de convênio internacional – executada nacionalmente, mas com o recorte de análise em Mato Grosso do Sul.

Santos (1999, p.93) explica que:

A noção de totalidade é uma das mais fecundas que a filosofia clássica nos legou, constituindo em elemento fundamental para o conhecimento e análise da realidade. Segundo essa ideia, todas as coisas presentes no Universo formam uma unidade. Cada coisa nada mais é que parte da unidade, do todo, mas a totalidade não é uma simples soma das partes. As partes que formam a Totalidade não bastam para explicá-la. Ao contrário, é a Totalidade que explica as partes.

Com tais pressupostos, faz-se necessário entender que buscar reconstituir a totalidade, significa estreitar laços com a riqueza de determinações e relações diversas que,

nesse caso, trata-se de não isolar a investigação – mas de relacioná-las dialeticamente – acerca do Programa Mais Médicos nessa Unidade da Federação, tanto sob o ponto de vista do Governo Federal, das secretarias de saúde dos governos estadual e municipais, como de outras mediações, tais como a sociedade e o mercado, as entidades corporativas, a OPAS e os conselhos de saúde.

Portanto, totalidade é um conceito fundamental, também para a compreensão do processo histórico e geográfico, ora em implementação no Mato Grosso do Sul, através do Programa Mais Médicos.

Ainda sobre essa questão, Kosik (1985) assevera que a totalidade não se remete a todos os fatos, mas à essência dialética deles. Em suas palavras: “Na realidade, totalidade não significa todos os fatos. Totalidade significa realidade com um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classe de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido.” (KOSIK, 1985, p.35).

Ainda de acordo com o autor, a realidade é uma totalidade concreta que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos; estrutura, esta, que é própria, dinâmica e vai se (re)criando, portanto, não é um todo perfeito, acabado e isolado. “[...]. O concreto, a totalidade, não são, por conseguinte, todos os fatos, o conjunto dos fatos, o agrupamento de todos os aspectos, coisas e relações, visto que a tal agrupamento falta ainda o essencial: a totalidade e a concreticidade.” (KOSIK, 1985, p.36).

Portanto, o desafio está em separar da realidade total um campo particular, suscetível de mostrar-se autônomo e que, ao mesmo tempo, permaneça integrado nessa realidade total. Assim, o precípua básico desta tese de doutoramento é relacionar o contexto geral dessa política nacional de saúde – inclusive a participação de organismos internacionais – com sua congênere estadual, na tentativa de identificar e analisar suas especificidades e suas materialidades.

A referida proposta decorre do modo a conceber historicamente e conceituar as políticas públicas. Ao discutir o mencionado conceito, Di Giovanni (2009) sinaliza que o mesmo extrapola a ideia de que uma política pública se constitui unicamente em uma intervenção do Estado numa situação social considerada problemática.

Em suas palavras: “penso a política pública como uma forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade” (DI GIOVANNI 2009, p. 4/5) E segue: “Penso, também, que é exatamente nessa interação que se definem as situações sociais consideradas problemáticas,

bem como as formas, os conteúdos, os meios, os sentidos e as modalidades de intervenção estatal” (DI GIOVANNI, 2009, p. 5).

Da interação Estado e Sociedade – suas classes e frações – acrescentaríamos Mercado (economia), que se definem as situações sociais problemáticas, bem como forma, conteúdo, os meios, os sentidos e as modalidades de atuação político-programática. Ou seja, desta interação se definem as políticas públicas: quais setores, espaços, agentes que serão beneficiados (ou não) com os recursos públicos. Tal postura converge com proposta de Poulantzas (2000, p.134), segundo o qual “o estabelecimento da política do Estado deve ser considerado como a resultante das contradições de classe inseridas na própria estrutura do Estado.”

No interior desta concepção (o Estado como relação) compreende-se que o Estado é constituído lado a lado pelas contradições de classe. Assim, uma instituição, o Estado, destinado a reproduzir as divisões de classe, não é, não pode ser jamais, um bloco monolítico sem fissuras, cuja política se instaura de qualquer maneira e despeito de suas contradições, mas é ele mesmo dividido. As contradições de classe constituem o Estado, presentes na sua ossatura material (os seus órgãos: secretarias, ministérios, superintendências, coordenadorias etc), e armam assim sua organização: a política do Estado é o efeito de seu funcionamento (das contradições) no seio do Estado.

Portanto, para Poulantzas (2000), a política do Estado é a resultante das contradições interestatais entre setores e aparelhos de Estado e no seio de cada um deles. E mais, é por isso que, num primeiro nível e a curto prazo, ela aparenta incoerente e caótica. (SOUZA, 2013)

Como procedimentos de pesquisa buscaram-se amparo nos referenciais bibliográficos, documentais e mídias digitais e também em trabalhos de campo. Em termos de referenciais bibliográficos, coletamos trabalhos – dissertações, teses e em periódicos, em especial no portal CAPES – que tratam da temática da universalização da saúde; de política pública de saúde; redes e regionalização em processos de saúde; a relação saúde e território.

Realizou-se levantamento documental<sup>11</sup> – peças normativas nos órgãos governamentais – municipais, estadual e federal – encarregados do planejamento, execução, monitoramento e avaliação do Programa. Dentre eles, no Ministério da Saúde; na Secretaria

---

<sup>11</sup> A análise documental consiste em uma série de operações que buscam o tratamento dos documentos em análise buscando desvelar o contexto histórico/geográfico que foram elaborados (RICHARDSON 1999). Ou também, segundo Cellard (2008), “trata-se de um método de coleta de dados que elimina, ao menos em parte, a eventualidade de qualquer influência – a ser exercida pela presença ou intervenção do pesquisador – do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados, anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida.” Portanto, tal procedimento, atenua a interferência que a presença do pesquisador causa no campo empírico.

de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul e nas secretarias de saúde dos municípios contemplados pelo Programa; na Coordenadoria do Programa em Mato Grosso do Sul, no Conselho Estadual de Secretários Municipais de Mato Grosso do Sul (COSEMS).

Cabe mencionar que o trabalho de levantamento de informações foi feito de forma constante nos anos de 2016, 2017 e 2018, por meio de visitas às páginas do Ministério da Saúde, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), da Associação dos Municípios do Mato Grosso do Sul (ASSOMASUL), das Secretarias Municipais de Saúde com o intuito de acompanhar as publicações e as ações realizadas no seio do Programa. Vale ressaltar, no entanto, que a divulgação das ações no âmbito do Programa Mais Médicos, principalmente nos sítios oficiais foi drasticamente reduzida a partir da mudança de governo, ocorrida em maio de 2016. Este fato dificultou sobremaneira o monitoramento do processo de manutenção do Programa, mas não inviabilizou a realização do trabalho graças às atividades de campo e de consultas em outras fontes.

Por isso, com o objetivo de acompanhar os desdobramentos decorrentes da implementação do Programa, recorreu-se constantemente aos sítios de notícias, dentre eles: *Campo Grande News*, *Midiamax*, *Correio do Estado Online*, dentre outros, coletando matérias publicadas acerca do Mais Médicos nesta Unidade da Federação.

Sobre este procedimento metodológico cabe mencionar que as ações implementadas no bojo do Mais Médicos e do Requalifica UBS eram regularmente divulgadas na mídia eletrônica, seja em sítios oficiais dos governos Federal, Estadual e Municipal, seja nos jornais eletrônicos.

**Figura 1 – Divulgação do Mais Médicos no site do Programa**



Fonte: <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>>

Nesse sentido, esta se constitui como uma importante fonte de informações, ressaltando, obviamente, o fato de que, por ser uma fonte oficial, ou de propriedade privada, pertencentes a grupos ou pessoas com vinculação política, procurou-se tomar os devidos cuidados com as implicações ideológicas nela contidas, extraíndo os dados que foram posteriormente analisados e tratados.

Outro procedimento adotado foi a realização de visitas aos órgãos públicos responsáveis pela gestão da saúde municipal, estadual e federal. Nesse sentido, no dia 25 de maio de 2016 realizou-se uma visita à Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, quando a então Coordenadora da Atenção Básica (DAB), Senhora Marlaine Mendes Wolf Viegas, atendeu este pesquisador. O objetivo foi buscar compreender como se deu a inserção de Dourados no Programa Mais Médicos, bem como a distribuição dos profissionais contratados via Programa nas Unidades Básicas de Saúde do município.

Também estabeleceu-se contato com ex-secretária de saúde do município de Corumbá, Senhora Dinaci Vieira Marques Ranzi que, na ocasião da implantação do Programa em Mato Grosso do Sul, compôs juntamente com mais quatro representantes, a Comissão Estadual Específica do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) instituída pela PORTARIA Nº 16, de 22 de julho de 2014 do Ministério da Saúde, que dispunha sobre a composição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil e das Comissões Únicas do PROVAB/Mais Médicos.

Realizou-se também uma entrevista prévia no Escritório de Referência Descentralizada do Ministério da Saúde em Campo Grande, no dia 14 de julho de 2016. Na ocasião foram entrevistadas as Senhoras Elza Helena Krawiec e Maysa Fátima Brown, representantes do Ministério da Saúde na Comissão Estadual Específica do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), a Senhora Dinaci Vieira Marques Ranzi, a Senhora Estanislaa Petrona Yarzon Ortiz, representante da Instituição Supervisora do Projeto Mais Médicos do Projeto Mais Médicos no caso a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e o Senhor Oscar Martinez Cruz, médico cubano contratado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para interlocução junto aos médicos cubanos contratados para atuação nos estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Visitas posteriores foram realizadas ao longo dos anos de 2017 e 2018, nas quais as Senhoras Elza Krawiec, Maysa Brown e Estanislaa Ortiz sempre nos atenderam pronta e gentilmente.

Também realizou-se no dia 15 de julho de 2016 uma visita à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS), onde conversamos com a Senhora Hulda Kedma Rodrigues Orenha, responsável pelo Sistema de Informação Mortalidade (SIM).

Outro órgão visitado no dia 15 de julho de 2016, foi a Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Estado de Saúde (CECAA/SES/MS). Na ocasião, conversamos com as Senhoras Evanir Serra Rodrigues, Sandra Regina Cometki Ortega e Mirna Aquemi Yassumoto Yamamoto sobre as formas de acesso aos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Mato Grosso do Sul.

Observou-se que estas visitas, entrevistas e orientações permitiram o estabelecimento de um contato contínuo com os órgãos responsáveis pela implementação do Programa, no caso da Referência Estadual dos Programas de Provisão de Médicos DEPREPS/SGTES/MS, e pelo controle e avaliação das ações diretamente atendidas pelo Programa Mais Médicos, no caso a CECAA/SES/MS.

Compõe ainda parte deste conjunto de visitas, a realização de trabalho de campo em municípios beneficiados com recursos do Programa Requalifica UBS e com a presença de médicos do PMM.

É oportuno mencionar que este pesquisador integrou a equipe de organização das oficinas regionais realizadas nos anos de 2016 e 2017 em Mato Grosso do Sul, um importante processo de formação continuada ofertado aos médicos contratados tanto pelo PMMB, como pelo PROVAB fato que proporcionou a interação junto aos sujeitos envolvidos no processo, discutindo estratégias de composição das equipes saúde da família com médicos dos dois programas e ampliação da cobertura saúde da família.

Por fim, as consultas ao Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) do Governo Federal se mostraram como uma confiável ferramenta de pesquisa. Ao todo para a obtenção de dados utilizados na construção da presente tese, foram registradas oito consultas direcionadas ao Ministério da Saúde.

Também foi realizado um pedido de informação por meio do Sistema de Ouvidorias do Poder Executivo Federa (e-OUV), que não foi atendido.

Nesse contexto, o presente trabalho encontra-se dividido em três capítulos que, por sua vez, seguem divididos em subcapítulos e seções. O primeiro capítulo, intitulado O Sistema Único de Saúde (SUS) como produto das políticas de saúde no Brasil: antecedentes históricos, princípios, avanços e desafios segue subdividido em três subcapítulos sendo que o primeiro contextualiza o processo de implementação do SUS, analisando a trajetória histórica percorrida no Brasil a partir da década de 1970 até a promulgação da Constituição Federal de 1988, o segundo trata sobre os desdobramentos da Emenda Constitucional nº 95 e o terceiro versa acerca dos desafios inerentes ao processo de “descomprometimento do Estado” pós-golpe de 2016.

O Capítulo 2 analisa de forma ampla o Programa Mais Médicos, abordando os antecedentes, os alicerces jurídicos e legais que possibilitaram sua implementação no Brasil, a partir de 2013. Sua estrutura segue dividida em quatro subcapítulos sendo que o primeiro traz uma análise acerca do recente processo de fortalecimento das políticas e programas voltados à Atenção Básica no Brasil, o segundo apresenta uma discussão sobre as resistências contra à implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, o terceiro é dedicado à apresentar o papel desempenhado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na contratação dos médicos cooperados cubanos e o quarto subcapítulo discute as mudanças implementadas no processo de formação médica a partir das alterações viabilizadas pelo Programa.

O Capítulo 3 é voltado a apresentar e discutir as ações implementadas através do Programa Mais Médicos no estado de Mato Grosso do Sul destacando intervenções planejadas e executadas, no bojo dos três eixos ou pilares de atuação do Programa, a saber: provimento emergencial, ampliação e melhoria da infraestrutura e formação para o SUS. Para organizar a análise, o capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos, sendo o primeiro dedicado à apresentação e discussão acerca das intervenções na ampliação e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde por meio do Programa Requalifica UBS, no segundo são apresentados os dados relativos ao eixo do provimento emergencial, com detalhamento das contratações de profissionais médicos em todos os ciclos do Programa desde 2013 até 2018, e no terceiro são analisadas as ações empreendidas no eixo da formação para o SUS, trazendo dados acerca da ampliação de vagas nos cursos de graduação em medicina, nos cursos de residências médicas e relatos sobre as oficinas regionais de formação.

## Capítulo 1

# **O Sistema Único de Saúde (SUS) como produto das políticas de saúde no Brasil: antecedentes históricos, princípios, avanços e desafios**

*“[...] SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas [...]”*  
SANTOS, Néelson Rodrigues (2009, p.17)

### **1.1 – Mudanças de conteúdo e na forma de pensar e fazer saúde**

O percurso metodológico nos impõe a necessidade de se contextualizar o Programa Mais Médicos, dentro de um processo histórico de lutas e conquistas sociais que objetivaram a universalização do sistema público de saúde no Brasil, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, dado a sua complexidade – evidenciada na epígrafe – mas fundamentalmente os objetivos delineados neste trabalho, faremos um “sobrevoo sucinto” acerca dessa questão, buscando construir os alicerces teóricos indispensáveis a presente tese.

A aparente simplificação das reflexões apresentadas decorre do esforço de cobrir um longo período histórico, na tentativa de destacar momentos-chave na definição dos rumos da saúde como política e sua relação com o mercado no território brasileiro.

As políticas públicas – neste caso de saúde – emergem a partir de problemas que não são inatos, mas produzidos. Em outros termos, para que um problema seja incluído na pauta política, é preciso que seja reconhecido como tal, o que denota certa lógica de escolha que é relativa aos valores sociais preponderantes no contexto socioespacial e histórico em que se estabelece, dos sujeitos envolvidos – sociedade civil, governos e mercado. Isso significa dizer que tal escolha é historicizada (e geográfica!), portanto, não resulta de um consenso entre as diversas prioridades e interesses que se manifestam, contraditoriamente, na sociedade e no espaço. Antes, um problema reconhecido como público pode ser produto do êxito de grupos de interesses (ou classes/frações de classes) em conferir visibilidade às questões que lhes afligem. Com esse pressuposto, importa problematizar o contexto em que o debate da saúde pública e de qualidade se inscreve na sociedade brasileira e o papel desta sociedade/movimentos sociais para dar visibilidade às suas demandas como questões a serem incorporadas à agenda política e serem expressas na Constituição Federal de 1988.

Xavier (2017, s.p), durante o Simpósio Internacional sobre Políticas Públicas menciona que:

É importante pontuar que a política de saúde brasileira sempre foi marcada pelo predomínio de interesses de grupos particulares seguindo o modelo médico-assistencial-privatista. A hegemonia desse modelo na assistência à saúde foi amplamente questionada nos anos de 1970 através do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro. O MRS passa a propor uma reforma social centrada na democratização da saúde, do Estado e da sociedade [...] e a concretizar, em diferentes momentos históricos, ações que expressam a concepção de saúde como direito de todos/as e dever do Estado, portanto, constrói com apoio das massas, um novo projeto de saúde, de Estado e de sociedade para o país.

Santos N. R. (2009, p.22), corrobora com a análise ao nos ensinar que:

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira surge na segunda metade dos anos 1970 no âmago do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, ou seja, o das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura.

Ainda sobre essa temática, Paim (2007, p.97) assevera, apropriadamente, que:

[...] pode-se concluir que a RSB [Reforma Sanitária Brasileira] é uma “reforma social” centrada na democratização “da saúde” por meio da elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e do reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão. É uma reforma “do Estado” e dos seus aparelhos quando defende a descentralização do processo decisório, o controle social e o fomento da ética e da transparência nos governos. É, também, uma reforma “da sociedade e da cultura” quando se propõe a alcançar os espaços da organização econômica e cultural mediante a produção e distribuição justa da riqueza, uma “totalidade de mudanças” em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, articulado a uma reforma intelectual e moral.

Do ponto de vista do CONASS (Brasil, 2006, p.25):

Dentre as muitas lições aprendidas no movimento de reforma sanitária, uma merece ser destacada: a mudança foi alcançada por um longo e duro movimento de politização da Saúde que articulou movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e políticos, especialmente parlamentares.

Matta e Lima (2008, p.27/8) refletindo acerca dessa questão, igualmente atestam:

Originalmente, [...], o projeto da Reforma Sanitária está imbricado com a perspectiva de reforma social, com a construção de um Estado democrático, para além de uma reforma setorial. Não bastava superar, entre outros, o intenso processo de privatização capitaneado pela medicina previdenciária, a dicotomia curativo-preventivo e o corporativismo na saúde, que caracterizava o modelo anterior. Aliado à reestruturação institucional e do processo de trabalho, a partir da redefinição do modelo assistencial, eram necessárias mudanças no conteúdo e na forma de pensar e fazer saúde, que se expressa na ampliação do conceito de saúde, e avançar a consciência sanitária acerca dos problemas de saúde, suas causas e as lutas por sua transformação.

Vale mencionar que a definição atual de saúde é dada pela Carta de Ottawa (1986):

As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema saudável, justiça social e equidade. Qualquer melhora da saúde há de ter como base, necessariamente, estes pré-requisitos. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve ser

capaz de satisfazer suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente.<sup>12</sup>

Nesse sentido, esse documento expressa um marco histórico na definição de saúde, tendo em vista que não relaciona a saúde apenas a uma concepção curativa e preventiva de doenças, ao contrário, avança incorporando a questão do bem-estar, um conjunto de fatores que se relacionam em boas condições de vida ao Homem, a partir de suas aspirações e necessidades históricas.

Com tais pressupostos, concordamos com Ocké-Reis (2010, p.102) no sentido de que:

A criação do SUS é um legado das crenças democráticas e socialistas que surgiram durante a redemocratização do Brasil, em meados dos anos de 1980, com o apoio dos partidos políticos progressistas e dos movimentos sociais e intelectuais da esquerda, inspirados nas experiências universalistas dos sistemas nacionais de saúde [...].

Complementa o autor: “um modelo redistributivo, inspirado nas premissas igualitárias do Estado de bem-estar social europeu.” OCKÉ-REIS (2010, p.101).

Abordando historicamente a atuação estatal na implementação de políticas voltadas à regulação social, por meio da criação e adoção de políticas nas áreas da saúde, educação, geração de emprego e renda, Draibe e Queiróz (1993, p.34)<sup>13</sup> observam-se que:

---

<sup>12</sup> Documento final da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, efetivada em Ottawa (Canadá), em 1986.

<sup>13</sup> Draibe e Queiróz (1993, p.21) asseveram que: Entre os anos trinta e a década de setenta, constituiu-se e consolidou-se institucionalmente, no Brasil, o Estado Social. É útil, desde logo, explicitar a concepção de "Welfare" com a qual estamos trabalhando [...]. Por "Welfare State" estamos entendendo, no âmbito do Estado Capitalista, uma particular forma de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a Economia, entre o Estado e a Sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico. Tais transformações se manifestam na emergência de sistemas nacionais, públicos ou estatalmente regulados de educação, saúde, integração e substituição de renda, assistência social e habitação que, a par das políticas de salário e emprego, regulam direta ou indiretamente o volume, as taxas e o comportamento do emprego e salário da economia, afetando, portanto, o nível de vida da população trabalhadora. Concretamente, trata-se de processos que, uma vez transformada a própria estrutura do Estado, expressam-se na organização e produção de bens e serviços coletivos, na montagem de esquemas e transferências sociais, na interferência pública sobre a estrutura de oportunidades de acesso a bens e serviços públicos e privados e, finalmente, na regulação da produção e de bens e serviços sociais privados. Fundamental, nessa concepção, é o caráter de sistema nacionalmente articulado estatalmente de proteção social. Não se insere nos objetivos deste trabalho a discussão da existência e/ou tendências e das particularidades do Welfare State no Brasil. Para uma discussão desta temática, consultar: BENEVIDES, C.V. Um Estado de Bem-Estar Social no Brasil? Rio de Janeiro: UFF, Dissertação (Economia), fevereiro 2011. Acerca dos objetivos de sua dissertação, a autora elucida que: “Este trabalho teve por objetivo documentar a existência do Estado de Bem-Estar Social no Brasil, de modo a situar o sistema de proteção brasileiro no contexto internacional de análise desse tipo de Estado, tentando elucidar sua formação, caracterização e tendências. [...] Essa análise permitiu não apenas ratificar a existência do Welfare Brasileiro, mas também contrastar o caso brasileiro com as tendências dos Estados de Bem-Estar contemporâneos mais efetivos. [...]”. Ainda sobre essa temática, Draibe e Queiróz (1993, p.5), afirmam que: “Exatamente o que os estudos comparativos têm mostrado é que o "Welfare State" pode ser mais universalista, institucionalizado e estatizado, em alguns casos, ao passo que, em outros se mostra mais privatista e residual; em

Desde o fim da década de 1970, mas principalmente nos anos 80, o Estado Social brasileiro vem passando por transformações. Sem nenhuma dúvida, a crise econômica acelerou este processo, dadas as restrições mais gerais que impõe nos planos do emprego e da renda, assim como suas implicações sobre o financiamento do setor público em geral, e das políticas sociais em particular. Também a gestão conservadora da crise, no início da década, deve ter contribuído para acentuar este movimento. Mas foi sobretudo a crise do regime autoritário e o processo de democratização que mais fortemente determinaram a mudança.(...)

Na área social, [...], alguns ensaios de reestruturação tem início já no fim da década passada, sem que contudo uma radical alteração nos princípios gestores do "Welfare" tenha se processado (propostas de alterações na política de saúde; medidas encaminhadas no financiamento da Previdência em 1981; etc.).

#### Prosseguem os mesmos autores:

Em relação à política de saúde, desde o fim dos anos 70, via medicina previdenciária, abre-se o atendimento de urgência a toda população. No caso da educação, o nível básico obrigatório e gratuito consta já da primeira constituição republicana e a extensão da obrigatoriedade para oito anos de educação básica, na década de 70 amplia esse "direito" da cidadania [...]. Entretanto estas tendências universalizantes longe estão, ainda, de conferir ao sistema brasileiro características do tipo "institucional-redistributivo."<sup>14</sup> (DRAIBE e QUEIRÓZ, 1993, p. 27)

Portanto, é no final da década de 1980, que o Brasil institucionaliza, por meio da Constituição Federal, a oferta e/ou o acesso, ou pelo menos, institui o direito à saúde.

Foi neste viés que em 1976, por meio do Decreto nº 76.307, de 24 de agosto, foi criado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O Programa reconhecia que a complexidade nosológica<sup>15</sup> de uma comunidade aumenta na medida em que cresce o seu grau de desenvolvimento.

Essa circunstância recomenda que os serviços de saúde sejam organizados de forma hierarquizada, descentralizando - para unidades mais simples localizadas na periferia - as ações de saúde de maior frequência e de fácil aplicação, mas centralizando - em locais estratégicos - os recursos e serviços especializados ou de maior porte. (FINKELMAN, 2002, p. 244)

---

uns mais generosos na cobertura e diversificação dos benefícios, em outros mais seletivo e assistencialista; em alguns países é mais intenso o mecanismo de dinâmica político-partidária e eleitoral, enquanto em outros é mais "politizado" e clientelisticamente utilizado. Em determinados casos e padrões, foi capaz de praticamente extirpar a pobreza absoluta, garantindo uma renda mínima (ou o imposto negativo) a todos quanto não lograram integrar-se via mercado e salário; em outros, tem deixado relativamente a descoberto e desprotegidos os bolsões ou, as camadas mais pobres da população. Por fim, argumentam: "um bom ponto de partida é a constatação de que o próprio conceito de "Welfare State" não é unívoco e admite variações segundo as correntes teóricas a que se filiam seus estudos." (DRAIBE e QUEIRÓZ, 1993, p.3).

<sup>14</sup> "Welfare" do tipo Institucional-redistributivo segundo os autores é caracterizado pela política substancialmente universalista e igualitária, mais ou menos temperada pela política seletiva. (DRAIBE e BENEVIDES, 1993, p.18).

<sup>15</sup> De acordo com o Dicionário Médico nosologia é a parte da medicina que trata da classificação das diferentes patologias. Disponível em: <http://www.dicionariomedico.com>

O objeto central do Programa era dotar as comunidades do Nordeste – cidades, vilas e povoados até 20 mil habitantes – de uma estrutura básica e permanente de saúde pública capaz de contribuir na solução dos problemas médico-sanitários de maior reflexo social.

Textualmente:

Art. 2º Constituem diretrizes básicas do Programa:

I - ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;

II - ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais frequente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados;

III - desenvolvimento de ações de saúde, características por serem de baixo custo e alta eficácia;

IV - disseminação de unidades de saúde tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da Região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos;

V - integração a nível dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde;

VI - ampla participação comunitária

VII - desativação gradual de unidades itinerantes de saúde, a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente. (BRASIL, Presidência da República, Decreto nº 78.307 de 24 de Agosto de 1976)

Analisando as diretrizes do PIASS, Finkelman (2002), afirma que a rede de serviços, fundamentalmente estadual e municipal, se desdobrava em três níveis de atuação: elementar, intermediário e de apoio. Os dois primeiros estavam constituídos por unidades operadas por pessoal de nível elementar. As unidades de apoio, estrategicamente localizadas, estavam formadas por unidades integradas de saúde, dispondo de recursos humanos de nível profissional e, em alguns casos, de facilidades para hospitalização.

Vale mencionar que o PIASS teve suas ações intensificadas a partir da publicação do Decreto nº 84.219, de 14 de Novembro de 1979, que regulamentou a prorrogação do programa para o período de 1980 a 1985 e incluiu a instalação de sistemas simplificados de abastecimento de água e soluções domiciliares para destino de dejetos em povoados, vilas e cidades de pequeno porte.

O citado decreto explicita que o Programa deve dar atenção especial às ações desenvolvidas na Região Nordeste e expansão para as Regiões Norte e Centro-Oeste, Estado do Espírito Santo e, no Estado de Minas Gerais, as macrorregiões do Polígono das Secas, noroeste e vale dos rios Jequitinhonha, Mucuri e Doce, priorizando as áreas de maior densidade de pobreza, nas demais macrorregiões do Estado de Minas Gerais e Estados das Regiões Sudeste e Sul. (BRASIL, Presidência da República, Decreto nº 84.219, de 14 de Novembro de 1979).

Paim (2010, p.96) argumenta: “a RSB e o SUS nasceram dos movimentos sociais, na sociedade civil.” Na mesma direção, Martins e Luzio (2017, p.13), asseveram: “O SUS é uma produção coletiva, e seus inúmeros entraves e riquezas só podem ser compreendidos quando olhados por muitos de nós”.

Por fim, mas não menos importante, vale mencionar a posição de um dos maiores defensores/estudiosos do SUS no País.

Todos estes eventos dos anos 1980 só foram viáveis com mobilização, organização e força política provenientes da condução fortemente progressista da ampla frente política pelas liberdades democráticas e democratização do Estado, que articulou o pluralismo partidário, as diferentes matizes ideológicas e os corporativismos da época em torno do ideário republicano (coisa pública) dos direitos sociais e papel do Estado. Houve consciência suficiente de quais eram os principais interesses e setores contra a criação do SUS, e obviamente, das alianças capazes de superá-los. SANTOS (2009, p.22)

Pode se depreender com base nas citações anteriores que o SUS é uma conquista popular, podendo ser considerado a maior política pública produzida, historicamente por uma parcela da sociedade brasileira.<sup>16</sup>

Nessa condição:

O SUS tem sido reconhecido como uma política pública construída pelos movimentos sociais que lutaram pela democracia, ocupando espaços na Constituição e nas leis, tendo os governos a obrigação de implementá-la. É um dos caminhos para a garantia do “direito à saúde” dos cidadãos, como dever do Estado, constituindo o maior sistema público de saúde do mundo. Corresponde a um sistema de serviços de saúde de caráter público, organizado com as seguintes orientações: a) atendimento integral, com ênfase nas ações preventivas e sem prejuízo das ações assistenciais; b) participação da comunidade; c) descentralização, com direção única em cada esfera de governo.<sup>17</sup> (PAIM, 2010, p.96).

Por sua vez, para Fleury (2008, p.76):

---

<sup>16</sup> De acordo com Ocké-Reis (2010, p.107): “O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo industrializado e o segundo dentre os países no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, em número de transplantes de órgãos. Presta assistência à saúde para milhões de pessoas, a qual vai desde assistência básica até tratamentos que envolvem complexidade tecnológica média e alta, bem como serviços de emergência. Além disso, conta com excelente programa de vacinação e um programa de vírus da imunodeficiência humana (HIV) reconhecido internacionalmente. Realiza também pesquisa em diversas áreas da ciência, inclusive, com célula-tronco.”

<sup>17</sup> Segundo Arretche (2016, p.9): “A defesa de uma descentralização de tipo radical, que reduzisse drasticamente as atribuições do governo central na gestão das políticas públicas, transferindo grande parte da esfera decisória para estados e municípios, alimentou parcela significativa do debate dos anos [19]80. Distintas razões justificam esta concepção. Elas vão desde razões de ordem econômica, [...] até razões de ordem política como o respeito ao princípio federativo e a necessidade de aliviar a agenda decisória do governo central e do Congresso [...]” E mais, ainda segundo essa autora: “É certamente no campo dos programas de saúde pública que ocorreram os mais bem sucedidos avanços em direção a uma reforma de tipo descentralizador. Ao longo dos anos [19]80, a coalizão favorável à consolidação de um sistema hierarquizado e descentralizado de prestação de serviços de saúde, com forte presença nos fóruns nacionais e em aliança com governadores e prefeitos, conseguiu uma série sucessiva de medidas que redundaram em uma efetiva reforma do setor.” (ARRETCHE, 2016, p.16).

O SUS pode ser visto como um modelo de republicanismo cívico por sua capacidade, juntamente a outros esforços, de permitir o revigoramento das instituições republicanas, seja no fortalecimento do Legislativo com a atuação cada vez mais qualificada da Comissão da Seguridade Social e da Família e com ação suprapartidária da Frente Parlamentar da Saúde; seja na Justiça, ao desenvolver o Direito Sanitário e a ação e organização dos procuradores públicos que atuam na saúde (por intermédio da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde – Ampasa), seja no Executivo, ao introduzir um modelo de co-gestão e de redes de políticas.

Sem negar os seus problemas, Santos (2009, p.17) aponta – conforme evidenciado na epígrafe – que o SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas. Segundo esse autor:

São números impressionantes<sup>18</sup> para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos 1980, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das inúmeras Santa Casa.<sup>19</sup>

Fleury e Ouverney (2012, p.25) argumentam que apesar da possibilidade de podermos pensar que toda política de saúde é voltada para melhorar as condições sanitárias de uma sociedade, seus desdobramentos se relacionam, umbilicalmente, com outras áreas do desenvolvimento social.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Dados do IPEA (2018, p.48/9) indicam que: “O SUS, associado a melhorias sanitárias e sociais e às mudanças demográficas, contribuiu de forma relevante para o bom desempenho do Brasil no que diz respeito ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A seguir, são apresentados os dados disponíveis mais atualizados, que permitem reportar alguns avanços relevantes. Entre 1990 e 2015, a expectativa de vida ao nascer dos brasileiros saltou de menos de 67 para 75,5 anos. O país conseguiu significativos avanços no combate a doenças transmissíveis, como o HIV/Aids, a tuberculose, a malária e a hanseníase, e em saúde materna e da criança. A taxa de detecção de HIV/Aids se estabilizou nos últimos anos em torno de 20 por 100 mil habitantes diagnosticados por ano e o coeficiente de mortalidade pela doença diminuiu. Entre 1990 e 2012, a incidência parasitária anual de malária caiu de 3,9 para 1,3 casos por mil habitantes e a de tuberculose caiu de 51,8 para 37 casos por 100 mil habitantes. Entre 1990 e 2015, o Brasil reduziu a taxa de mortalidade na infância de 53,7 para 16,4 óbitos para cada mil nascidos vivos; em 2012, a vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) alcançou 99,5% do público-alvo. Embora não tenha atingido as metas referentes à saúde da mulher, o desempenho do país foi melhor que as médias registradas nas nações em desenvolvimento e na América Latina. Entre 1990 e 2013, a taxa de mortalidade materna passou de 141 para 60,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e houve avanços no acesso à atenção qualificada ao parto – em 2014, mais de 99% dos partos foram realizados em estabelecimentos de saúde e aproximadamente 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais.”

<sup>19</sup> Segundo Carvalho (2013, p.7): “A história dos cuidados com saúde do brasileiro passa, necessariamente, pela filantropia. Mais ainda pelo cunho filantrópico religioso, a caridade. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a isso, o Estado fazia algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação e/ou de saneamento básico. Assim ocorreu no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola. O Estado cuidava também da intervenção em algumas doenças negligenciadas como a doença mental, a hanseníase, a tuberculose e outras. Só mais tarde começa o atendimento às emergências e às internações gerais. A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: o INPS”.

<sup>20</sup> “[...] existem muitos outros interesses envolvidos que também determinam os rumos e o formato das políticas de saúde. Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. Isso porque as políticas sociais se

Assim, pode-se afirmar que a construção da política de saúde como política social perpassa, dentre outros, pelos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos e culturais, o que torna muito complexo o isolamento da participação de cada um destes fatores em um momento definido do processo de construção. No dizer de Carvalho (2013, p.9):

A saúde deve fazer estudos epidemiológicos sobre os condicionantes e determinantes da saúde; trabalho, salário, comida, casa, meio ambiente, saneamento, educação, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais e divulgá-los. Ao não identificar e divulgar as causas das doenças e seus condicionantes e determinantes, passa-se a atribuir à área de saúde a responsabilidade única pela falta de saúde.

Ainda tratando dessa temática, Fleury e Ouverney (2012) asseveram que:

[...] a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais.

Continuam os mesmos autores:

Portanto, a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado. Por exemplo, a sociedade financia com seus impostos e contribuições, tem atitudes e preserva valores em relação ao corpo e ao bem-estar, comporta-se de formas que afetam a saúde, coletivamente e/ou individualmente (poluição, sedentarismo, consumo de drogas). O Estado, por exemplo, define normas e obrigações (regulação dos seguros, vacinação), recolhe os recursos e os aloca em programas e ações, cria estímulos para produção de bens e serviços, cria serviços de atenção, define leis que sancionam o acesso, desenvolve tecnologias e forma recursos humanos. O mercado produz insumos, oferece serviços de seguro e participa da oferta de serviços e da formação de recursos humanos. (FLEURY e OUVERNEY, 2012, p.37)

Tratando dessa temática, Carvalho (2013, p.14) aponta uma das diretrizes do SUS, prevista inclusive na Constituição brasileira, de 1988, qual seja a intersetorialidade.

Não pensar saúde só como área de recuperação da saúde: consulta, remédio, especialista, exame, internação. Pensar saúde garantida por políticas econômicas e sociais que diminuam o risco de as pessoas ficarem doentes ou piorarem. Levantar em consideração a determinação econômica e social da saúde. Os fatores determinantes e condicionantes da saúde devem sempre ser levados em consideração: “alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais; saúde expressando a organização social e econômica do Brasil” (BRASIL, Lei nº 8.080/1990, Art. 3).

---

estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Vamos ver que, dependendo da modalidade de proteção social que venha a ser adotada por um país, são diferentes as condições políticas implicadas, e, em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania.” (FLEURY e OUVERNEY, 2012, p. 25)

Martins (1996, p.72) igualmente, corrobora com essa visão:

Assim, os princípios que a Carta Constitucional de 1988 consagra para a Saúde negam a medicalização generalizada da sociedade, afirmam a Saúde enquanto componente do bem-estar social e sua garantia pelo Estado como direito de cidadania. Uma Saúde a ser, prioritariamente, promovida e defendida antes que ser recuperada, ou "curada" e, portanto, não redutível à assistência médica. O que passa a exigir a criação de novas instituições, que possam se conformar ao caráter de intersectorialidade que essa "saúde do cidadão" envolve, uma vez que ela implica na garantia de moradia, alimentação, vestuário, educação e lazer adequados, proteção aos elementos vulneráveis como crianças, gestantes, deficientes e idosos, além de serviços de Saúde, proteção ao meio ambiente, controle das condições de trabalho e de todas as situações necessárias à preservação da vida e ao desenvolvimento das potencialidades humanas.

Nesse contexto, o SUS é regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/90<sup>21</sup>); da Lei Nº 8.142/1990;<sup>22</sup> do Decreto Nº 7.508/2011 e da Lei Complementar Nº 141/2012<sup>23</sup> e referenciado nos princípios e diretrizes da universalidade, igualdade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização, intersectorialidade, resolutividade, base epidemiológica e participação popular na formulação de estratégias implementadoras desses princípios e diretrizes.

Já na Constituição Federal de 1988 a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado. Vale ratificar que essa conquista surge como uma resposta ao Movimento de Reforma Sanitária, que teve grande presença e representatividade na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986 e influenciou a construção do texto da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Lobato (2012, p. 73-74-75) compila as principais mudanças vivenciadas naquele período acerca da implementação do SUS:

Os princípios e diretrizes centrais para a saúde na Constituição são (BRASIL, 1988):

---

<sup>21</sup> A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, ou seja, 20 anos para a sua regulamentação. Nesse interregno foi "administrado" por portarias. Sobre essa temática, Santos (2009, p.16) aponta um problema importante no mecanismo de funcionamento do SUS: "... *desmesurada produção de portarias normativas ministeriais, a qual em 2002 por volta de oito por dia útil, tendo caído um pouco e voltado a crescer. Por isso, as necessidades e direitos da população ainda são secundários na lógica do modelo de gestão vigente, no qual predominam os interesses da oferta dos trabalhadores de saúde, prestadores de serviços, da indústria de medicamentos e do modelo econômico financeiro.*" No dizer de Carvalho (2013, p.19): "A grande maioria delas ilegal e/ou inconstitucional." Explicita-se, limpidamente as contradições no estabelecimento da política apontado por Poulantzas (2000).

<sup>22</sup> A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

<sup>23</sup> LC n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, por estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; [...].

- Universalização

Todo cidadão brasileiro passa a ter direito à assistência à saúde, sendo a prestação desses serviços um dever do Estado. A saúde é definida como atividade de relevância pública. Paralelamente, adota-se um conceito ampliado de saúde, onde esta resulta de um conjunto de condições sociais como trabalho, moradia etc., e não só da ausência de doenças.

- Saúde como Componente da Seguridade Social (social welfare)

O setor saúde passa a integrar a seguridade social (social welfare), pela primeira vez inscrita como direito universal no Brasil. A seguridade social prevê a integração das políticas e ações nas áreas de saúde, previdência social e assistência social (BRASIL, 1988). [...].

- Equidade

O sistema público deve reconhecer e tratar as diferentes necessidades da população e seus indivíduos, sem discriminação de qualquer ordem.

- Sistema Público com Comando Único

Criação de um sistema de saúde nacional e unificado Sistema Único de Saúde (SUS) – responsável pelo conjunto de ações e serviços de saúde (assistência médica, vigilância sanitária e epidemiológica e saúde do trabalhador) prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. O setor privado pode participar do sistema em caráter complementar, através de contrato de direito público. É prerrogativa do poder público a regulamentação, controle e fiscalização dos prestadores de serviços. O comando do sistema passa ao Ministério da Saúde, que incorpora as ações médico-assistenciais que estavam no âmbito da seguridade social.

- Integralidade das Ações de Saúde e Hierarquização do Atendimento

A saúde deve ser garantida mediante políticas econômicas e sociais, considerando os fatores determinantes do processo saúde-doença. O Sistema Único de Saúde deve organizar-se de forma a prestar um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo da assistência em outros níveis. As ações de promoção, prevenção e recuperação devem ser articuladas, tendo o perfil epidemiológico da população como base para o estabelecimento de prioridades. [...].

- Descentralização e Regionalização

A descentralização constitui eixo fundamental da reforma. O sistema único passa a ser de responsabilidade das três esferas de governo, onde cada uma tem atribuições próprias. A provisão direta de serviços passa a ser de responsabilidade dos governos municipais, com assistência da União e dos Estados. [...].

- Controle Social e Participação Popular

São constituídos Conselhos de Saúde em nível federal, estadual e municipal, de composição paritária entre representantes de usuários do sistema, profissionais e gestores. [...].

Conforme abordado na introdução deste trabalho, a criação do Programa Mais Médicos pelo Governo Federal ocorreu em meio a um contexto no qual o Sistema Único de Saúde (SUS) buscava atender as demandas acumuladas ao longo de três décadas e que estavam previstas desde o final da década de 1980, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Na compreensão de Matta e Lima (2010, p.49), as temáticas da Reforma do Estado e da Seguridade Social estiveram ausentes da pauta e das narrativas da esquerda no Brasil até os anos 1970, quando as mudanças na teoria e na prática política e da sociedade brasileira introduziram no cerne das discussões temas como a cidadania e a institucionalidade democrática.

Essas mudanças se refletiram no forte engajamento dos movimentos populares em luta pela democratização do país e na centralidade assumida pela Assembleia Nacional Constituinte, em 1987/88, como arena pública privilegiada de enfrentamento de projetos em disputa por uma nova institucionalidade.

Fleury (2008, p.66) assevera que:

A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão brasileiro de proteção social, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e o formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e a integrar as estruturas governamentais.

Antes disso, porém, foi durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que a reforma sanitária se traduz pela primeira vez em uma política *strictu sensu*, com uma proposta de reorganização do sistema de saúde. Diferente de outras conferências, das quais só participavam técnicos governamentais e especialistas convidados, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a primeira na qual participaram representantes da sociedade civil, eleitos em um amplo processo de participação. Era também o primeiro ano do governo civil após 21 anos de regime militar. No documento final da Conferência foram consolidados os princípios e propostas que seriam posteriormente apresentados e defendidos junto à Assembleia Nacional Constituinte<sup>24</sup> pelo amplo movimento social que se formou em sua defesa. Lobato (2012, p. 73).

Referindo-se a essa Conferência, o CONASS (Brasil, 2006, p.24), aponta que:

Em março de 1986 ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século passado, a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde. Essa conferência teve desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988.

Durante a VIII Conferência, foram propostos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS, já que antes da sua implementação, as ações e serviços de saúde eram restritas aos trabalhadores oficialmente registrados e atendidos por regimes previdenciários que se enquadravam na lógica contributiva, por meio do antigo Instituto Nacional de

---

<sup>24</sup> Na visão do CONASS (Brasil, 2006, p.24): “O processo constituinte conformou-se num espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo das suas diversas etapas, em que um núcleo de congressistas progressistas desempenhou papel relevante, apoiado por intelectuais do movimento da reforma sanitária.”

Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ou para os que podiam pagar com os próprios recursos, e ainda para alguns beneficiados por obras de caridade.

Sobre essa temática, Carvalho (1993, p. 6) afirma que “O SUS é a resposta que brotou da sociedade, de baixo para cima, até se legitimar dentro da Constituição, para se criar o novo e trazer uma solução para a crise”.

Configuram também o arcabouço do SUS, o direito universal à saúde, a universalização, a integralidade da atenção, a equidade e a descentralização. É importante ressaltar que dentre as diretrizes norteadoras da organização do SUS a CF/88, destaque é dado no Art. 198, Inc. III, que prevê que “o atendimento será integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Vale mencionar que o Brasil é o único país com população superior a 100 milhões de habitantes a oferecer um sistema universal, público e gratuito de Saúde.

Quanto ao sistema organizacional a Atenção à Saúde no Brasil está estruturada de acordo com os níveis de complexidade sendo: atenção básica, média e de alta complexidade.

Analisando historicamente, esse processo na escala nacional, Matta e Lima (2010, p. 50) afirmam que:

A verdade é que a ideia de privilegiar o mercado em relação à produção dos serviços já estava presente na política brasileira desde o conjunto de reformas realizadas pelo governo militar que, entre 1964 e 1967, estabeleceu as diretrizes das políticas econômicas e sociais, por meio do reordenamento do sistema financeiro com a reforma bancária que criou o Banco Central em 1964; da definição do modelo do federalismo fiscal graças à reforma tributária de 1967; do Decreto-Lei 200/67 por meio do qual se realiza a reforma administrativa, diferenciando a administração pública direta e indireta e a reforma previdenciária, que se inicia com a unificação das instituições e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, terminando com a eliminação da participação dos trabalhadores na gestão tripartite em 1972 e seguindo com a expansão da cobertura previdenciária entre 1971 e 1973.

Nessa mesma linha de raciocínio, Fleury (2010) segue afirmando que no território brasileiro, as políticas sociais foram gestadas a partir do início do século XX, e por um período de cerca de 80 anos, configurou um tipo de padrão de proteção social só alterado com a Constituição Federal de 1988. Em suas palavras:

O sistema de proteção social brasileiro, até o final da década de 1980, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. Ambos os sistemas foram organizados e consolidados entre as décadas de 1930 e 1940, como parte do processo mais geral de construção do Estado moderno, intervencionista e centralizador, após a Revolução de 1930. Datam desta época a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Ministério da Educação e Saúde e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). (FLEURY, 2010, p.64).

Como menciona o CONASS (Brasil, 2015b), depois de muitos anos de luta o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) conseguiu colocar, na lei magna do País, a Saúde como direito fundamental, garantido pela interação dos Entes Federados.<sup>25</sup>

Desse modo, na CF/88 estão institucionalizados os direitos humanos no Brasil, consagrados em direitos fundamentais, sociais e econômicos, de aplicação imediata. E, entre esses direitos, encontra-se o direito à saúde, portanto:

Indica ao Estado Brasileiro (União, Estados, DF e municípios) o dever de desenvolver políticas públicas que visem à redução de doenças, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde – evidenciadas as ações preventivas –, mediante a solidariedade dos Entes, com a distribuição de “recursos naturalmente escassos”, em escolhas alocativas. (BRASIL. CONASS, 2015b, p.17)

Configura-se, nesse contexto, que a interpretação constitucional é de extrema importância para a efetivação do direito à saúde, ainda mais quando aliada às demais normativas que estruturam a política pública. Portanto, uma conquista histórica do Movimento da Reforma Sanitária e todos os sujeitos que estiveram envolvidos, nesta luta. Tal institucionalização indica a imprescindibilidade da sociedade civil na reivindicação e construção do direito à saúde, em moldes adequados às necessidades sociais.<sup>26</sup>

Com esse pressuposto, o SUS teve uma aplicação imediata:

A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos havia a Saúde Previdenciária a que tinham direito os portadores da “carteirinha” do INAMPS; para os não incluídos restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes.(BRASIL, CONASS, 2006, p.26)

Nesse sentido:

O SUS pôs fim, em pouco tempo, a essa figura iníqua dos indigentes sanitários, promovendo a integração do INAMPS ao sistema público único de saúde. Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho, a cidadania regulada (BRASIL. CONASS, 2006, p.26).

---

<sup>25</sup> “Ao analisar o sistema de saúde no Brasil percebe-se que um dos grandes desafios tem sido a redefinição, ao longo do tempo, das atribuições e das competências dos gestores das três esferas de governo. Para enfrentá-lo têm sido elaborados muitos dispositivos normativos demarcando os limites da tomada de decisão de cada gestor no seu âmbito de atuação, resultando na conformação de um modelo de gestão que tem como ponto de partida uma unidade de princípios, mas que tem de atuar de forma coerente com a diversidade operativa nos territórios em que está localizada a população com suas necessidades de saúde.” CONASS (BRASIL, 2015, p.10).

<sup>26</sup> Na concepção do CONASS (BRASIL, 2006, p.43): “O SUS vem perdendo a batalha da comunicação com a sociedade brasileira. Os avanços inegáveis, alcançados em sua curta existência, são amortecidos por significações de senso comum, assumidas pela grande mídia e verberadas como o fracasso da Saúde Pública brasileira.” Grifo no original. Obviamente que esse processo não é desinteressado, notadamente do ponto de vista do capital financeiro.

Sobre essa questão, Fleury e Ouverney (2012) afirmam que:

[...] as políticas de saúde se tornaram um ponto de convergência entre os interesses dos trabalhadores e os dos empresários, representando o consenso virtuoso da social-democracia, por meio do qual não só se amenizaram os conflitos, mas também se permitiu um aumento da produtividade do trabalho. (FLEURY e OUVERNEY 2012, p. 26)

Tal perspectiva remonta ao início do século XX, no qual foram estabelecidas as primeiras ações relacionadas à adoção de políticas de assistência médica no Brasil, graças à implementação da legislação que deu início a seguridade social. Neste período também que foram criados os fundos assistenciais por empresas que eram mantidos através da contribuição de empregadores e empregados. Estes fundos ofertavam a prestação de serviços médicos e benefícios de aposentadorias e pensões.

No entender de Gerschman e Santos (2006, p.179/180):

A saúde pública passou a ser uma prioridade política do governo brasileiro na década de 1920. A criação de um programa federal de profilaxia rural, apoiado pela Fundação Rockefeller, instalou dezenas de postos sanitários em áreas não urbanas do país.

A agenda do saneamento rural inscrevia-se em um projeto político de construção da nacionalidade e do Estado nacional liderado por eminentes sanitaristas da época, que rechaçava a ideologia do determinismo climático e genético como explicação para o subdesenvolvimento brasileiro.

A base de provedores de serviços de atenção médica individual no Brasil era constituída, à época, essencialmente de estabelecimentos privados e filantrópicos. Na atenção individual, o Estado especializava-se em segmentos populacionais marginalizados ou que pudessem ameaçar a saúde pública, como os portadores de doenças mentais e infecciosas [...]. O setor caritativo, por meio das Misericórdias, assumia o cuidado dos pobres, e a medicina liberal ocupava-se daqueles que podiam pagar. Começaram a se consolidar, também nessa época, arranjos mutualistas de provisão de serviços, iniciados por comunidades de imigrantes ou sindicatos.

A necessidade de reestruturação do Estado brasileiro para estimular a industrialização do país, promove na década de 1930, uma ampliação do sistema de seguridade social, que passa a se organizar segundo categorias profissionais, financiado por empregados, empregadores e agora também com a participação direta do Estado.

Na era Vargas, o governo federal, na perspectiva de um projeto desenvolvimentista e de fortalecimento do Estado nacional, incorporou novas atribuições e alianças. [...]. Como recurso estratégico para a perseguição desse projeto, no Estado Novo os trabalhadores organizados foram institucionalizados como atores políticos [...]. O Estado passou a patrocinar o fortalecimento de um sistema previdenciário, ainda incipiente, baseado em Institutos de Aposentadorias e Pensões, organizados segundo a categoria profissional, que ofereciam coberturas variadas de atenção à saúde individual. (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p.181)

Lobato (2012), ao analisar esse contexto, nos aponta que essa nova forma de organização contribuiu para consolidar um modelo estratificado e excludente de direitos sociais, uma vez que os benefícios e serviços dependiam da importância de cada categoria

profissional no mercado de trabalho e os segmentos não incluídos no mercado formal, assim como os trabalhadores rurais – na ocasião correspondiam a maior parte da população –, estavam fora da seguridade social.<sup>27</sup>

Giovanella e Fleury (1996, p.179), mencionam que:

Neste padrão os direitos sociais foram alcançados em função da categoria profissional, sendo a condição de cidadão subordinada à importância que cada ocupação adquire no mercado. A ponderação dessa importância e a consequente regulamentação da profissão correspondente foi efetuada pelo Estado, através da legislação trabalhista, sindical e previdenciária. Desse modo, constituíram-se direitos sociais estratificados e a carteira de trabalho tornou-se o certificado legal da cidadania.

Depreende-se, então que no Brasil, até o final da década de 1980, o acesso à política social, inclusive o condições de saúde dependia fundamentalmente do salário auferido pelo trabalhador, ou seja, só teria acesso à saúde o cidadão que estivesse efetiva e oficialmente inserido no mercado de trabalho formal. Com o passar dos anos, essa condição passou ao próprio trabalhador, que passa a contribuir por meio de taxas específicas ou impostos gerais.

Trata-se de um contexto em que Santos (1979) caracteriza como “cidadania regulada.” Essa condição se mantém até meados da década de 1980. Mesmo com a criação do Ministério da Saúde em 1953, o acesso aos serviços de saúde não foram universalizados, em parte devido ao fato de o Ministério ter ficado encarregado de atribuições como, por exemplo, atenção preventiva, bem como a realização de campanhas de vacinação e higiene com uma atuação descontínua, estruturada em múltiplos serviços e departamentos. Por outro lado, na área de assistência médica, o Ministério da Saúde assumiu apenas a criação e manutenção de hospitais para enfermidades crônicas.

Observa-se que até o início da década de 1960, mantém-se um sistema de saúde dividido em três subsistemas, sendo: a seguridade social, o Ministério da Saúde e o setor privado voluntário.

Sobre esta temática, Gerschman e Santos (2006, p.180) asseveram que:

A incorporação de novos provedores privados, com fins de lucro, ao mercado setorial se fez notar paulatinamente, à medida que a atenção à saúde aumentou seu grau de sofisticação tecnológica e dependência de capital [...]. Em 1960, 62,1 % dos hospitais eram privados, dos quais já 14,4% com fins lucrativos [...].

---

<sup>27</sup> Gerschman e Santos (2006, p.180) apontam: “O corporativismo estatal não nasceu de uma iniciativa social, mas de uma definição estratégica acoplada a um projeto específico de Estado, que criou uma categoria diferenciada de cidadão, qual seja, o trabalhador (D’Araújo, 2000). O Estado Novo também contribuiu para consagrar uma histórica separação institucional e política entre saúde pública e assistência médica. Por outro lado, a experiência do Estado Novo e a saga sanitarista da Primeira República no campo das políticas sociais podem ter nos legado as bases para a possibilidade de adesão da opinião pública a formas estatais de proteção [...], que viabilizaram a própria construção da proposta do Sistema Único de Saúde.”

A partir do regime autoritário iniciado em 1964, o Estado brasileiro passa por uma série de transformações, conforme nos aponta Lobato (2012):

A administração estatal é reorientada para atender à crescente intervenção do Estado tanto no campo da economia quanto nas políticas sociais, que adquirem maior importância na agenda governamental. Novas categorias profissionais são incluídas na seguridade social, que se expande através da contratação de serviços ao setor privado. Contudo, mantém-se a lógica de segmentação da clientela, com benefícios e serviços diferenciados. (LOBATO, 2012, p. 67)

Nesse mesmo sentido, Gerschman e Santos (2006, p.182) apontam:

As corporações e os sindicatos cresceram e ampliaram a proteção social para novas camadas de trabalhadores até o golpe de 1964, quando os trabalhadores foram afastados da arena política, com uma concomitante quebra do padrão corporativo estatal da prestação de serviços de saúde [...]. A unificação da Previdência, em 1967, configurou uma tentativa de mudança de trajetória na política de saúde, uma vez que unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões, acabando com os benefícios diferenciados por categoria ocupacional e limitando, assim, o poder político dos sindicatos. Os recursos foram centralizados na Previdência, possibilitando seu direcionamento para a compra de serviços privados de assistência médica.

É possível afirmar que essa reorientação assume um formato específico em termos institucionais, uma vez que o regime ditatorial anulou a participação social tornando o processo decisório ainda mais centralizado no âmbito federal. A expansão “desordenada” do aparato burocrático resultou numa multiplicidade de órgãos que superpuseram funções originando vultosos custos, dificuldade de controle administrativo e baixa resolutividade.

Lobato (2012) segue afirmando ainda, que em meados dos anos de 1970, o país apresentava um modelo de atenção à saúde que, ao longo do processo de transição democrática, foi alvo de duras críticas principalmente por conta de suas características primordiais, que na sua concepção eram a centralização decisória; dicotomia institucional e assistencial; expansão da cobertura via fortalecimento do setor privado contratado; hegemonia de um modelo de atenção hospitalocêntrico e base de um financiamento regressiva.

Com tais características, no dizer de Gerschman e Santos (2006, p.183):

A arena de negociação no âmbito da saúde encerrava, nas décadas de 1970 e 1980, basicamente dois atores: o provedor empresarial privado com e sem fins de lucro; e o pagador Estado, representado pela forte burocracia centralizada do que, nesse período, se transforma no Instituto Nacional de Previdência Social [...]. Ao optar pela provisão privada como forma de viabilizar a universalização, sem regular, desde o início, um escopo de atuação para essa iniciativa privada empresarial, o Estado estabeleceu uma segunda linha de dependência de trajetória para as políticas de saúde.<sup>28</sup> A base de provisão privada é consolidada e passa a influenciar direcionamentos futuros das políticas e do mercado de saúde.

---

<sup>28</sup> Sobre a trajetória de dependência (*path dependence*), Gerschman e Santos (2006) expõem que no Governo Vargas foram “plantadas as bases para um sistema nacional de saúde corporativo tutelado pelo Estado, em que

Apesar do contexto histórico e das inúmeras discussões acerca da inviabilidade do modelo existente na década de 1970, podemos afirmar que tratam-se de questões ainda pertinentes no atual contexto da organização do sistema de saúde brasileiro, ressalvada a maior responsabilização dos municípios na oferta dos serviços básicos de saúde, a concentração de recursos ainda é realidade, bem como a contínua demanda por serviços privados de saúde, materializadas principalmente pelas caixas de assistência de servidores e planos de saúde coletivos.

Ao analisar os serviços de atenção à saúde existente em escala global, Lobato (2012) destaca que os serviços de proteção mais encontrado nos países são os de seguro e o de seguridade universal. Em suas palavras:

Os modelos universais estão em geral vinculados a sistemas de saúde nacionais de **financiamento público**. Os de seguro podem ter administração segmentada por categoria funcional e seu financiamento é baseado nas contribuições de empregados e empregadores. Os modelos universais são apontados como mais eficientes (fazem mais com menos recursos), mais equânimes e, portanto, com maior impacto nas condições de saúde. Nos sistemas universais o Estado, em geral, presta diretamente o serviços (toda a rede de serviços ou a maior parte deles é de propriedade do Estado). E mesmo nos casos onde parte dos serviços é prestada pelo setor privado, o Estado tem grande capacidade de controlar os custos desses serviços, já que ele é o principal comprador e estabelece os serviços a serem prestados. Além disso, os sistemas nacionais estabelecem regras homogêneas para a maioria das ações e serviços de saúde, o que garante serviços similares em todo o país. Nos sistemas de seguro, como a administração dos serviços é segmentada, esses serviços podem ser diferenciados entre os distintos segmentos (já que as corporações mais ricas podem oferecer serviços melhores) e podem gerar inequidade. Por outro lado, nesses sistemas a prestação de assistência médica é em geral separada das ações coletivas (vigilância sanitária, epidemiológica etc.), exercida por um órgão público em separado. E essa separação também pode gerar inequidade, além de em geral ser mais custosa. (LOBATO, 2012, p. 23/4 – Grifo nosso)

A autora menciona que no caso brasileiro o Sistema Único de Saúde (SUS) é produto de um longo processo social que visava mudar a forma e o conteúdo de como o Brasil garantia a atenção à saúde de seus cidadãos. Segundo Lobato (2012), existe uma troca no processo de criação do SUS, que por ter decorrido de transformações sociais, exerce hoje também um papel de transformador social, quando, por exemplo, reforça a noção de direito à saúde, pouco difundida no país até a década de 1980.

---

os pagadores compreendem empregadores, empregados e o Estado. Essa opção por um sistema de atenção à saúde individual de base corporativa estatal (e não societária) corresponderia a uma primeira linha de dependência de trajetória para as políticas de saúde nesse segmento da atenção, e ajuda a compreender as oportunidades e dificuldades encontradas para a posterior implantação de um sistema nacional de base universalista. GERSCHMAN e SANTOS (2006, p.180). Grifo nosso. Acerca da discussão de dependência de trajetória, consultar: BERNARDI, B. B. “O conceito de dependência da trajetória e controvérsias teóricas” In: Perspectivas. São Paulo, v. 41, jan./jun. 2012, p.137-167.

E foi justamente com o objetivo de viabilizar a integralidade da atenção considerando a finitude dos recursos frente à amplitude das necessidades de bens e serviços de saúde, que o Governo Federal optou pela priorização de investimentos em Atenção Básica (BRASIL, 2011b). Conforme o Ministério da Saúde:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p.19)

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a Atenção Básica tem capacidade para responder a 85% dos procedimentos de cuidados necessários em saúde. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde cerca de 30% das internações hospitalares poderiam ser evitadas através de ações desenvolvidas no bojo da Atenção Básica. A título de comparação o custo médio desses tratamentos em ambiente hospitalar é de US\$ 374 contra US\$ 17 se realizados em Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011).

Em 2012, a Fundação Oswaldo Cruz publicou um livro intitulado “A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro”. Trata-se da compilação do chamado projeto “Saúde Brasil 2030”, executado no bojo do acordo de cooperação técnica assinado pela Fiocruz com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e de convênio pactuado com o Ministério da Saúde.<sup>29</sup>

O livro traz textos que reforçam a necessidade de fomento de políticas públicas voltadas ao setor da saúde, educação, ciência e tecnologia e inovação em saúde, num esforço contínuo de defesa da manutenção e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Paulo Gadelha, então presidente da Fiocruz, o setor Saúde contribui para o dinamismo econômico das sociedades, e sua integração com outros setores, como

---

<sup>29</sup> O projeto “Saúde Brasil 2030” teve como principal objetivo: “a constituição de uma rede permanente de perspectiva estratégica no campo da saúde. Os textos resultantes dessa iniciativa especulam sobre a probabilidade de futuros para a Saúde em 2030, com referência ao ano de 2022, quando se comemora o bicentenário da Independência do Brasil.” (FIOCRUZ, 2012, p.10)

Ciência e Tecnologia, Educação, Comércio Exterior e Política Industrial, entre outros, o que, segundo ele pode influir decisivamente no modelo de desenvolvimento de nosso país.

Na ocasião da publicação, o Brasil vivenciava um momento de estabilidade política e econômica, produto de uma década de significativas transformações na estrutura governamental na sua relação com a sociedade, iniciada em 2003 com o então presidente Luís Inácio Lula da Silva (PT, 1º mandato 2003/2006 e segundo 2007/2010).

Conforme publicação da Fiocruz, o país vivia um momento no qual era necessário promover uma discussão acerca da natureza, alcances e limites do Estado, do planejamento e das políticas públicas no capitalismo brasileiro contemporâneo:

Esse tema se torna particularmente relevante agora, uma vez passada a avalanche neoliberal das décadas de 1980 e 1990 e suas crenças em torno de uma concepção minimalista de Estado. Diante do malogro do projeto macroeconômico neoliberal (baixas e instáveis taxas de crescimento) e suas consequências negativas nos planos social e político (aumento das desigualdades e da pobreza, e o enfraquecimento dos mecanismos democráticos), evidencia-se já na primeira década do novo século certa mudança de opinião a respeito das novas atribuições dos Estados nacionais. (FIOCRUZ, 2012, p. 25)

Na leitura de Celso Cardoso Jr. (2009), aquele contexto era favorável à expansão do controle estatal sobre a segurança interna, mas também sobre seus sistemas econômicos e sociais.

Sobre esse olhar de um Estado mais atuante e planejador, José Celso Cardoso Jr. e Carlos Henrique Romão de Siqueira, no trabalho “Complexidade & desenvolvimento: abordagem metodológica e panorama da discussão propagada pelo Ipea entre 2008 e 2010”, recolocam o tema do Estado no centro da discussão sobre os rumos do desenvolvimento, em sua dupla perspectiva, global-nacional.

Embora a ênfase das políticas domésticas ainda esteja na harmonização e homogeneização das estruturas de produção e distribuição, nos controles orçamentários e na inflação, começa a haver certo espaço para ações mais abrangentes e ativas dos Estados visando tanto à recuperação do crescimento econômico como ao combate à degradação das condições de vida. Tais ações dizem respeito à viabilidade e sustentabilidade dos sistemas ambientais, de produção e de proteção social em geral.

[...]

Por mais que as economias nacionais estejam internacionalizadas em termos das possibilidades de valorização dos capitais individuais e do crescimento nacional ou regional agregado, parece evidente, hoje, que ainda restam dimensões consideráveis da vida social sob custódia das políticas nacionais, o que afiança a ideia de que os Estados nacionais são ainda os principais responsáveis pela regulação da vida social, econômica e política em seus espaços fronteiriços. O tempo das crenças ingênuas em favor das teses ligadas à irrelevância da atuação estatal em geral parece estar chegando ao fim. (CARDOSO e SIQUEIRA, 2012, p. 968)

De acordo com os autores, neste cenário de valorização das ações do Estado como promotor de políticas vitais, ele passa a ser aceito como constituinte das agendas nacionais do sistema social e econômico, sendo decisivo na formulação de políticas de desenvolvimento. Desenvolvimento, por sua vez, entendido em inúmeras e complexas dimensões, todas elas socialmente determinadas, portanto, mutáveis com o tempo, os costumes e as necessidades dos povos e regiões do planeta. (CARDOSO e SIQUEIRA, 2012, p.968)

Verificou-se no Brasil a partir do ano de 2016 uma mudança drástica na forma de execução dos serviços públicos, situação agravada pela implementação da Emenda Constitucional nº 95, tema do próximo subcapítulo.

## **1.2 – Possíveis desdobramentos da Emenda Constitucional nº 95/2016**

No dia 15 de dezembro de 2016, a PEC – denominada pelos movimentos populares de “PEC do fim do mundo” – foi promulgada no Congresso Nacional passando, então, a integrar o ordenamento jurídico como a Emenda Constitucional nº 95. Na prática, as despesas e investimentos públicos foram limitados aos valores gastos no ano anterior, corrigidos pela inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Trata-se de alteração no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), com validade inicialmente prevista para 20 anos, ou seja, de 2017 a 2036, sendo que apenas a partir do décimo ano, o Presidente da República que estiver exercendo o mandato poderá alterar essa correção das despesas públicas, por meio de Projeto de Lei Complementar.

Campos (2017, s.p.) afirma que:

O processo neoliberal de sucateamento dos serviços públicos e o favorecimento do capital financeiro parecem incansáveis. Em 2011, por exemplo, houve a aprovação do Projeto de Desvinculação das Receitas da União (DRU) que causou a desvinculação de 20% - hoje, 30% - do orçamento da Seguridade Social para, entre outros fins, pagamento de juros e amortizações da dívida externa, contribuindo para o agravamento do subfinanciamento e privatização dos serviços de saúde. As regressividades só se ampliam após impeachment da presidente Dilma Rouseff, concluído em 16 de abril de 2016. O vice- presidente, Michel Temer (PMDB) chega ao poder com propostas para a “saída” da crise centradas na redução de “gastos” com políticas públicas, penalizando ainda mais os trabalhadores sem revelar sua verdadeira intenção: maximizar os recursos do fundo público para pagamento de juros e amortizações da dívida.

Assim, as propostas do governo Temer dão continuidade de forma muito mais abrupta ao enxugamento do Estado, às privatizações, à redução de direitos sociais,

previdenciários e trabalhistas. Austeridade fiscal, racionalidade e eficiência administrativa em nome do “interesse nacional”, conforme apontado por Harvey (2017, p.490)

O Estado corporativo é dominado pela ética da “racionalidade” e da “eficiência” (os dois conceitos sendo considerados intercambiáveis). Já que nem eficiência nem racionalidade podem ser definidas sem um objetivo, o interesse nacional — a sobrevivência do estado corporativo — torna-se o “propósito” de facto. Dentro do estado corporativo, emerge uma classe dominante que, nas nações capitalistas avançadas, é quase exclusivamente advinda dos interesses industriais e financeiros.

No interior desse processo, as medidas adotadas mantêm o superávit primário, as metas de inflação e as altas taxas de juros (as maiores do mundo), garantindo elevada rentabilidade ao capital financeiro. Destarte, há o acirramento da luta de classes em torno da apropriação do fundo público, da disputa entre o capital visando maiores lucros e poderio político-econômico e a classe trabalhadora, desmobilizada, tendo seus direitos retirados, mas não sem resistências. (CAMPOS, 2017)

A obrigatoriedade de aplicações iguais ou superiores aos percentuais previstos na CF/88 é indispensável para o combate à profunda desigualdade de acesso à saúde<sup>30</sup> e à educação no País.

A postura tomada pelo Governo Temer confere com o posicionamento de governos citados nas escritas de Boaventura de Souza Santos ainda na década de 1980.

De acordo com o autor, o capital privado, ou seja, os investidores tendem à reagir negativamente diante o aumento das chamadas despesas improdutivas (aquelas que

---

<sup>30</sup> Reportagem recente menciona que o Governo deve R\$20 bilhões ao SUS: “O que pouca gente sabe é que nem o valor que o Ministério da Saúde reserva para o SUS (Sistema Único de Saúde) vem sendo totalmente executado. Uma dívida que disparou nos últimos anos e que já bate em R\$ 20,9 bilhões até o fim de 2017.” Ainda segundo essa fonte o nome oficial desse débito é mais pomposo: “restos a pagar”. Despesas prometidas pelo governo, mas que não são honradas ao final de cada ano. Assim que a União firma um contrato com algum cliente, ela já reserva o valor de pagamento. Na compreensão de Wanderley Gomes da Silva, conselheiro do CNS (Conselheiro Nacional de Saúde) ouvida pela reportagem em tela “a maior parte desses restos a pagar são de despesas contratadas que ainda não se transformaram em serviços de saúde.” Por exemplo: “O ministério pode ter contratado o fornecedor de medicamentos para distribuir a Estados e municípios (e separado o valor a gastar), mas atrasou o pedido de compra e, portanto, não forneceu os remédios.” Práticas como essa têm feito o bolo crescer. Em 2003, o valor inscrito e reinscrito como restos a pagar não passava de R\$ 14,4 milhões. Em 2017, chegou a R\$ 14,3 bilhões. Assim, a dívida atual do Ministério da Saúde com o SUS soma R\$ 20,9 bilhões. Esse montante equivale à soma dos orçamentos de nove ministérios: Planejamento (R\$ 6,9 bi), Meio Ambiente (R\$ 3,2 bi), Indústria e Comércio Exterior (R\$ (R\$ 2,8 bi), Cidades (R\$ 2,3 bi), Cultura (R\$ 2,1 bi), Integração Nacional (R\$ 2,1), Esporte (R\$ 490 mi), Direitos Humanos (R\$ 271 mi) e Turismo (R\$ 261 mi). A mesma reportagem evidencia onde faltou dinheiro. Eis: “Entre janeiro e dezembro de 2017, o SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência) ficou sem R\$ 96 milhões, enquanto o Programa Saúde da Família, criado para prevenir e tratar doenças em estágios iniciais, deixou de receber R\$ 895,9 milhões. Hospitais deixaram de se reequipar, já que R\$ 1,3 bilhão - de R\$ 1,5 bilhão empenhado- não chegou para o reaparelhamento do SUS. O ministério deixou de repassar R\$ 3 bilhões dos R\$ 9 bilhões reservados para comprar vacinas e realizar a campanha de vacinação. Até a aquisição de medicamentos para DST e Aids minguou: R\$ 346 milhões se transformaram em restos a pagar.” Wanderley Preite Sobrinho, 23 de maio de 2018. Disponível em: <<https://www.uol/noticias/especiais/divida-do-governo-federal-com-o-sus-dispara-e-bate-r-209-bilhoes.htm#governo-deve-r-21-bi-ao-sus>>. Acesso em: 24 maio 2018.

beneficiam a população não ativa) ou indiretamente improdutivas (as que promovem a produtividade ou a contenção de salários diretos. Para Santos (1987, p.28) o Estado tende à alterar de forma progressiva o orçamento das políticas sociais de modo à compatibilizá-lo ao que exigem os investidores.

Refletindo acerca dessa questão, Martins (1996, p.58) aponta corretamente:

[...] uma nova violência de Estado: a de que o Estado-interventor se torne o espoliador de amplas camadas sociais, desviando os fundos públicos das funções para as quais estes foram constituídos, direcionando-os para grupos de interesse, aliados permanentes ou conjunturais dos governos, tornando-se assim um explícito "Estado de Mal-Estar" para a maioria dos seus cidadãos.  
O que significa que o padrão de financiamento público, adotado pelos governos de Estados intervencionistas, define a feição social de "Estado de Bem-Estar" ou de "Estado de Violência", se os fundos públicos forem utilizados para promover o desenvolvimento social, ou deles se apropriarem os grupos no poder, para atender seus próprios interesses.

Essa estratégia produz um aumento das despesas em investimento social que são socializadas, criando condições para a rentabilização dos investimentos privados.<sup>31</sup>

Neste caso, Santos (1987) já alertava para a inserção do capital privado na produção de bens e serviços de consumo coletivo, em outras palavras, educação, saúde, habitação, etc. Pode-se afirmar, com certa ousadia, que as ações engendradas no bojo da Emenda Constitucional 95/2016 hão de criar um cenário de permissão à expansão da rede particular de ensino e de saúde, diante a insustentabilidade dos sistemas públicos a partir dos cortes de investimentos ao longo das próximas duas décadas.

Ao estudar essa questão, Emir Sader (2008, p.46/7), afirma que:

O Estado neoliberal, em vez de priorizar suas atividades para garantir a universalização dos direitos a toda a população, transformada assim em cidadania, concentra suas atividades fundamentais na extensão da mercantilização na sociedade, o que inclui a intensificação da transformação dos direitos existentes em bens compráveis no mercado.  
Suas funções fundamentais são o apoio ao processo de acumulação de capital, com a visão de que os benefícios se estenderiam a toda a sociedade. Torna-se um Estado mínimo para a grande massa da população, mas fortalece seu papel de Estado máximo no fomento ao grande capital privado.

Ainda acerca dessa problemática, Fleury (2008, p.73/4), acertadamente argumenta:

---

<sup>31</sup> Reportagem da revista Carta Capital aponta que: “Apesar do sacrifício imposto à população, o Brasil deverá abrir mão de mais de 283,4 bilhões de reais em renúncias fiscais em 2018. Estimado pela Receita Federal, o valor é superior à soma dos orçamentos da Educação e da Saúde: 107,5 bilhões e 131,4 bilhões, respectivamente. Nos últimos anos, os incentivos e benefícios fiscais tiveram forte expansão” E mais, na mesma reportagem, Vanderley José Maçaneiro, vice-presidente de Assuntos Fiscais da ANFIP - a Associação Nacional dos auditores da Receita, aponta que: “Pior: ninguém sabe qual é o retorno, não há estudos para avaliar os resultados e a efetividade dos gastos tributários.” “Benefícios fiscais superam gastos em saúde e educação” 10 de abril de 2018. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/revista/996/beneficios-fiscais-superam-gastos-com-saud-e-educacao>>. Acesso em: 21 maio 2018.

Há um retrocesso importante na luta ideológica pela construção da saúde como um valor público – a saúde passa a ser vista como um bem de consumo, e, mais do que isto, como um modelo de consumo caracterizado pela ausência da dor e do sofrimento, a busca inesgotável do prazer e da construção no próprio corpo de um padrão estético de beleza a ser atingido por meio de sucessivas intervenções (das tatuagens às cirurgias plásticas, passando pelas vitaminas e anabolizantes).

Sobre a disputa de forças entre o Estado e Capital, Fleury e Ouverney (2012) afirmam que:

A relação entre políticas de saúde, como as demais políticas sociais, e economia é, na maioria das vezes, uma relação tensa, pois os governos costumam ver as políticas sociais como áreas de gasto, e não de produção. Nos momentos de crise econômica e contenção de gastos governamentais, a área econômica do governo impõe limites aos gastos sociais para a preservação do equilíbrio financeiro. No entanto, as áreas de políticas sociais deveriam ser também vistas como áreas produtivas, pois são geradoras de inúmeros empregos e têm acentuada capilaridade, já que as redes de saúde e educação estão espalhadas por todo o país. Assim, além de geradoras de emprego, as políticas de saúde contribuem para o desenvolvimento econômico, ao impedir a mortalidade precoce e desnecessária e formar uma força de trabalho mais educada e em melhores condições sanitárias. (FLEURY e OUVERNEY, 2012, p. 43)

Dessa maneira, pode-se afirmar que a contenção de gastos imposta pela EC 95/16 deverá provocar a paralisação ou redução dos investimentos públicos em educação e saúde, mas também em moradias, saneamento básico, transporte público coletivo/mobilidade urbana, enfim.

Especificamente em relação à saúde, a partir da redução dos investimentos no setor, a demanda por insumos e tecnologias será drasticamente afetada. Assim, existem efeitos relacionados à dinâmica política que não podem ser ignorados quando se trata de uma determinada política de saúde.

Para reforçar essa discussão, recorreremos a um trabalho publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que discute exatamente os riscos de sacrificar as políticas de saúde, na tentativa de aplicação das políticas de austeridade fiscal.

Na publicação de agosto de 2016, a pesquisadora Fabiola Sulpino Vieira alerta para os perigos ocultos na adoção de medidas de enfrentamento dos desequilíbrios financeiros do setor público via contenção dos gastos sociais, bem como a ausência de discussões importantes como a definição de prioridades do gasto público em momentos de restrição de despesas e o impacto das medidas restritivas para a economia ou para a sociedade.

Com base em dados oficiais divulgados pelo IPEA, a autora afirma que o setor saúde constitui importante fator para o desenvolvimento econômico por sua capacidade de gerar renda e empregos e exemplifica que, nos 28 países da União Europeia, a participação da saúde na economia tem sido de cerca de 9% do PIB e, no Brasil, o valor adicionado bruto das atividades de

saúde foram responsáveis por 6,5% do PIB em 2013, sendo que a atividade saúde pública teve participação de 2,3% do PIB no mesmo ano (VIEIRA, 2016, p. 6). Para a autora:

O efeito multiplicador do gasto com saúde no país foi calculado em 1,7, ou seja, para um aumento do gasto com saúde de R\$ 1,00, o aumento esperado do PIB seria de R\$ 1,70. [...]. Contudo, apesar de os números revelarem a importância do setor saúde na economia, muitas vezes o debate em meio à discussão de um ajuste fiscal dispensa à saúde pública um tratamento como se o gasto realizado no setor tivesse efeito negativo sobre a economia, desconsiderando inclusive o seu papel principal que é o de promover, prevenir e recuperar a saúde dos indivíduos, contribuindo assim para o bem-estar da população. (VIEIRA, 2016, p. 6).

Neste contexto em que “políticas corrosivas” têm sido lançadas sobre os setores mais críticos do ponto de vista da abrangência social, à saber, Saúde e Educação, paira o receio de que conquistas resultantes de décadas de luta e mobilização, sejam desconstruídas, conforme veremos no subcapítulo à seguir.

### 1.3 – Os desafios...

Em 2018, a Constituição do Brasil completa trinta anos de existência e apesar dos avanços<sup>32</sup> em relação à oferta dos serviços de saúde, grande parte dos princípios e diretrizes previstos ainda não foram plenamente alcançados. Nas palavras de Fleury (2008, p.71):

A nosso ver, a seguridade social, como princípio reitor da proteção social, consagrado na Constituição Federal de 1988, não foi concluída organizacional, financeiramente ou em relação ao padrão de benefícios e à cobertura. No entanto, segue como norteador dos movimentos e lutas sociais atravessando a burocracia pública, na defesa dos direitos sociais universais, tendo demonstrado sua capacidade de resistência às conjunturas mais adversas.

E segue a mencionada autora:

A revisão periódica do SUS de forma a enfrentar as diferenças internas e as ameaças constantes representadas pela ausência de recursos financeiros necessários e pela crescente presença do mercado de seguros, tem sido um desafio constante. Ainda que se possa dizer que com isto se alcançou o objetivo de construir um valor público, de tal forma que a política de saúde seja hoje mais uma questão de Estado do que de governo, o certo é que ainda é um desafio para a democratização da saúde a incapacidade de transformar as práticas cotidianas que desqualificam o usuário e o

---

<sup>32</sup> “Estes avanços foram possíveis graças a profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões intergestores (tripartite nacional e bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, gestores públicos e os conselhos de saúde, levando as grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social.” SANTOS (2009, p.17)

destituem dos direitos humanos ao acolhimento digno e à atenção eficaz. (FLEURY, 2008, p.77)

No entender dessa autora – com a qual concordamos plenamente – o movimento que impulsionou a Reforma Sanitária brasileira colocou para o País como projeto a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma substancial mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público. No entanto, nos alerta a citada autora:

[...], a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS. Foram retomadas as orientações liberais que propugnaram forte redução da presença do Estado, seja na economia, seja nas políticas sociais. (FLEURY, 2008, p.72)

Outros autores, inclusive, analisando o contexto histórico – décadas de 1980 e 1990 – compreendem que:

O SUS nasceu “na contra-mão” de outras reformas setoriais nas décadas de 1980 e 1990. A proposta de atenção universal baseada na concepção da saúde como direito da cidadania e dever de Estado vai de encontro à dinâmica das reformas mundiais. (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p.182)<sup>33</sup>

Por sua vez, Alves (1996, p.133), analisando historicamente essa temática, afirma que “a adoção de políticas neoliberais no Brasil é tardia.” Na sua visão, a década de 1980 foi de resistência às propostas neoliberais.

Isso explica porque alguns estudiosos referem-se aos anos de 1980 como “década perdida”<sup>34</sup> e para outros, dentre os quais nos incluímos, “década ganha”. Por exemplo, na visão de Coutinho (2006, p.28):

---

<sup>33</sup> Para FIORI (p.5/6): “Já não cabe a menor dúvida, por exemplo, de que o modelo norte-americano tem muito pouco a ver com o modelo nórdico, e este com o da Europa continental, e de todos eles com o Japão. Para não falar de sua diferença com o Welfare que foi sendo construído em algumas periferias capitalistas, em particular no caso latino-americano.” FIORI, J. L. “Estado do Bem-Estar Social: padrões e crises” Disponível em: <[www.iea.usp.br/artigos](http://www.iea.usp.br/artigos)> Acesso em: 2 jun. 2017.

<sup>34</sup> Analisando essa temática, Silva (2000, p.1.) argumenta que: “A crise da economia internacional desencadeada nos anos 1970 (expressa na redução do ritmo de crescimento, aceleração da inflação, aumento do desemprego, falência do sistema monetário internacional montado em Bretton Woods etc.) e o vigoroso processo de reestruturação econômica que ganhou intensidade nas décadas de 80 e de 90 (revolução tecnológica, reestruturação industrial e organizacional, internacionalização do capital produtivo e financeiro, avanço da doutrina neoliberal etc.) afetaram e redimensionaram o modelo de Estado “keynesiano” moldado no segundo pós-guerra, comprometendo, sobretudo, seu papel de agente financiador, produtor, provedor e regulador. Entre as principais consequências da crise desse formato estatal, verificou-se o comprometimento dos mecanismos de proteção social configurados no modelo do Welfare State. No Brasil, o resultado dessa convulsão na economia internacional manifestou-se no início dos anos 80 sob a forma de crise da dívida externa e de grave comprometimento da capacidade financeira da esfera pública (crise fiscal).” Esse processo comprometeu seriamente a capacidade de intervenção do Estado brasileiro e, sobretudo trouxe sérias restrições ao precário

“[...] a década de 1980, considerada por vários autores uma **década perdida** em razão da recessão econômica que se abate sobre o país, da falência de inúmeros planos de estabilização e da perspectiva de hiperinflação, não o é para a sociedade civil, que se torna forte e articulada no processo de reconstrução democrática [...]. Isso permitiu sedimentar referências fundamentais para a construção e operacionalização do SUS na Constituição brasileira, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19/09/1990) e, logo depois, a lei que estabelece a participação popular no SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (Lei n. 8.142, de 28/12/1990).

Por sua vez, Santos (2010, p.10), na apresentação do livro “Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde”, o qual organizou juntamente com Paulo Duarte de Carvalho Amarante, referindo-se a trajetória histórica do SUS e as avaliações e diagnósticos produzidos, afirma que:

Um dos consensos mais presentes refere-se ao contínuo descomprometimento do Estado com as diretrizes constitucionais da seguridade social – e do SUS – e, por consequência, com a implementação planejada e pactuada junto à sociedade civil de um sistema público efetivamente universal de atenção integral à saúde que faça valer a equidade, qualidade, eficácia, eficiência e a participação social.

Esse “descomprometimento do Estado” é a expressão política de sua atuação, portanto, deliberada e atendendo aos interesses privados.

No interior desse processo, o SUS exerce, simultaneamente, o papel de principal prestador e também comprador de serviços de saúde (medicamentos igualmente), pois, além do expressivo número de profissionais das diversas áreas da saúde contratados por fundações, municípios, governos estaduais e a própria União via secretarias específicas, existe ainda uma rede de serviços oferecidos por instituições privadas e custeadas com seus recursos, sendo que sua atuação afeta diretamente o comportamento de prestadores de serviços, que podem ser públicos (governamentais) ou privados (com ou sem fins lucrativos). (LOBATO, 2012, p. 78)

Refletindo acerca dessa relação, Gerschman e Santos (2006, p.185) afirmam que:

O setor privado de atenção à saúde consolidou-se como provedor em dois nichos de mercado: um que capitaliza lacunas de oferta de alguns serviços mais bem remunerados pelo setor público, ofertando serviços em que o pagador é o Estado; e, outro, que ocupa nichos como provedor de uma oferta “diferenciada” a segmentos da população que fazem uso seletivo do sistema público.

Ocké-Reis (2010, p.102), por seu turno, assevera que:

a não-unicidade vigente repousa no legado da medicina liberal, na herança filantrópica e capitalista das instituições de saúde, no patrimonialismo do mercado (gestão particular da coisa pública) ou, ainda, em seu parasitismo. Olhando-se mais de perto, entretanto, pode-se constatar que o mercado de planos de saúde possui uma relação econômica estrutural com o Estado, a qual precisa ser melhor compreendida

pelos analistas das políticas de saúde: o Estado socializa o custo de reprodução da força de trabalho, em especial do mercado formal que constitui parcela econômica e politicamente significativa da População Economicamente Ativa (PEA).

Ainda sobre a execução dos serviços de saúde, é importante frisar que a distribuição dos recursos orçamentários<sup>35</sup> dessa pasta leva em consideração a disponibilidade da rede de serviços bem como o histórico de produção ou de atendimentos realizados. Parte dos recursos são repassados diretamente aos municípios, quando estes têm capacidade administrativa para geri-los. Em outros casos os recursos são descentralizados da União para as Unidades da Federação que ficam responsáveis por gerir os recursos e também de alguns municípios.

De acordo com Lobato (2012), os critérios de repasse são definidos e pactuados em instâncias próprias que reúnem os níveis de governo correspondentes – federal, estados e representantes dos municípios, no caso dos repasses federais. Apesar de ser considerada uma prática inovadora, uma vez que fortaleceu a descentralização do orçamento, a ação ainda não conseguiu promover a integração dos serviços entre municípios próximos de forma eficiente.

Vale ressaltar que aproximadamente 80% dos mais de 5.000 municípios brasileiros têm população de menos de 20.000 habitantes e dispõem de poucos serviços. Assim, os municípios com maior capacidade financeira e maior rede de serviços acabam por captar mais recursos de seus estados ou do nível federal e podem oferecer melhor atendimento, mas são por muitas vezes sobrecarregados por pacientes dos municípios menores, sem garantia de contrapartida de recursos. (LOBATO, 2012, p. 79-80)

Também tratando sobre a realidade das regiões interioranas quando o assunto é o acesso aos serviços de saúde, Costa (2016) assevera que trata-se de um problema global,<sup>36</sup> com consequências drásticas à sociedade.

No caso brasileiro, notadamente as regiões metropolitanas e/ou as cidades-polo, tornaram-se referência na oferta dos serviços de saúde por duas principais razões. Em primeiro lugar devido à grande concentração de profissionais especialistas e uma densa rede

---

<sup>35</sup> Na visão do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2015): “O SUS é subfinanciado e para melhoria da gestão da saúde pública são necessários mais recursos financeiros. O contingenciamento de recursos para a saúde e sua corriqueira inscrição como restos a pagar afeta significativamente a administração da saúde pública, especialmente de estados e municípios. O fim da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) trouxe muitos transtornos para a gestão do SUS e, atualmente, os gestores convivem com um déficit de alguns bilhões de reais no seu financiamento.” (BRASIL. CONASS, 2015, p.13) Ainda segundo essa instituição: “O financiamento tem se constituído preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do SUS, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras, tendo em vista que esse sistema desde a sua concepção está inserido no Sistema de Seguridade Social, inspirado em padrões conceituais do Estado de Bem-estar Social.” (BRASIL. CONASS, 2015a, p.15)

<sup>36</sup> “Em áreas onde assiste-se a uma crescente perda populacional os serviços públicos básicos, nomeadamente de educação e de saúde, sofrem cortes financeiros e/ou encerramento de instalações, passando muitas vezes a ser necessário percorrer distâncias mais elevadas para poder acender a esses mesmos serviços.” (COSTA, 2016, p. 74)

de clínicas e hospitais privados e públicos, e por outro lado, pela inexistência ou ineficiência destes serviços nos municípios “menos dinâmicos”.

Como veremos no Capítulo 3, os 79 municípios sul-mato-grossenses estão organizados ou distribuídos em quatro regiões de saúde, centralizadas nas cidades-pólos de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas.

**Quadro 1 – Distribuição dos municípios por Região de Saúde do SUS**

Região de Saúde	Nº de Municípios	Total
Campo Grande	34	79
Corumbá	02	
Dourados	33	
Três Lagoas	10	

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Organizado pelo autor, 2018.

No Quadro 1, pode-se observar o adensamento da demanda, em especial nas cidades de Campo Grande e Dourados, que concentram respectivamente o maior número de municípios que buscam os serviços de saúde para seus cidadãos/municípios.

Sobre esta situação, concordamos com Costa (2016) quando aponta que:

Por exemplo, no caso do setor da saúde é fácil compreender que encerrando vários serviços de atendimento, se promove uma concentração desse atendimento, contribuindo para menor qualidade e menor equidade no acesso da população a esses mesmos serviços. Para um atendimento básico, a distância a percorrer pelo utente para acender ao serviço pode ser aceitável, mas para um atendimento hospitalar ou um cuidado especializado, as distâncias a percorrer e os tempos de espera para o atendimento podem aumentar significativamente para esse utente, contribuindo para diminuição da qualidade do serviço e para menor acesso da população. (COSTA, 2016, p. 75)

O fato é que dentre os 79 municípios sul-mato-grossenses, poucos possuem condições de ampliar a rede de saúde para além da Atenção Básica. Especificamente tratando-se de unidades de alta complexidade, como é o caso das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) é necessário uma equipe de profissionais mínima composta por um Médico responsável com título de especialista em medicina intensiva; Médico diarista com título ou habilitação em medicina intensiva; Médico plantonista; Enfermeiro coordenador na área de enfermagem e Enfermeiro exclusivo para unidade; Fisioterapeuta intensivista; dois técnicos de enfermagem por leito/por turno de trabalho, acesso a serviço de cardiologia, cirurgia geral, neurocirurgia e ortopedia.

Neste escopo, a FIOCRUZ e a OPAS realizaram um estudo em 2002 que trouxe de forma bastante didática o processo histórico que desencadeou o atual modelo de política de saúde brasileiro.

De acordo com o trabalho, já na Assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em 1975, se discutia o problema acerca da falta de atendimento na área da saúde ao redor do mundo. De acordo com o então Diretor-Geral da OMS, Halfdan Mahler, *"para vencer a dramática falta de médicos no mundo inteiro é indispensável aproveitar todo o pessoal disponível, as parteras curiosas, o pessoal de nível elementar e até mesmo os curandeiros"*. (FINKELMAN, 2002, p. 244)

O mesmo autor assevera que o pronunciamento da OMS vinha ao encontro do que, na época, era consensual e corrente entre parte significativa de formadores de opinião nacionais no setor saúde, que:

a única possibilidade de levar a assistência médico-sanitária a todos dos que dela carecem é através da utilização de técnicas simples e de baixo custo, aplicáveis sem dificuldade ou risco, por pessoal de nível elementar recrutado na própria comunidade e remunerado de acordo com os padrões locais. (FINKELMAN, 2002, p. 244)

O conceito mais difundido de política de saúde, e internacionalmente adotado, enfatiza seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas. Esta forma de entendimento sobre a natureza da política de saúde está presente na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirma que aquela consiste em:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que define nas regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses. (...). Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis. (WHO, 1998, p. 10 – apud FLEURY e OUVÉNEY, 2008, p. 25)

Portanto, a política trata de uma estratégia governamental organizada/estabelecida em ações setoriais/eixos de acordo com as normas juridicamente construídas, buscando melhorar a qualidade do serviço ofertado à sociedade. Foi o caso do governo brasileiro, ao implantar o Programa Mais Médicos que inclusive foi considerado prática relevante para a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em publicação da ONU para a Cooperação Sul-Sul e do Programa das Nações para o Desenvolvimento (PNUD).

De acordo com a mencionada publicação da ONU, o Mais Médicos é potencialmente benéfico em qualquer país que decidisse adotá-lo. Textualmente:

The More Doctors Project is replicable and would potentially be beneficial in any country that decides to adopt it. Consideration should be given to the local situation, specifically its health system and political context. Brazil made a substantial economic investment to carry out the project; however, long-term benefits have proven to outweigh those investments. PAHO (OPAS) member States have demonstrated great interest in learning about the More Doctors Programme and its South-South cooperation initiative, the More Doctors Project. (UNITED NATIONS, may, 2016, p.40).<sup>37</sup>

Assim, essa política do governo brasileiro, considerada “boa prática” pela ONU pode ser adotada pelos Estados-membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que já demonstraram interesse em relação ao Programa.

Ao analisar a trajetória da saúde pública do Brasil, Finkelman (2002) dá destaque à atuação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) citando que além de se tratar do mais antigo organismo de cooperação na área de saúde, pode ser considerada como uma das primeiras instituições de cooperação internacional ressaltando que a saúde foi o setor de atividade em que as controversas ideias sobre pan-americanismo puderam, de algum modo, se expressar.

Em suas palavras:

De sua atuação, destaco neste texto, que se volta para as relações entre o Brasil e a OPAS, a ideia de que nem sempre tal papel deve ser aferido pelas influências mais diretas em termos de apoio ou desenvolvimento de programas relevantes nos países. Houve, desde as primeiras décadas do século XX, crescente intercâmbio entre especialistas e gestores de saúde, e o papel do organismo deve também ser considerado em termos da construção de uma agenda comum e, de certo modo, de uma comunidade de especialistas. (FINKELMAN, 2002, p. 26)

De acordo com nota publicada pela OPAS em março de 2015.

Em sua história, a OPAS já apoiou o envio de médicos a outros países. A mais recente experiência de triangulação de cooperação Sul-Sul para a mobilização de médicos e outros profissionais da saúde com a participação da Organização foi para atuar no enfrentamento do surto de Ebola na África. Grande parte desse contingente era proveniente de Cuba.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> O Projeto Mais Médicos é replicável e será potencialmente benéfico em qualquer país que decida adotá-lo. Deve-se considerar a situação local, especificamente seu sistema de saúde e contexto político. O Brasil realizou um investimento econômico substancial para realizar o projeto, no entanto, os benefícios a longo prazo provaram superar esses investimentos. Os Estados membros da OPAS (OPAS) demonstraram grande interesse em aprender sobre o Programa Mais Médicos e sua iniciativa de cooperação Sul-Sul, o Projeto Mais Médicos. (Nações Unidas, maio de 2016, p.40). Tradução Livre.

<sup>38</sup> “Nota da OPAS/OMS no Brasil sobre o Projeto Mais Médicos” Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4798:nota-da-opasoms-no-brasil-projeto-mais-medicos&Itemid=827](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4798:nota-da-opasoms-no-brasil-projeto-mais-medicos&Itemid=827)> Acesso em: 24 mai. 2016.

Ainda de acordo com o documento, a mobilização de profissionais cubanos para o programa Mais Médicos foi feita de acordo com as normas éticas e administrativas da OPAS, contemplando as recomendações do Código de práticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a contratação internacional de pessoal sanitário.

Sobretudo pelo aspecto da articulação entre as políticas públicas, conseguimos identificar, conforme trataremos no Capítulo 2, uma continuidade de ações, programas e iniciativas implementadas pelo Estado brasileiro, principalmente a partir de 2011 que apresentam certo grau de complementaridade e que, ao nosso ver, garantiram condições para criação e execução do Programa Mais Médicos.

Como podemos observar ao longo deste primeiro capítulo, as políticas públicas de saúde implementadas no Brasil seguiram, ao longo do século XX, orientações e diretrizes oriundas de experiências vivenciadas em outros países, em especial da Europa Ocidental, todavia, em condições históricas e geográficas completamente diferentes. Enfim, como aponta Fleury (2008, p.76):

“[...] o SUS operou uma reforma democrática do Estado que, mesmo tendo enfrentado todas as pressões dos governos que adotaram um modelo de reforma distinto e que pressupunha o esvaziamento da função estatal de provedor, conseguiu não apenas se manter, como servir de modelo para a reorganização de sistemas de gestão compartilhada em outras áreas (como a assistência social e a segurança pública).”

Validado o direito, urge efetivá-lo em sua plenitude (recriá-lo permanentemente!) enfim, há necessidade contínua tanto de defesa quanto de aprimoramento: uma repolitização da saúde. Tarefa hercúlea diante dos embates contrarreformistas, conservadores e privatistas.

Entendemos que a análise empreendida serviu tanto para compreender os principais caminhos percorridos pelo Brasil acerca da implementação das políticas de saúde, nos auxiliando também a vislumbrar as possibilidades de leitura e compreensão do Programa Mais Médicos.

## Capítulo 2

### **Programa Mais Médicos: o contexto de sua implantação, características básicas e a estratégia política institucional**

O objetivo deste capítulo é apresentar uma caracterização geral do Programa Mais Médicos desde a sua concepção da – seus objetivos e diretrizes fundantes – até os resultados verificados ao longo dos cinco anos de sua execução. A definição desse interregno corresponde o período de sua criação, em 2013, até 2018, por ocasião de defesa desta tese.

Para isto, foram analisados os documentos governamentais – peças normativas – que sustentam o Programa, tanto do ponto de vista jurídico-operacional quanto pelo discurso político presente no processo de sua implantação e funcionamento.

Em algumas passagens do texto, a leitura pode tornar-se cansativa, mas como destacado na introdução, é um procedimento indispensável para compreensão do contexto histórico e geográfico de sua implementação, as mudanças de ossatura institucional e suas tensões, conflitos e contradições.

Enfim, o pressuposto conforme delineado na introdução deste trabalho é a não neutralidade do discurso, buscando enxergar a dialeticidade e a totalidade em suas múltiplas determinações que mostra e esconde, esclarece e perturba.

Como ferramenta para contextualização da implementação do Programa, no subcapítulo 2.1 foi feita uma breve análise da conjuntura verificada no Brasil nos anos que antecederam a implementação do Mais Médicos, visto que, conforme já apontado no Capítulo 1, diversas demandas relacionadas à saúde pública brasileira persistiram ao longo das últimas décadas podendo, inclusive, inviabilizar a aplicação das metas e objetivos traçados pelo Ministério da Saúde para instalação do Programa.

O subcapítulo 2.2 aborda algumas das principais batalhas enfrentadas pelo Governo Federal frente às dezenas de ações judiciais impetradas pelos sindicatos e conselhos de medicina de todas as partes do país.

O subcapítulo 2.3 trata especificamente da atuação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) que, por meio do 80º Termo de Cooperação, viabilizou a contratação de mais de 10.000 profissionais médicos intercambistas.

O subcapítulo 2.4 discute as mudanças na formação médica por meio de alterações na estrutura curricular dos cursos de graduação e oferta de cursos de residência médica na área da atenção básica em saúde.

Feito isso, o capítulo vai sendo delineado a partir da análise detalhada de dois importantes documentos oficiais que alicerçam o Programa. O primeiro deles é a Exposição de Motivos EMI nº 00024/2013 MS MEC MP de 6 de julho de 2013 apresentada pelo Ministro da Saúde à época, senhor Alexandre Padilha à então Presidenta da República Dilma Rouseff.

O referido documento apresenta os objetivos do Programa e traz dados que vão servir de parâmetro para mensurar os avanços conquistados a partir da adoção das medidas previstas.

O segundo documento é a Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Trata-se do marco legal que institui o Programa Mais Médicos e materializa todas as propostas contidas no seio da EMI nº 00024/2013 MS MEC MP.

Ambos os documentos apresentam em sua extensão informações relativas aos três eixos de atuação do Programa. Sob nossa análise, verificamos que apesar da extensão, há objetividade na elaboração sendo recomendada a sua leitura na íntegra para aprofundamento do aspecto legal do processo.

Feito os esclarecimentos iniciais, o trabalho busca, a partir deste ponto, analisar o cenário nacional, em especial, na área da saúde no início da década de 2010. Neste sentido foi constatado que diversas medidas vinham sendo tomadas no âmbito do Governo Federal com declarado escopo de democratização do acesso à saúde.

## **2.1 – O contexto de fortalecimento da Atenção Básica no Brasil**

Sob a gestão da Presidenta Dilma Rouseff foi lançada em 2011 a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Na ocasião, a Atenção Básica à Saúde (ABS)<sup>39</sup> foi posta como prioridade na elaboração das medidas tomadas pelo Ministério da Saúde que identificou dez principais desafios que condicionavam seu desenvolvimento e que deveriam ser melhor observados:

---

<sup>39</sup> Conforme as diretrizes da PNAB 2011, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p. 19)

- 1 - Financiamento insuficiente da Atenção Básica.
- 2 - Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- 3 - Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde.
- 4 - Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis.
- 5 - Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado.
- 6 - Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais.
- 7 - Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão.
- 8 - Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores.
- 9 - Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica.
- 10 - Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade. (BRASIL, 2015, p.19)

Nesse contexto, a PNAB criada em 2011, tinha como objetivo implementar ações visando solucionar ou, pelo menos, contemplar demandas de cada um dos dez desafios supracitados. Podemos afirmar que esta ação ganhou um importante reforço a partir da criação e implementação do Programa Mais Médicos (PMM) que, segundo o discurso oficial, representava uma ação coerente e sinérgica ao esforço de qualificação da Atenção Básica à Saúde brasileira, além de prever ações com impactos, via aumento no número de médicos, distribuição e qualificação da formação, em todos os pontos de atenção. (BRASIL, 2015, p.20)<sup>40</sup>

Dentre os dez desafios citados anteriormente, o Programa propõe ações em especialmente cinco deles:

(...) déficit de provimento de profissionais médicos; mercado de trabalho predatório e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; infraestrutura inadequada das UBS; necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica. (BRASIL, 2015, p. 20)

Se levar em consideração outras ações da PNAB, o Programa ainda contribui diretamente para fomentar as linhas de crédito necessárias ao financiamento da Atenção Básica ao garantir crédito para reforma das Unidades Básicas de Saúde através do Requalifica

---

<sup>40</sup> Nesse contexto, no Plano Nacional de Saúde (PNS - 2012-2015), constava como um dos principais objetivos: “A Atenção Básica (AB) vem ocupando cada vez mais centralidade no SUS, com a proposta de constituir-se em ordenadora dos sistemas loco-regionais de saúde, quanto como eixo estruturante de muitos programas e projetos no âmbito federal. O reconhecimento nacional e internacional que o SUS tem conquistado com a AB justifica-se não só pela rapidez e escala da sua expansão de cobertura, como também pelos resultados associados ao modelo de organização deste nível de atenção: a Estratégia Saúde da Família (ESF).” (BRASIL, 2011, p.41).

UBS (temas discutido no Capítulo 3). De modo geral, pode-se afirmar que a PNAB contribui, também, no enfrentamento dos demais desafios.

Conforme o discurso oficial, “[...] vale afirmar que o Programa Mais Médicos é sinérgico à PNAB e busca enfrentar – articulado a outras ações – problemas que têm condicionado o desenvolvimento da Atenção Básica”. (BRASIL, 2015, p. 20)

Desde sua implementação, em 2011, a nova PNAB viabilizou um importante processo de valorização e fortalecimento da Atenção Básica em Saúde no Brasil com um aumento de mais de 100% nos repasses realizados pelo Governo Federal 2014 em comparação aos recursos destinados no ano de 2010. (BRASIL, 2015, p. 20)

Também no ano de 2011 foi lançado o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) que, articulado ao Mais Médicos, alcançou a cifra de mais de R\$ 5 bilhões em investimentos.

Igualmente é desse período a criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) e da estratégia e-SUS Atenção Básica, que visava informatizar a Atenção Básica em consonância com o Plano Nacional de Banda Larga e busca promover mudanças no uso das informações para a qualificação do cuidado e da gestão em saúde. (BRASIL, 2015, p. 20)

Ademais, contata-se que o ano de 2011 marcou a criação de uma série de programas e medidas voltadas à Atenção Básica à Saúde (ABS). Vejamos:

1. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);<sup>41</sup>
2. Programa Telessaúde Brasil Redes;<sup>42</sup>
3. Reestruturação do Programa Saúde na Escola (PSE);<sup>43</sup>
4. Programa Academia da Saúde;<sup>44</sup>
5. Nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).<sup>45</sup>

No dizer governamental esse conjunto programático, somado ainda a ações como a Política de Educação Permanente, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e o estímulo e incentivo para Implantação de Planos de Carreira no SUS, buscam enfrentar os dez desafios citados anteriormente.

---

<sup>41</sup> Para maiores informações sobre o PMAQ acesse: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao\\_pmaq2.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php).

<sup>42</sup> Para saber mais sobre o Telessaúde acesse: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_telessaude.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php).

<sup>43</sup> Saiba mais sobre o PSE em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>

<sup>44</sup> Conheça o Academia da Saúde acessando: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/academia\\_saude.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/academia_saude.php)

<sup>45</sup> Saiba mais sobre a PNAN em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php>

Foi também em 2011, que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Resolução nº 439, tratou de diretrizes para a Atenção Básica e demandou um conjunto de ações que, posteriormente, foram “respondidas” com o Programa Mais Médicos dentre elas:

- 1– Mobilizar todos os esforços e forças sociais para aumentar a destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica.
- 2 – Garantir – por meio das três esferas do governo – ações necessárias para que a Atenção Básica, inclusa ou não na Estratégia de Saúde da Família, seja efetivamente a principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento humanizado em todas as UBS, capaz de prestar atenção integral resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção.
- 3 – Intensificar os esforços e criar novas políticas que garantam profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do País, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando, de fato, o direito à saúde. (BRASIL, 2015, p. 21)

Diante o exposto, pode-se afirmar que dois anos antes da criação do Programa Mais Médicos, o Governo Federal num esforço conjunto com a representação das secretarias municipais e estaduais de saúde, bem como o órgão maior de controle social do SUS, com representação de usuários, sociedade civil, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde, apontavam como prioridade o enfrentamento de desafios que o Mais Médicos tem buscado superar em concomitância a outras ações da PNAB.

Igualmente, contata-se que o Plano Nacional de Saúde (2012-2015) apontava que:<sup>46</sup>

Em relação aos profissionais de saúde de **nível superior**, as dificuldades referem-se à qualidade e adequação do perfil necessário ao SUS. A equidade e o acesso universal aos serviços ficam prejudicados pela dificuldade apresentada por inúmeros municípios em fixarem profissionais em seu território, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A carência e má distribuição geográfica e social de profissionais, especialmente médicos, têm sido apontadas como problema grave, que atinge também outros países. (BRASIL, 2011, p.58)

Essas ações executadas pelo Governo Federal a partir do ano de 2011, tomam forma à medida que são reorganizadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da sociedade.

Segundo o discurso oficial:

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a

---

<sup>46</sup> O Plano Nacional de Saúde (PNS – 2012/2015) teve “[...] por objetivo aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde/SUS para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros.” BRASIL (2011, p.68).

população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.<sup>47</sup>

A inserção dessa modalidade de gerenciamento do Sistema Público de Saúde, operacionalizado por meio do SUS, provocou mudanças no acesso ao atendimento médico demandado pela sociedade. Em certa medida, essa reorganização trouxe e traz alguns transtornos<sup>48</sup> para os usuários do Sistema, uma vez que, após o cadastramento das famílias, o atendimento inicial deve ser feito exclusivamente na Unidade Básica de Saúde responsável pela cobertura de determinada porção territorial e da qual as famílias cadastradas são residentes.

No Brasil, algumas pesquisas, dentre as quais Mafra (2011),<sup>49</sup> tem evidenciado uma relação em Atenção Básica e internações hospitalares. Em suas palavras: “

“... as internações hospitalares por condições sensíveis constituem-se em uma medida da efetividade das unidades de Atenção Primária, na medida em que sua atuação oportuna e decisiva se torna possível a detecção e controle de certas doenças em um estágio menos avançado e a interrupção da evolução subsequente para uma condição que possa vir a exigir a internação.” (MAFRA, 2011, p.26)<sup>50</sup>

Nessa mesma pesquisa, o autor demonstra também uma relação entre Atenção Básica e a redução do tempo total da duração das internações. E conseqüentemente uma redução nos valores gastos ao longo do período de análise. (MAFRA, 2011, p.51-52)

Por outro lado, o entendimento gerencial do Sistema é que ao setorizar os atendimentos iniciais o resultado seria a diminuição da demanda das unidades referenciais. No caso de Dourados, por exemplo, o objetivo seria diminuir a demanda do antigo Posto de

<sup>47</sup> O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada. (BRASIL, 2012, p. 25)

<sup>48</sup> Sobre essa afirmação nos cabe a necessidade de tecer uma breve explicação. Quando um cidadão tem seu nome cadastrado por um Agente Comunitário de Saúde automaticamente é incluído numa regionalização que tem como base seu endereço residencial. É possível identificar que em muitos casos, por comodidade, ou relações de conhecimento ou amizade o usuário deseja buscar atendimento em outra Unidade de Saúde ato que não é permitido de acordo com as regras das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Uma prática bastante comum é buscar atendimento em Unidades de Pronto Atendimento fora do horário de funcionamento da UBS que usualmente atendem das 07h00 as 11h00 e das 13h00 as 17h00 horário coincidente com a jornada de trabalho de grande parte, senão a maioria da sociedade. Essa prática, no entanto, provoca um aumento considerável na demanda das UPAs que têm por essência a incumbência de atender demandas de Urgência e Emergência.

<sup>49</sup> “... a presente pesquisa configura-se como um dos poucos trabalhos realizados sobre a realidade brasileira que trazem evidências da relação entre Atenção Primária e redução das internações hospitalares” (MAFRA, 2011, p.87)

<sup>50</sup> Vale mencionar que o autor usa os termos “Atenção Primária” e “Atenção Básica” como sinônimos, conforme explicitou no trabalho. (Mafra, 2011, p.15). Esse mesmo autor, cita STARFIELD (2002, p.30) e menciona que “A classificação dos níveis assistenciais em saúde teve origem em um texto da Grã-Bretanha de 1920, de autoria do Lord Dawson of Penn, que tratava da organização dos serviços de saúde e distinguia três níveis principais, centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escolas” STARFIELD, B. ATENÇÃO primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

Atendimento Médico (PAM), atual Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e também do Hospital da Vida (HV), sendo direcionado para estes locais somente os casos de maior complexidade.

Também de acordo com o que se divulgou na ocasião do lançamento da PNAB 2011, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), através da descentralização dos atendimentos, ou seja, a implantação de um grande número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos bairros das cidades. No caso de Dourados, por exemplo, são 42 UBS espalhadas em todas as porções do perímetro urbano e também nos distritos. Além desta, a Atenção Básica ficou encarregada de:

Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo;  
 Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS;  
 Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários. (BRASIL, 2012, p. 26)

Analisando a interação do Programa Mais Médicos com as iniciativas vinculadas à Atenção Básica nos municípios, OPAS (2015) afirma que ao implementá-lo (o Programa) o gestor precisa reunir alguns fatores, dentre eles, habilidades dos médicos e capacidade de integração com o entorno, com outros determinantes para que num dado lugar, para uma dada parcela da sociedade, a chegada do PMM faça realmente a diferença. (OPAS, 2015)

Dentre estes fatores, OPAS (2015) destaca “a capacidade do gestor de usar da melhor forma possível a energia proporcionada pelo Programa para fortalecer o sistema municipal de saúde.”

Para o gestor, dispor de equipes fortes de atenção básica significa não apenas concretizar um direito humano fundamental, mas representa também uma oportunidade única (em tempos de cortes orçamentários) de introduzir melhorias e avançar no aprimoramento do modelo de atenção, na ampliação da carteira de serviços e no incremento da resolutividade. (OPAS, 2015, p. 2)

Nesse contexto, pode-se afirmar que as iniciativas tomadas na Atenção Básica têm como objetivo trabalhar a saúde de forma preventiva. Assim, nota-se que as equipes de Saúde da Família (eSF)<sup>51</sup> atuam nas UBS e na “comunidade”, disseminando orientações, realizando

---

<sup>51</sup> As eSF contam com médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A maioria delas tem também o dentista e técnicos e auxiliares de saúde bucal. Existem variações deste formato e até complementações: algumas unidades podem atuar em conjunto com fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, professores de educação física, assistentes sociais e outros profissionais de saúde. Existem ainda equipes que atuam em áreas fluviais e ribeirinhas, e as que cuidam dos povos indígenas.

ações de educação e promoção da saúde, práticas preventivas, além de diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns e sempre considerando cada pessoa dentro de seu contexto social e familiar.

Em muitos casos, as equipes também circulam nos bairros e/ou distritos e, quando uma pessoa não pode ir até a Unidade de Saúde, visitam a sua residência.

É importante lembrar que o modelo de preconização dos cuidados primários instituído no Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>52</sup> tem suas origens no antigo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, criado no Estado do Ceará na década de 1990, e posteriormente expandido para as demais Unidades da Federação.

Contraditoriamente, a evolução do PSF dada a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF<sup>53</sup>, através dos quais se passou a disponibilizar diversos profissionais de saúde pública, trouxe como resultado justamente a limitação da expansão da cobertura do PSF e, por consequência, da ampliação do acesso da população aos cuidados primários em saúde.

Essa realidade decorre da quantidade deficitária de profissionais médicos com formação<sup>54</sup> em Medicina da Família e Comunidade disponíveis para compor as Equipes de Saúde da Família – eSF nas longínquas localidades do Brasil que, em alguns casos, devido à dificuldades de acesso, isolamento e à baixa densidade demográfica das áreas onde se encontram, frequentemente a atenção primária se estabelece como o único conjunto local de serviços de saúde viável, conectando-se com os outros equipamentos da rede saúde

---

<sup>52</sup> Para mais detalhes do Programa de Saúde da Família acessar a Política Nacional de Atenção Básica 2011.

<sup>53</sup> Criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações passaram a ser regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)> Acesso em: 30 maio 2016.

<sup>54</sup> GONZE (2009, p.9) discutindo o princípio da integralidade na formação dos profissionais da saúde, aponta apropriadamente que: “Sabemos que a formação atual ainda tem um predomínio do modelo biomédico. Trata-se de uma concepção de saúde atrelada ao cuidado do órgão doente em detrimento de uma abordagem do sujeito em sua singularidade. Disso decorre uma assistência tecnicista e fragmentada, o que é alvo de críticas oriundas do campo da Saúde Coletiva” Sobre essa mesma temática, Pierantoni (2001, p.52) afirma que: “o distanciamento do setor educacional das discussões das reformas no setor saúde, o que acarreta uma inviabilidade para os modelos propostos, ou seja, a inadequada formação de profissionais tem sido um obstáculo para as mudanças no modelo assistencial, já que os cursos de graduação e pós-graduação não formam o aluno para as necessidades do SUS.” Assim, para a citada autoria, as instituições formadoras ainda se baseiam no conhecimento da tecnologia de alta complexidade e nas especialidades, perpetuando modelos tradicionais de seleção de conteúdos.

localizados em outros municípios por meio de um sistema de referência e contrarreferência<sup>55</sup>. (OPAS, 2015, p. 3)

Analisando esta temática, Fratini et al. (2008, p.66) explicam que os conceitos de referência e contrarreferência em saúde se constituem como uma das bases da mudança almejada para o setor, mas ainda se encontram num estágio incipiente, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que refere à efetivação e divulgação de experiências, exitosas ou não. E seguem os mesmos autores:

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, “o cidadão pode ser contra referenciado, isto é, conduzido para um atendimento em nível mais primário”, devendo ser este a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio. (FRATINI et al., 2008, p. 66/7)

De acordo com Clauco Oliveira<sup>56</sup> o provimento de médicos para os municípios operacionalmente representa uma das frentes mais importantes do Programa Mais Médicos, tendo em vista que de acordo com o que se observa no cotidiano das eSF, a expansão da cobertura dos serviços de atenção primária foi historicamente limitada no tempo justamente pela indisponibilidade de profissionais, requerendo a formação, captação, distribuição e fixação de expressivo número de médicos. (OPAS, 2015, p. 5)

Conforme já mencionado, a resolução do provimento de profissionais encontra-se dividida em duas fases. A primeira intitulada “Provimento Emergencial” se refere à captação de profissionais no mercado de trabalho, que ao ingressarem no Programa são incorporados a um processo de formação complementar de pós-graduação, cujo conteúdo é essencialmente composto por temas que aprimoram a prática da Medicina de Família e Comunidade. O objetivo da formação complementar é incorporar à formação dos profissionais os conhecimentos essenciais e necessários à atuação nos municípios a que serão destinados.

Conforme sinaliza Oliveira (2015):

---

<sup>55</sup> Para Fratini et al.(2008, p.66) os conceitos de referência e contrarreferência em saúde se constituem como uma das bases da mudança almejada para o setor, mas ainda se encontram num estágio incipiente, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que refere à efetivação e divulgação de experiências, exitosas ou não. E seguem os mesmos autores:

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, “o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário”, devendo ser este a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio. (FRATINI et al., 2008, p. 66/7)

<sup>56</sup> Coordenador regional para o Nordeste da Unidade Técnica Mais Médicos da OPAS/OMS. In: Implementação do Programa Mais Médicos em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas. OPAS, 2015.

Uma ampla discussão tem sido realizada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação para envolver instituições públicas e privadas de ensino superior e para garantir que a nova oferta de vagas obedeça aos critérios previamente estabelecidos. Até o momento, mais de 5 mil novas vagas de graduação em Medicina foram criadas em universidades públicas e privadas, a maioria em municípios de médio porte, mais próximos das localidades que possuem escassez de médicos. Na prática, se espera que nos próximos anos a demanda de médicos para a atenção primária possa ser atendida pelos egressos dessas vagas, que deverão ter recebido uma formação mais adequada à consolidação da atenção primária em saúde e, por consequência, do SUS. (OPAS, 2015, p. 5)

O aprimoramento da formação médica através da ampliação da oferta de vagas para graduação em medicina e de residência médica corresponde à segunda fase do provimento de profissionais, e por sua vez, está diretamente relacionada a uma maior inserção de práticas de atenção primária em saúde.

A residência médica corresponde a uma especialização *lato sensu* caracterizada por ser uma modalidade fundamentalmente de treinamento em serviço e, portanto, distingue-se de outros processos de formação por, pelo menos, três principais dimensões:

- 1 – Predomínio de atividades práticas (onde o médico com exercício profissional autorizado exerce atividades de maior autonomia e responsabilidade).
- 2 – Existência de legislação própria (que normatiza o papel de educação pelo trabalho, onde o residente, ao mesmo tempo que está em atividades de ensino, tem seguridade previdenciária).
- 3 – Certificação do médico para exercer determinada especialidade, sendo esse o principal formato reconhecido pelo Estado brasileiro para tal fim. (BRASIL, 2015, p. 32)

O dispositivo legal que normatiza a diferenciação entre a residência médica das demais modalidades de cursos *lato sensu* é a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.<sup>57</sup> Essa mesma Lei regulariza todo o processo de acreditação dos programas de residência, ao atrelar a obrigatoriedade de reconhecimento de um programa à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), coordenada pelo Ministério da Educação.

Ainda tratando acerca das ações relacionadas à formação médica, a partir da implementação do Mais Médicos a rede nacional de supervisão que havia sido criada em 2011 por ocasião da instituição do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) objetivando acompanhar o desenvolvimento das atividades realizadas pelos médicos integrantes do Programa passou, a partir de 2013 a contemplar os profissionais contratados pelo Mais Médicos.

Art. 4º O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica contará com a supervisão presencial e à distância desenvolvida por tutores de instituição de ensino

---

<sup>57</sup> BRASIL, Presidência da República. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília – Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos.

superior, hospitais de ensino ou outros serviços de saúde com experiência em ensino, selecionados por meio de edital(ais) específico(s).

Art. 5º Aos profissionais que participarem do Programa de que trata esta Portaria pelo prazo de 2 (dois) anos será oferecido curso de especialização em Saúde da Família, sob responsabilidade das universidades públicas participantes do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). (BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011)

A Figura 2 apresenta um resumo do cenário brasileiro da mão de obra médica no ano de 2013, antes da implementação do Programa Mais Médicos. Nota-se que havia uma grande concentração de vagas disponíveis para atuação na Atenção Básica em Saúde na região nordeste do Brasil.

**Figura 2 – Principais características do PROVAB/2013**



Fonte: <<http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/provisao-de-profissionais/provab>>

Apesar de, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) não definirem e nem recomendarem a prescrição de padrões mínimos ou ótimos para taxas populacionais de oferta de médicos, tampouco para metas nacionais correlatas, o Ministério da Saúde brasileiro estabeleceu como parâmetro mínimo e meta nacional, uma oferta de pelo menos 2,7 médicos para cada 1.000 habitantes.

E foi na tentativa de buscar solucionar um dos problemas, talvez o de maior relevância, do setor da saúde pública brasileira que é justamente a escassez de profissionais, em especial profissionais médicos, em regiões interioranas ou, até mesmo, nas periferias das grandes cidades, que o Governo Federal publicou, em 8 de julho de 2013 a Medida Provisória nº 621 através da qual foi instituído o Programa Mais Médicos.

Na ocasião da edição da citada Medida Provisória o então Ministro da Saúde, Sr. Alexandre Padilha, levou ao conhecimento da Presidenta da República Dilma Rousseff os fundamentos que justificavam a criação do Programa Mais Médicos por meio da Exposição de Motivos EMI nº 00024/2013 MS MEC MP.

Dentre os objetivos principais do Programa, destacam-se a diminuição das desigualdades regionais no acesso à saúde no Brasil e aprimoramento da formação médica através do fortalecimento da política de educação permanente com a integração ensino-serviço. Eis os objetivos contidos na citada MP:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS. (BRASIL. EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013).

Observa-se que o primeiro ponto abordado na citada EMI muito se assemelha com o que era proposto no bojo do Programa de Interiorização de Ações de Saúde criado pelo Governo Federal em 1976, abordado no Capítulo 1 desta pesquisa. Isso possibilita considerar que a dificuldade em se prover localidades periféricas com profissionais da área da saúde é uma constante, já que passados mais de quarenta anos, o Brasil continua padecendo com os mesmos problemas.

Quando a Medida Provisória nº 621/2013 foi transformada em Lei, este primeiro ponto da EMI nº 024/2013 (*I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde*) deu origem a um dos eixos ou pilares do Programa que é justamente aumentar a oferta de médicos em regiões

notadamente carentes da presença destes profissionais chamado de “Provisionamento Emergencial” também tratado no âmbito da Lei 12.871/2013 de “Projeto Mais Médicos para o Brasil”.

Já em relação ao segundo ponto da EMI nº 024/2013 que trata sobre a necessidade de fortalecer a prestação de serviços na Atenção Básica cabe destacar que estudos apresentados pelo Ministério da Saúde<sup>58</sup>, apontam que 80% da demanda de atendimento apresentada aos serviços de saúde, em especial nas unidades hospitalares, pode ser resolvida ainda na Atenção Básica através das Unidades Básicas de Saúde.

**Figura 3 – Relação entre ampliação da Atenção Básica e redução das internações**



Fonte: Apresentação 2 anos Programa Mais Médicos

Procedimentos como, vacinação, pré-natal, diagnósticos clínicos, acompanhamento de doenças crônicas, saúde mental, tratamento de doenças como diarreia e amigdalite, atendimento de pequenas urgências, cuidados à saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso, entrega gratuita de medicamentos, entre tantos outros são procedimentos realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS), ou posto de saúde, cujo papel é atender a “comunidade”.

Para Souza e Mendonça (2014)

A Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil vem desde o século passado tentando abrir um raio de sol no céu nublado do Sistema de Saúde. Nublado porque a acolhida dessa agenda entre governos de diferentes matrizes ideológicas teima em não deixar seus raios brilharem. Ainda assim vários são os feixes de luz, traduzidos em ideias, movimentos, processos e práticas, nos mais heterogêneos, complexos e singulares territórios municipais. (SOUZA e MENDONÇA, 2014, p. 330)

<sup>58</sup> Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/porta-de-entrada-do-sus>> Acesso em: 25 maio 2016.

Para as supracitadas autoras a Atenção Básica sofre com o que elas intitulam de “*tormentas políticas e socioculturais*” que dificultam a construção de um sistema público de saúde, universal, integral e de qualidade. Em suas palavras:

A primeira tormenta é a irracional concentração de “tecnologia de ponta” em grandes centros urbanos em detrimento das pequenas e médias cidades; a segunda, a acelerada e incontrolável elevação de custo do atendimento médico, já insuportável inclusive para as economias mais desenvolvidas, subordinando a prestação da assistência aos interesses dos produtores de serviços e bens do “complexo industrial médico-terapêutico”; a terceira, a “fantasia” do poder e prestígio social das corporações da área da saúde, sobretudo, a médica, por acharem que controlam os mercados das super subespecialidades. Este conjunto de problemas provoca a existência de um mercado educacional cada vez mais privatizado, que abre escolas e oferece vagas sem levar em conta as reais necessidades de saúde da população. A quarta tormenta é o impacto das chamadas doenças do mundo moderno, entre elas a violência social. (SOUZA e MENDONÇA, 2014, p. 330 – Grifo Nosso)

Voltando a analisar a EMI nº 024, verifica-se que os pontos III a VIII tratam sobre a necessidade de implementação de mudanças na formação acadêmica e profissional dos médicos. Assim como verificado em relação ao ponto I, estes também acabaram originando um dos eixos/pilares do Programa Mais Médicos, mais precisamente o eixo 2 que trata sobre ações relacionadas à formação.

De acordo com o dispositivo legal, na ocasião da transformação da MP nº 621 na Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013 as ações no âmbito do Programa Mais Médicos foram organizadas nos seguintes eixos:

- Eixo 1 - Provimento Emergencial por meio do qual se permitiu a contratação imediata de 13.862 vagas que não foram preenchidas por médicos bolsistas na última edição do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) realizada em 2013;
- Eixo 2 – Educação por meio da implementação de um plano de expansão da graduação e da residência médica e importantes mudanças no modo de formar médicos e também especialistas através da criação de 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência até 2017;
- Eixo 3 – Infraestrutura através da construção de novas unidades básicas de saúde e reforma e ampliação das unidades já existentes com investidos superiores a R\$ 5 bilhões para o financiamento de 26 mil obras em quase 5 mil municípios.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Dados compilados a partir de informações trazidas ao longo da publicação Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros, Brasil, 2015, referenciado na bibliografia do trabalho

Sobre o sexto ponto da EMI nº 24/2013 podemos afirmar que o Programa Mais Médicos por meio da parceria firmada com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)<sup>60</sup> viabilizou essa troca de conhecimentos e experiência na medida em que definiu regras para contratação de profissionais estrangeiros e/ou brasileiros com formação no exterior.

**Figura 4 – Os Eixos de Atuação do Programa Mais Médicos**



Fonte: Apresentação do Ministro Alexandra Padilha. Disponível em <<https://pt.slideshare.net/MinSaude/maismdicos>> Acesso em 20/02/2018.

Antes de adentrar à análise da Lei 12.871/2013 é importante resaltar que no interior da EMI nº 024/2013 o Ministro da Saúde apresentou dados bastante relevantes acerca da oferta de mão de obra médica no Brasil naquela ocasião. De acordo com o documento e com base em dados primários fornecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e na estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Brasil possuía 359.691 médicos ativos o que representava uma proporção de 1,8 médicos para cada 1.000 (mil) habitantes.

<sup>60</sup> A OPAS foi criada em 1902. Alleyne, George (2002, p.13/4) prefaciando o livro organizado por FINKELMAN (2002), “Caminhos da saúde pública no Brasil” argumenta que “seu foco de atenção era as doenças infecciosas, e o caminho era claramente direcionado à conquista dessas enfermidades, com as ferramentas e os programas então disponíveis. Hoje, reconhecemos que o espectro de doenças que os países têm de enfrentar é mais complexo, como também o caminho que têm a seguir. Os países devem lidar com um verdadeiro mosaico de enfermidades e procurar as ferramentas apropriadas para abordar, simultaneamente, múltiplos problemas.” Para melhor compreensão do papel histórico da OPAS e sua relação com as políticas de saúde no Brasil, consultar: LIMA, N.T. “O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões” FIOCRUZ, 2002. p.23-116.

Ainda de acordo com o documento, aquela proporção médico/1.000 habitantes constatada no Brasil era menor do que em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou países que possuíam sistemas universais de saúde, a saber: Canadá 2,0; Reino Unido 2,7; Argentina 3,2; Uruguai 3,7; Portugal 3,9; Espanha 4,0 e Cuba 6,7 (*Estadísticas Sanitarias Mundiales* de 2011 e 2012 – Organização Mundial da Saúde – OMS).

Desta forma, é oportuno recuperar o conteúdo do texto da Medida Provisória:

Não existe parâmetro que estabeleça uma proporção ideal de médico por habitante reconhecido e validado internacionalmente. Para tanto, utiliza-se como referência a proporção de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, que é a encontrada no Reino Unido, país que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção básica. Nesse cenário, para que o Brasil alcance a mesma relação de médicos por habitante seriam necessários mais 168.424 médicos. Mantendo-se a taxa atual de crescimento do número de médicos no país, o atingimento dessa meta só será viável em 2035. (BRASIL. EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013)

Ao considerar a relação entre as demandas e ofertas de profissionais médicos e ocupações médicas em serviços públicos de saúde, notadamente em serviços de Atenção Primária ou Básica à Saúde (ABS/APS), pode-se concluir que o Brasil ainda precisa avançar muito para atingir os índices dos países citados na Figura 5.

**Figura 5 – Relação médicos/mil habitantes países selecionados**

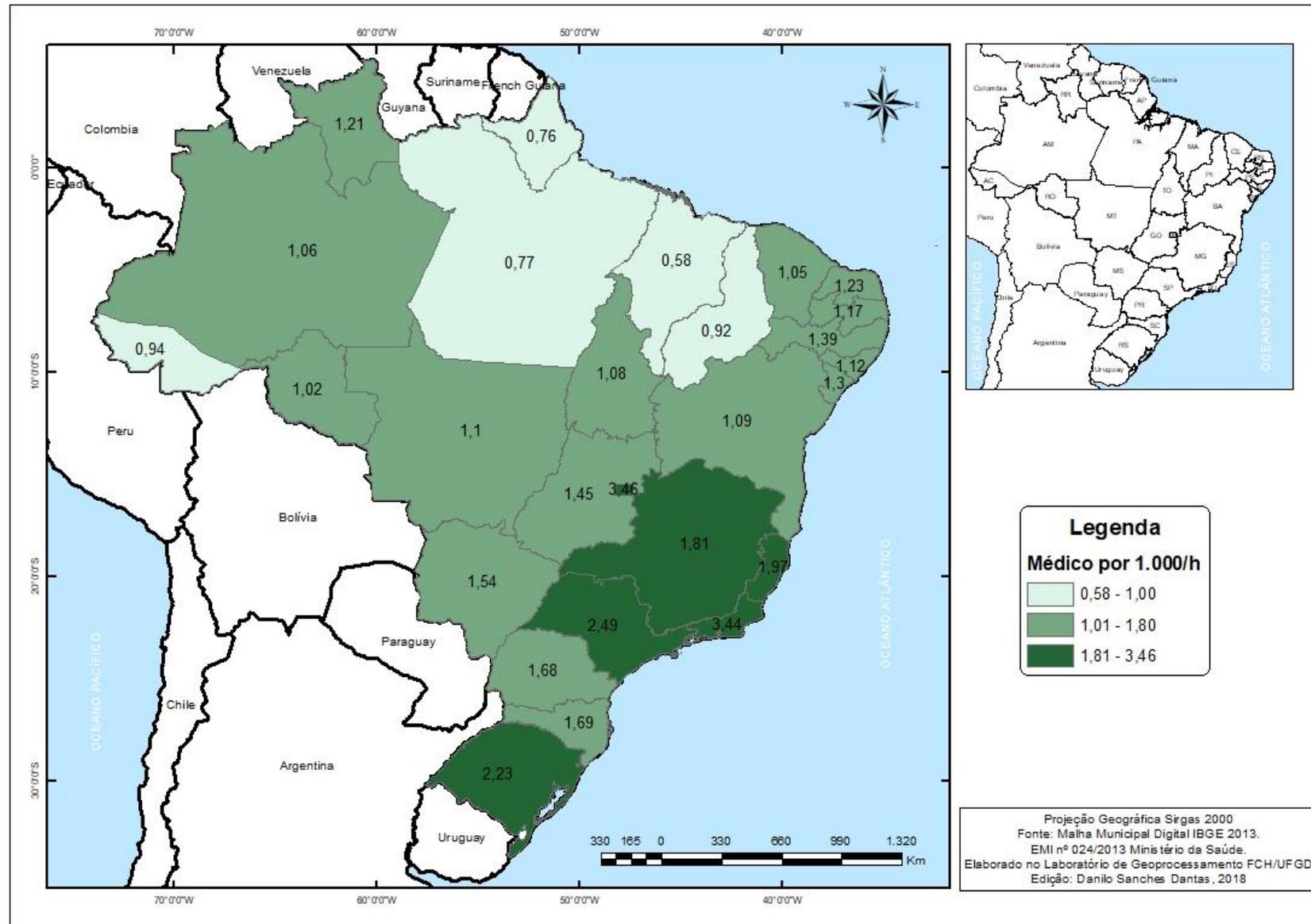


Fonte: Apresentação do Ministro Alexandra Padilha. Disponível em <https://pt.slideshare.net/MinSaude/maismedicos> Acesso em 20/02/2018.

De acordo com informações contidas no Relatório Mundial de Saúde, em 2009 estimava-se que as populações que viviam em regiões rurais em todo o mundo, eram servidas por apenas 38% do pessoal de enfermagem e por menos de 25% dos médicos disponíveis. Este dado reforça a tese de que a desigualdade na distribuição de profissionais de saúde representa um obstáculo à garantia de equidade no acesso aos serviços básicos de saúde e consequentemente dificulta o alcance de metas estabelecidas nos planos nacionais de saúde.

No Mapa 1 é apresentado o cenário de médicos por grupo de 1.000 (mil) habitantes por Unidade da Federação do Brasil no ano de 2012. Naquela ocasião o país apresentava média de relação médico/1.000 habitantes igual à 1,8, no entanto, 21 estados encontravam-se abaixo da média sendo que em cinco deles a relação era inferior à 1 médico para cada grupo de mil habitantes.

Mapa 1 – Relação Médicos/1.000 habitantes - Brasil - 2012.



Outro dado relevante apresentado na EMI nº 024/2013 trata sobre a distribuição dos médicos nas regiões do país e demonstrava grande desigualdade nesse quesito, sendo que na maioria dos casos a quantidade de médicos por Unidade da Federação era ainda menor do que a média nacional, conforme Quadro 2.

**Quadro 2 – Relação médico/1.000habitantes por UF - Brasil 2012**

Seq.	UF	População 2012	Total de Médicos	Médico por 1.000 hab.
1	Acre	721.006	679	0,94
2	Alagoas	3.233.234	3.632	1,12
3	Amapá	662.927	505	0,76
4	Amazonas	3.534.574	3.744	1,06
5	Bahia	15.001.484	16.311	1,09
6	Ceará	8.810.603	9.277	1,05
7	Distrito Federal	2.741.213	9.494	3,46
8	Espírito Santo	3.577.833	7.040	1,97
9	Goiás	6.145.928	8.917	1,45
10	Maranhão	6.533.540	3.767	0,58
11	Mato Grosso	3.120.442	3.441	1,10
12	Mato Grosso do Sul	2.426.518	3.733	1,54
13	Minas Gerais	20.529.623	37.149	1,81
14	Pará	7.726.888	5.938	0,77
15	Paraíba	3.843.916	4.488	1,17
16	Paraná	10.945.791	18.406	1,68
17	Pernambuco	9.015.728	12.547	1,39
18	Piauí	3.214.556	2.971	0,92
19	Rio de Janeiro	16.383.401	56.391	3,44
20	Rio Grande do Norte	3.221.581	3.977	1,23
21	Rio Grande do Sul	11.073.282	24.741	2,23
22	Rondônia	1.531.920	1.562	1,02
23	Roraima	445.043	540	1,21
24	Santa Catarina	6.297.460	10.656	1,69
25	São Paulo	42.390.043	105.658	2,49
26	Sergipe	2.074.528	2.701	1,30
27	Tocantins	1.323.231	1.426	1,08
<b>Total</b>		<b>196.526.293</b>	<b>359.691</b>	<b>1,83</b>

Fonte: BRASIL. EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013. Organizado pelo autor, 2018.

Analisando o Quadro 2, constata-se que 22 das 27 Unidades da Federação apresentavam a relação médico/1.000 habitantes menor que 1,83 (Média Nacional), sendo os nove estados da Região Nordeste, os sete da Região Norte, três da Região Centro-Oeste e dois da Região Sul. Na Região Sudeste, apenas Minas Gerais apresentava índice inferior à média

nacional. Destaque para o Distrito Federal que apresentava a melhor relação, 3,46 médicos para cada mil habitantes.

Outro dado que merece ser analisado se refere à grande concentração de médicos no estado de São Paulo, que sozinho abrigava aproximadamente 30% da população médica brasileira. Seus números equivaliam aos de algumas nações europeias como, por exemplo, França, Itália, Inglaterra, e mesmo dos países escandinavos.

No entanto, mesmo no caso do estado de São Paulo as desigualdades regionais eram significativas. Dos 17 Departamentos Regionais de Saúde, apenas cinco apresentavam relação médico/1.000 habitantes maior que 1,8<sup>61</sup>.

De acordo com a EMI nº 024/2013 uma das explicações para esse quadro estava relacionada ao número insuficiente de vagas nos cursos de graduação em medicina. Apesar de um número absoluto de escolas médicas maior do que alguns países (200 escolas médicas), ao analisar-se a proporção de vagas de ingresso para cada 10.000 (dez mil) habitantes, o país apresentava um índice significativamente inferior.

Enquanto o Brasil apresentava o índice de 0,8 vagas a cada 10.000 habitantes, Austrália tinha 1,4; Reino Unido 1,5; Portugal 1,6 e Argentina 3,1. A situação era ainda mais crítica em estados da Região Nordeste onde, por exemplo, Maranhão e Bahia apresentavam índice de 0,39 vaga para cada 10.000 habitantes.

A escassez de médicos em diversas regiões se manifesta em análises realizadas sobre o mercado de trabalho, como no estudo “Demografia do Trabalho Médico”, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), baseado em dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Consoante esse estudo, entre os anos de 2003 e 2011, para 93.156 egressos dos cursos de medicina foram criados 146.857 empregos formais. Cabe considerar que nestes dados não estão incluídos os médicos que optam por ingressar na residência médica, médicos cooperativados ou autônomos. Desse modo, é possível concluir que uma parcela significativa dos médicos recém-graduados já ingressa no mercado de trabalho com a possibilidade de exercer mais de um emprego formal. (BRASIL. EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013).

Embora os dados apontem para uma relação entre a oferta de vagas na graduação com o número de postos de trabalho entendemos que existem outros fatores que determinam a escassez de profissionais médicos em localidades periféricas. O próprio Ministério da Saúde ao elencar as prioridades a serem atendidas a partir da implementação do Programa Mais Médicos aponta outras demandas que vão ao encontro daquelas apontadas pelos profissionais que participaram da pesquisa realizada.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> Demografia Médica no Estado de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, 2012.

<sup>62</sup> Os dados da pesquisa serão elencados e discutidos no Capítulo 3.

De acordo com o Ministério da Saúde, quatro elementos se apresentavam como pontos de extrema atenção a serem atendidos pelo Programa Mais Médicos, eram eles:

- Quantidade insuficiente de médicos;
- Necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde e redução do tempo de espera;
- Necessidade de melhoria de infraestrutura das UBS;
- Necessidade de qualificação de profissionais para atuação na Atenção Básica.<sup>63</sup>

Os quatro elementos acima listados nos permitem afirmar que existe uma relação direta entre a quantidade de médicos em atuação nas Unidades de Saúde com a questão da demora no atendimento isso porque a área de abrangência de uma UBS pode chegar a 5.000<sup>64</sup> habitantes de acordo com a divisão de cada localidade.

Por outro lado, a condição de trabalho seja pela oferta de insumos e equipamentos, bem como pela condição infraestrutural da Unidade até o entrosamento com a equipe de trabalho podem determinar a permanência ou não do profissional em dada localidade. Obviamente que estes fatores também são atrelados à remuneração e outras variáveis que tendem a influenciar na escolha do profissional.

Por fim, a questão da formação médica voltada para atenção básica em saúde se revelou como um dos grandes desafios a serem superados por meio do Mais Médicos, já que para alcançar o citado objetivo seria preciso rever parte da formação acadêmica a partir da inclusão de ementas que tratassem da temática até mesmo uma reestruturação dos planos de trabalho.

Analisando os dados estatísticos disponibilizados pelo Conselho Federal de Medicina, constata-se que o número de médicos em atividade apresentou crescimento desde o ano de 2012. Vale lembrar que foi com base nos dados apresentados a partir do Censo Médico de 2012 que o Governo Federal traçou as estratégias para implementação do Mais Médicos. Quando comparados os números, nota-se que algumas Unidades da Federação apresentaram maior crescimento conforme detalhado no Quadro 3.

---

<sup>63</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros, p. 20.

<sup>64</sup> À título de exemplificação, o Município de Dourados possuía, de acordo com a estima populacional do IBGE 2017, uma população de 218.067 habitantes que eram atendidos em 42 Unidades Básica de Saúde resultando em média 5.192 pessoas para cada uma das UBS.

**Quadro 3 – Total de Médicos por UF - Brasil 2012 - 2015 - 2018**

Seq.	UF	Total de Médicos 2012	Total de Médicos 2015	Taxa de Crescimento	Total de Médicos 2018	Taxa de Crescimento
1	Acre	679	881	29,7%	1.012	14,9%
2	Alagoas	3.632	4.221	16,2%	4.981	18,0%
3	Amapá	505	742	46,9%	897	20,9%
4	Amazonas	3.744	4.362	16,5%	5.076	16,4%
5	Bahia	16.311	18.924	16,0%	22.454	18,7%
6	Ceará	9.277	11.043	19,0%	13.729	24,3%
7	Distrito Federal	9.494	11.951	25,9%	14.317	19,8%
8	Espírito Santo	7.040	8.581	21,9%	10.304	20,1%
9	Goiás	8.917	11.795	32,3%	14.574	23,6%
10	Maranhão	3.767	5.396	43,2%	6.855	27,0%
11	Mato Grosso	3.441	4.513	31,2%	5.897	30,7%
12	Mato Grosso do Sul	3.733	4.776	27,9%	5.966	24,9%
13	Minas Gerais	37.149	44.258	19,1%	52.957	19,7%
14	Pará	5.938	7.281	22,6%	8.659	18,9%
15	Paraíba	4.488	5.925	32,0%	7.358	24,2%
16	Paraná	18.406	21.546	17,1%	25.899	20,2%
17	Pernambuco	12.547	15.116	20,5%	17.925	18,6%
18	Piauí	2.971	3.737	25,8%	4.715	26,2%
19	Rio de Janeiro	56.391	61.346	8,8%	66.713	8,7%
20	Rio Grande do Norte	3.977	5.050	27,0%	6.210	23,0%
21	Rio Grande do Sul	24.741	27.419	10,8%	31.497	14,9%
22	Rondônia	1.562	2.288	46,5%	2.800	22,4%
23	Roraima	540	728	34,8%	892	22,5%
24	Santa Catarina	10.656	13.738	28,9%	17.111	24,6%
25	São Paulo	105.658	117.995	11,7%	136.935	16,1%
26	Sergipe	2.701	3.382	25,2%	4.047	19,7%
27	Tocantins	1.426	2.230	56,4%	2.811	26,1%
<b>BRASIL</b>		<b>359.691</b>	<b>419.224</b>	<b>16,6%</b>	<b>492.591</b>	<b>17,5%</b>

Fonte: BRASIL. EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013; Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2015; Conselho Federal de Medicina: Estatística Médica do Brasil base de dados 21/02/2018.<sup>65</sup> Organizado pelo autor, 2018.

<sup>65</sup> Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_estatistica](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica)>

Ao realizar a pesquisa no sentido de verificar a evolução da oferta dos profissionais médicos ao longo do período de realização do Programa Mais Médicos, ou seja, de 2013 a 2018, constatou-se um dado que causou preocupação.

Conforme detalhado no Quadro 3, no ano de 2012, o Brasil teria 359.691 médicos de acordo com os dados da Exposição de Motivos nº 00024/2013 apresentada pelo Ministério da Saúde na ocasião da proposição da Medida Provisória nº 621/2013. Os dados de 2015 foram extraídos do terceiro volume da pesquisa intitulada Demografia Médica no Brasil, elaborada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em parceria com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

Em um país de dimensão continental como o Brasil e com acentuadas desigualdades – realidade na qual se insere igualmente o Mato Grosso do Sul – é ponto pacífico o papel da saúde pública para a desconcentração espacial dos recursos e para a redução das desigualdades sociais e regionais. Inclusive a gritante desigualdade na distribuição dos médicos entre os sistemas público e privado de saúde. Nesse sentido, podemos apontar o SUS e em particular as ações estruturantes do Mais Médicos como uma conquista histórica da sociedade brasileira.

Alessio (2015) assevera, neste sentido.

É preciso ficar atento ao desenvolvimento do PMM na construção coletiva do SUS para garantirmos conquistas duradouras para o sistema de saúde brasileiro prometidas pelo Programa, tais quais qualificação de equipamentos e infraestrutura das unidades básicas de saúde, mudanças curriculares efetivas que promovam a formação de profissionais com perfil para atuar no SUS e para as demandas do SUS e a criação do Cadastro Nacional de Especialistas. Condições de trabalho e qualidade do campo de prática para estudantes se formarem adequadamente também são questões indiscutíveis para o sucesso da ousada proposta do governo, que promete dobrar o número de vagas de graduação em medicina e universalizar as vagas em programas de residência médica em um curto espaço de tempo. O foco no atual momento é a escassez do profissional médico, o que não pode desviar o foco da equipe multiprofissional, característica maior da Atenção Básica. (ALESSIO, 2015, p. 70)

A mesma autora explicita a preocupação acerca da oposição ao Programa Mais Médicos:

[...] ao fazê-lo, assumem que realmente não há urgência ao acesso à assistência médica para quem não tem, sem se fazerem a pergunta se é razoável que as pessoas e famílias tenham que esperar anos até que se configurem centros formadores de excelência próximos às suas localidades e os planos de carreira tenham sido projetados e estabelecidos para atrair os profissionais médicos, ou se políticas afirmativas de curto prazo seriam imprescindíveis para garantir o acesso imediato ao direito universal à saúde. (ALESSIO, 2015, p. 69)

Analisando as diretrizes de sustentação da pesquisa supracitada, constata-se que há uma crítica por parte do Conselho Federal de Medicina à postura do Governo acerca da

ampliação de vagas nos cursos de Medicina que remonta aos anos de 1970 ainda dentro do Regime Militar. De acordo com o texto:

Quase 40 anos depois, setores da gestão mantêm a crença de que o aumento no total de médicos em atividade pode melhorar o acesso à assistência em saúde. Mas será que as desigualdades gritantes do acesso à saúde no Brasil e os problemas históricos que assolam o atendimento da população seriam superados com uma solução tão simples?

De imediato, nossa experiência dizia que não. No entanto, cientes de nosso papel em defesa da sociedade, decidimos testar essa hipótese e ver se ela resistia a argumentos técnicos e científicos. (SCHEFFER, M. ; BIANCARELLI, A. ; CASSENOTE, A (coord.), 2011, p. 7)

Foi essa preocupação, segundo o texto, que motivou a elaboração da pesquisa Demografia Médica no Brasil. O trabalho – conduzido pelo Doutor em Ciências e pesquisador Mário Scheffer – trouxe um diagnóstico da população médica no Brasil, elencando suas principais características e indicando as fragilidades que deveriam ser combatidas para o fortalecimento da atenção em saúde no país.

Analisando estes dois cenários, ou seja, 2012 e 2015, constatou-se que o número total de médicos teria crescido 16,6% em âmbito nacional e até 56,4% no estado de Tocantins. Além disso, crescimentos superiores a 30% como era o caso dos estados de Roraima, Paraíba, Mato Grosso, Goiás e até mesmo do Acre com 29,7% chamaram a atenção.

Analisando as edições anteriores da Demografia Médica constatou-se que o primeiro volume fora publicado em 2011 e o segundo em 2013. Com o intuito de comprovar os dados e o crescimento identificado com base nas informações acima citadas, foi realizada a extração das informações resultando em um número surpreendente. No ano de 2011 o número de médicos, conforme o primeiro volume da Demografia Médica era superior ao apresentado pelo Ministério da Saúde em 2013, mas relativo a 2012.

O resultado foi o crescimento negativo no número de médicos em todas as Unidades da Federação, com casos extremos como Amapá, Maranhão e Tocantins onde os dados declinaram 21,5%, 16% e 19,5% respectivamente. No contexto nacional a redução seria de 3,2% conforme se verifica no Quadro 4.

**Quadro 4 – Total de Médicos por UF - Brasil 2011 - 2012**

Seq.	UF	Total de Médicos 2011	Total de Médicos 2012	Taxa de Crescimento
1	Acre	755	679	-10,1%
2	Alagoas	3.659	3.632	-0,7%
3	Amapá	643	505	-21,5%
4	Amazonas	3.828	3.744	-2,2%
5	Bahia	17.014	16.311	-4,1%
6	Ceará	9.362	9.277	-0,9%
7	Distrito Federal	10.300	9.494	-7,8%
8	Espírito Santo	7.410	7.040	-5,0%
9	Goiás	9.898	8.917	-9,9%
10	Maranhão	4.486	3.767	-16,0%
11	Mato Grosso	3.735	3.441	-7,9%
12	Mato Grosso do Sul	3.893	3.733	-4,1%
13	Minas Gerais	38.680	37.149	-4,0%
14	Pará	6.300	5.938	-5,7%
15	Paraíba	4.886	4.488	-8,1%
16	Paraná	18.972	18.406	-3,0%
17	Pernambuco	13.241	12.547	-5,2%
18	Piauí	3.125	2.971	-4,9%
19	Rio de Janeiro	57.175	56.391	-1,4%
20	Rio Grande do Norte	4.392	3.977	-9,4%
21	Rio Grande do Sul	24.716	24.741	0,1%
22	Rondônia	1.738	1.562	-10,1%
23	Roraima	596	540	-9,4%
24	Santa Catarina	11.790	10.656	-9,6%
25	São Paulo	106.536	105.658	-0,8%
26	Sergipe	2.804	2.701	-3,7%
27	Tocantins	1.771	1.426	-19,5%
<b>BRASIL</b>		<b>371.705</b>	<b>359.691</b>	<b>-3,2%</b>

Fonte: BRASIL. EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013; Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2011. Organizado pelo autor, 2018.

Ainda com base nos dados extraídos da pesquisa Demografia Médica no Brasil fora elaborado o Quadro 5 que traz o comparativo entre o número de médicos existentes no país nos anos de 2013 e 2011. Foram mantidos os dados extraídos da EMI nº 00024/2013 para ilustrar a disparidade das informações apresentadas pelo Conselho Federal de Medicina frente aos dados apresentados pelo Governo Federal.

**Quadro 5 – Total de Médicos por UF - Brasil 2011 - 2012 - 2013**

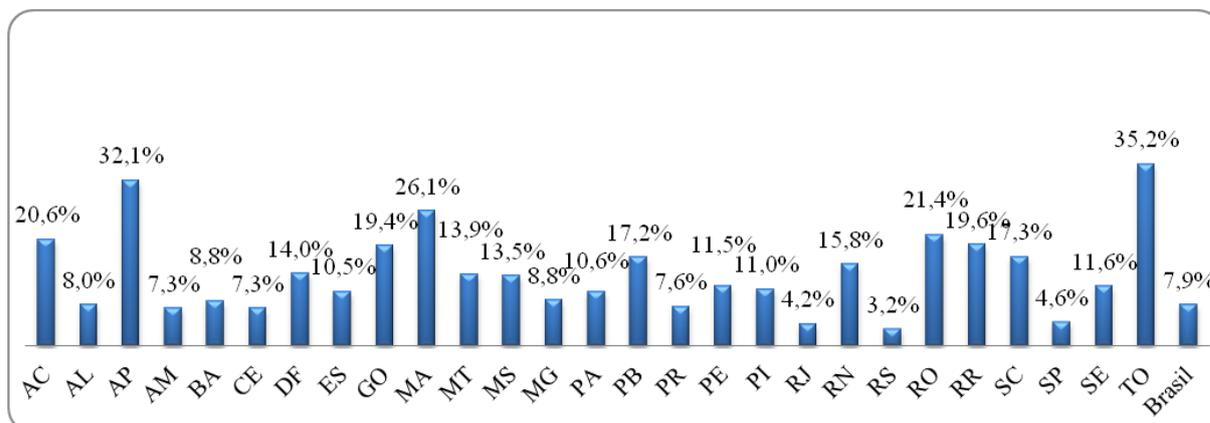
Seq.	A	B	C	D	E	F
	UF	Total de Médicos 2011	Total de Médicos 2012	Taxa de Crescimento	Total de Médicos 2013	Taxa de Crescimento
1	Acre	755	679	-10,1%	819	8,5%
2	Alagoas	3.659	3.632	-0,7%	3.921	7,2%
3	Amapá	643	505	-21,5%	667	3,7%
4	Amazonas	3.828	3.744	-2,2%	4.016	4,9%
5	Bahia	17.014	16.311	-4,1%	17.741	4,3%
6	Ceará	9.362	9.277	-0,9%	9.953	6,3%
7	Distrito Federal	10.300	9.494	-7,8%	10.826	5,1%
8	Espírito Santo	7.410	7.040	-5,0%	7.780	5,0%
9	Goiás	9.898	8.917	-9,9%	10.651	7,6%
10	Maranhão	4.486	3.767	-16,0%	4.750	5,9%
11	Mato Grosso	3.735	3.441	-7,9%	3.919	4,9%
12	Mato Grosso do Sul	3.893	3.733	-4,1%	4.238	8,9%
13	Minas Gerais	38.680	37.149	-4,0%	40.425	4,5%
14	Pará	6.300	5.938	-5,7%	6.565	4,2%
15	Paraíba	4.886	4.488	-8,1%	5.259	7,6%
16	Paraná	18.972	18.406	-3,0%	19.813	4,4%
17	Pernambuco	13.241	12.547	-5,2%	13.994	5,7%
18	Piauí	3.125	2.971	-4,9%	3.297	5,5%
19	Rio de Janeiro	57.175	56.391	-1,4%	58.782	2,8%
20	Rio Grande do Norte	4.392	3.977	-9,4%	4.604	4,8%
21	Rio Grande do Sul	24.716	24.741	0,1%	25.541	3,3%
22	Rondônia	1.738	1.562	-10,1%	1.897	9,1%
23	Roraima	596	540	-9,4%	646	8,4%
24	Santa Catarina	11.790	10.656	-9,6%	12.497	6,0%
25	São Paulo	106.536	105.658	-0,8%	110.473	3,7%
26	Sergipe	2.804	2.701	-3,7%	3.013	7,5%
27	Tocantins	1.771	1.426	-19,5%	1.928	8,9%
	<b>BRASIL</b>	<b>371.705</b>	<b>359.691</b>	<b>-3,2%</b>	<b>388.015</b>	<b>4,4%</b>

Fonte: BRASIL. EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013; Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2011; Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2013. Organizado pelo autor, 2018.

É importante destacar que a taxa de crescimento (coluna F), resulta de um cálculo comparativo entre os dados de 2011 e 2013, ou seja, dados extraídos dos volumes I e II da pesquisa Demografia Médica no Brasil. Se os dados confrontassem 2012 e 2013, ou seja,

dados da pesquisa do CFM/Cremesp com a EMI 00024/2013 os índices de crescimento seriam relativamente maiores conforme detalhado no Gráfico 1.

**Gráfico 1 – Taxa de crescimento na relação médico x 1.000 habitantes - Brasil 2012 - 2013**



Fonte: BRASIL. EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013; Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2013. Elaborado pelo autor, 2018.

O cenário representado nos quadros 3, 4 e 5 permitiria compreender que o Programa Mais Médicos não estaria dando conta de uma de suas principais propostas representadas pelo Eixo I que corresponde exatamente ao provimento de médicos conforme explicitado pelo Governo.

De acordo com o discurso oficial o PMM faz parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

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. (BRASIL, 2013. Mais Médicos: Conheça o Programa)

Foi no sentido de buscar compreender a origem das disparidades entre os dados apresentados pelo CFM e o Ministério da Saúde que buscou-se na metodologia das pesquisas, ou seja, tanto na Demografia Médica como na Exposição de Motivos a fonte e o tratamento dos dados e constatou-se que, na verdade, os dados de ambas tem a mesma origem, mas receberam tratamentos distintos.

Essa constatação se confirmou ao encontramos no primeiro volume da Demografia Médica uma informação que explica a disparidade dos dados:

Segundo dados de 01 de outubro de 2011, há 371.788 médicos ativos no país, com registro no CFM. Desse total, **95,1% têm um único registro**, ou seja, são médicos ativos em apenas um dos estados da federação. **Os outros 4,9%, ou 18.282 profissionais, têm registros “secundários” ativos em mais de um estado**, seja por

atuarem em áreas de divisa ou por terem se deslocado temporariamente de uma unidade da federação para outra. Para **efeito deste trabalho, contou-se cada registro de médico**. (SCHEFFER M. et al., Demografia Médica no Brasil 2011, p. 15, grifo nosso).

De acordo com a metodologia utilizada pelo CFM, se um profissional da medicina conta com dois ou mais registros médicos em conselhos regionais de medicina distintos, serão validados para fins da pesquisa Demografia Médica no Brasil o número de registros e não o número de médicos.

Pode-se afirmar que este procedimento não expressa a realidade tendo em vista que o profissional médico não poderá ou, pelo menos, muito provavelmente não conseguirá atuar simultaneamente em duas Unidades da Federação.

Por outro lado, os dados utilizados pelo Ministério da Saúde tiveram como base os chamados registros primários, ou seja, o primeiro registro profissional de um médico em um dos 27 conselhos regionais de medicina existentes no país.

Sanada a problemática acerca dos procedimentos de pesquisa, as informações foram buscadas no segundo volume da pesquisa Demografia Médica no Brasil para confrontar os dados utilizados pelo Ministério da Saúde na EMI nº 00024/2013, e constatou-se que, aparentemente, os dados tinham a mesma origem, conforme segue:

Segundo dados de 01 de outubro de 2012, há 388.015 registros médicos ativos no país junto ao CFM. Desse total, 93,6% têm um único registro, ou seja, são médicos ativos em apenas um dos estados da Federação. Os outros 6,4%, ou 28.843 profissionais, têm registros “secundários” ativos em mais de um estado, seja por atuarem em áreas de divisa ou por terem se deslocado temporariamente de uma unidade da federação para outra. Para efeito deste trabalho, contou-se cada registro de médico. (SCHEFFER M. et al., Demografia Médica no Brasil 2013, p. 19, grifo nosso).

Subtraindo o total de registros (388.015) do número de registros secundários (28.843) foi encontrado o número de 359.172 médicos que se aproxima sobremaneira do total apresentado pelo Ministério da Saúde que era de 359.691 médicos, restando ainda um número divergente de 519 registros ou profissionais.

Devido às características e limitações dos bancos de dados utilizados, o presente levantamento considerou tanto o número de registros de médicos (432.870, dados de 2015) quanto o número de médicos (399.692). A diferença, 33.178 (ou 7,6% do total de médicos), equivale a médicos com registros secundários, que são aqueles que têm mais de uma inscrição ativa, em mais de um Conselho Regional de Medicina. Tal procedimento ocorre, dentro das normas legais, com profissionais que atuam em dois estados fronteiriços, ou que se deslocam por determinado período de uma unidade da federação para outra – para cursos ou especialização, por exemplo. Essas duas bases, “médicos” e “registros de médicos”, são empregadas ao longo do estudo em diferentes tabelas e gráficos. Quando o estudo analisa dados individuais dos médicos (ex.: sexo, idade etc.), pode ser utilizado o número de médicos. Quando o estudo aborda regiões, estados, grupos de cidades ou municípios, devem ser

considerados os registros de médicos em cada Conselho Regional de Medicina. Ou seja, os médicos que atuam, permanente ou temporariamente, em mais de um estado (no caso dos 33.178 com registros secundários) são contabilizados em mais de uma base estadual, pois podem ocupar postos de trabalho em dois estados distintos. Outra ressalva: a falta ou desatualização de determinados dados cadastrais dos médicos (há, por exemplo, 6.455 profissionais com endereço residencial ou profissional incompleto nas bases utilizadas) explica divergências quantitativas, porém não significativas, em algumas tabelas do trabalho. Por fim, pode haver diferença de números conforme a data da extração de dados, pois o estudo foi realizado ao longo de 2014 e 2015. (SCHEFFER M. et al., Demografia Médica no Brasil 2015, p. 20)

Como citado anteriormente, não existe parâmetro que estabeleça uma proporção ideal de médico por habitante reconhecido e validado internacionalmente. Para fins de meta o Ministério da Saúde elegeu a proporção de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, que é a encontrada no Reino Unido, país que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção básica.

Na realidade vivenciada pelo Brasil até ao ano de 2013, onde a taxa anual de crescimento de profissionais médicos era de cerca de 4%, a estimativa do Ministério da Saúde era de que, apenas em 2035, o Brasil conseguiria alcançar a relação de médico/habitante estabelecida como meta (2,7), visto que isso representava um acréscimo de 168.424 aos 359.691 médicos cadastrados em 2012 totalizando 528.115 profissionais.

No entanto, essa estimativa apresentada pelo Ministério da Saúde não levou em consideração as taxas de crescimento populacional brasileira no período, valendo mencionar que entre os anos de 2012 e 2013 apresentou uma taxa de 3,56%, ou seja, o crescimento populacional mostrava-se praticamente equiparado ao crescimento do número de profissionais médicos formados.

Diante essa situação, realizamos um levantamento, no qual buscou-se os dados referentes ao crescimento populacional por meio das Estimativas da População Residente no Brasil, elaboradas e publicadas pelo IBGE sempre tendo como referência o dia primeiro de julho de cada ano. No caso do ano de 2018, utilizamos as informações disponibilizadas no sítio do IBGE por meio da ferramenta Estimativa Populacional<sup>66</sup>, que atualiza de minuto a minuto os dados relativos à população do país, tendo como base o dia vinte de março de 2018. É importante frisar que a extração dos dados da supracitada ferramenta teve início às 22h35min. levando cerca de 20min. para finalização. Essa informação é necessária visto que as atualizações ocorrem em escala nacional e também por Unidade da Federação, o que pode resultar em divergências nos números apresentados.

---

<sup>66</sup> Caso queira conhecer os dados atualizados pelo IBGE sobre estimativa populacional, acesse <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>

Em paralelo buscou-se por meio dos trabalhos de Demografia Médica e também com base na ferramenta “número de médicos” disponível no sítio do Conselho Federal de Medicina<sup>67</sup> por meio da qual é possível acompanhar a evolução no quantitativo de médicos existentes no país por Unidade da Federação, sendo que estes números são atualizados semanalmente. Para fins desta pesquisa e da elaboração do quadro 6 utilizamos os dados extraídos nos dias 23 e 24 de março de 2018.

Ainda para fins sanar qualquer dúvida, foram utilizados como referência dados relativos aos anos de 2012, 2013, 2015 e 2018 pelos seguintes motivos, respectivamente: dados base utilizados na ocasião da elaboração da EMI nº 00024/2013 MS MEC MP; da Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013; Dados apresentados na segunda edição do estudo “Demografia Médica do Brasil” que, apesar de ter sido publicada em fevereiro de 2013 utilizava dados relativos ao mês de outubro de 2012, ou seja, ainda não trazia nenhum reflexo acerca da implementação do Programa Mais Médicos mas serve como balizador para o monitoramento dos números publicados na terceira edição (dados de 2015) e por fim os dados relativos ao mês de março de 2018, data mais recente de extração e que traz à presente pesquisa, informações atualizadas acerca da evolução da relação Médico x 1.000 habitantes.

---

<sup>67</sup> Para conhecer mais a ferramenta, acesse <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_estatistica](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica)>

Quadro 6 – Relação Médico/1.000 habitantes por UF - Brasil - 2012 - 2013 - 2015 - 2018

(Continua)

Ano	2018			2015			2013			2012		
	Indicadores	População	Médicos	Relação	População	Médicos	Relação	População	Médicos	Relação	População	Médicos
<b>Brasil</b>	<b>208.754.349</b>	<b>494.565</b>	<b>2,37</b>	<b>204.450.649</b>	<b>419.224</b>	<b>2,05</b>	<b>201.032.714</b>	<b>388.015</b>	<b>1,93</b>	<b>193.946.886</b>	<b>359.691</b>	<b>1,85</b>
<b>Região Norte</b>	<b>18.092.918</b>	<b>22.031</b>	<b>1,22</b>	<b>17.472.636</b>	<b>18.512</b>	<b>1,06</b>	<b>16.983.484</b>	<b>16538</b>	<b>0,97</b>	<b>16.318.163</b>	<b>14394</b>	<b>0,88</b>
Rondônia	1.818.956	2.793	<b>1,54</b>	1.768.204	2.288	<b>1,29</b>	1.728.214	1.897	<b>1,10</b>	1.590.011	1562	<b>0,98</b>
Acre	838.534	997	<b>1,19</b>	803.513	881	<b>1,10</b>	776.463	819	<b>1,05</b>	758.786	679	<b>0,89</b>
Amazonas	4.105.933	5.042	<b>1,23</b>	3.938.336	4.362	<b>1,11</b>	3.807.921	4.016	<b>1,05</b>	3.590.985	3744	<b>1,04</b>
Roraima	529.123	880	<b>1,66</b>	505.665	728	<b>1,44</b>	488.072	646	<b>1,32</b>	469.524	540	<b>1,15</b>
Pará	8.429.022	8.631	<b>1,02</b>	8.175.113	7.281	<b>0,89</b>	7.969.654	6.565	<b>0,82</b>	7.792.561	5938	<b>0,76</b>
Amapá	808.963	890	<b>1,10</b>	766.679	742	<b>0,97</b>	734.996	667	<b>0,91</b>	698.602	505	<b>0,72</b>
Tocantins	1.562.387	2.798	<b>1,79</b>	1.515.126	2.230	<b>1,47</b>	1.478.164	1.928	<b>1,30</b>	1.417.694	1426	<b>1,01</b>
<b>Região Nordeste</b>	<b>57.490.586</b>	<b>88.439</b>	<b>1,54</b>	<b>56.560.081</b>	<b>72.794</b>	<b>1,29</b>	<b>55.794.707</b>	<b>66532</b>	<b>1,19</b>	<b>53.907.144</b>	<b>59671</b>	<b>1,11</b>
Maranhão	7.029.410	6.873	<b>0,98</b>	6.904.241	5.396	<b>0,78</b>	6.794.301	4.750	<b>0,70</b>	6.714.314	3767	<b>0,56</b>
Piauí	3.224.295	4.675	<b>1,45</b>	3.204.028	3.737	<b>1,17</b>	3.184.166	3.297	<b>1,04</b>	3.160.748	2971	<b>0,94</b>
Ceará	9.063.735	13.675	<b>1,51</b>	8.904.459	11.043	<b>1,24</b>	8.778.576	9.953	<b>1,13</b>	8.606.005	9277	<b>1,08</b>
Rio Grande do Norte	3.530.065	6.232	<b>1,77</b>	3.442.175	5.050	<b>1,47</b>	3.373.959	4.604	<b>1,36</b>	3.228.198	3977	<b>1,23</b>
Paraíba	4.042.760	7.315	<b>1,81</b>	3.972.202	5.925	<b>1,49</b>	3.914.421	5.259	<b>1,34</b>	3.815.171	4488	<b>1,18</b>
Pernambuco	9.517.700	18.031	<b>1,89</b>	9.345.173	15.116	<b>1,62</b>	9.208.550	13.994	<b>1,52</b>	8.931.028	12547	<b>1,40</b>
Alagoas	3.387.111	5.004	<b>1,48</b>	3.340.932	4.221	<b>1,26</b>	3.300.935	3.921	<b>1,19</b>	3.165.472	3632	<b>1,15</b>
Sergipe	2.304.225	4.070	<b>1,77</b>	2.242.937	3.382	<b>1,51</b>	2.195.662	3.013	<b>1,37</b>	2.110.867	2701	<b>1,28</b>
Bahia	15.391.285	22.564	<b>1,47</b>	15.203.934	18.924	<b>1,24</b>	15.044.137	17.741	<b>1,18</b>	14.175.341	16311	<b>1,15</b>
<b>Região Sudeste</b>	<b>87.373.080</b>	<b>268.531</b>	<b>3,07</b>	<b>85.745.520</b>	<b>232.180</b>	<b>2,71</b>	<b>84.465.570</b>	<b>217460</b>	<b>2,57</b>	<b>81.565.983</b>	<b>206238</b>	<b>2,53</b>
Minas Gerais	21.205.165	53.191	<b>2,51</b>	20.869.101	44.258	<b>2,12</b>	20.593.356	40.425	<b>1,96</b>	19.855.332	37149	<b>1,87</b>
Espírito Santo	4.042.850	10.255	<b>2,54</b>	3.929.911	8.581	<b>2,18</b>	3.839.366	7.780	<b>2,03</b>	3.578.067	7040	<b>1,97</b>
Rio de Janeiro	16.779.455	66.860	<b>3,98</b>	16.550.024	61.346	<b>3,71</b>	16.369.179	58.782	<b>3,59</b>	16.231.365	56391	<b>3,47</b>
São Paulo	45.345.610	138.225	<b>3,05</b>	44.396.484	117.995	<b>2,66</b>	43.663.669	110.473	<b>2,53</b>	41.901.219	105658	<b>2,52</b>

**Quadro 6 – Relação Médico/1.000 habitantes por UF - Brasil - 2012 - 2013 - 2015 - 2018****(Conclusão)**

<b>Região Sul</b>	<b>29.772.435</b>	<b>74.732</b>	<b>2,51</b>	<b>29.230.180</b>	<b>62.703</b>	<b>2,15</b>	<b>28.795.762</b>	<b>57851</b>	<b>2,01</b>	<b>27.731.644</b>	<b>53803</b>	<b>1,94</b>
Paraná	11.376.730	26.025	<b>2,29</b>	11.163.018	21.546	<b>1,93</b>	10.997.465	19.813	<b>1,80</b>	10.577.755	18406	<b>1,74</b>
Santa Catarina	7.044.480	17.168	<b>2,44</b>	6.819.190	13.738	<b>2,01</b>	6.634.254	12.497	<b>1,88</b>	6.383.286	10656	<b>1,67</b>
Rio Grande do Sul	11.351.225	31.539	<b>2,78</b>	11.247.972	27.419	<b>2,44</b>	11.164.043	25.541	<b>2,29</b>	10.770.603	24741	<b>2,30</b>
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>16.025.330</b>	<b>40.832</b>	<b>2,55</b>	<b>15.442.232</b>	<b>33.035</b>	<b>2,14</b>	<b>14.993.191</b>	<b>29634</b>	<b>1,98</b>	<b>14.423.952</b>	<b>25585</b>	<b>1,77</b>
Mato Grosso do Sul	2.734.701	5.974	<b>2,18</b>	2.651.235	4.513	<b>1,70</b>	2.587.269	4.238	<b>1,64</b>	2.505.088	3733	<b>1,49</b>
Mato Grosso	3.371.459	5.896	<b>1,75</b>	3.265.486	4.776	<b>1,46</b>	3.182.113	3.919	<b>1,23</b>	3.115.336	3441	<b>1,10</b>
Goiás	6.838.170	14.572	<b>2,13</b>	6.610.681	11.795	<b>1,78</b>	6.434.048	10.651	<b>1,66</b>	6.154.996	8917	<b>1,45</b>
Distrito Federal	3.081.000	14.390	<b>4,67</b>	2.914.830	11.951	<b>4,10</b>	2.789.761	10.826	<b>3,88</b>	2.648.532	9494	<b>3,58</b>

Fonte: Dados populacionais referentes ao ano de 2018 - IBGE Estimativa Populacional.<sup>68</sup>

Dados populacionais referentes aos anos de 2012, 2013 e 2015 – IBGE Estimativas da População Residente no Brasil<sup>69</sup>.

Dados relativos ao número de médicos registrados junto ao CFM 2012<sup>70</sup>

Dados relativos ao número de médicos registrados junto ao CFM 2013<sup>71</sup>.

Dados relativos ao número de médicos registrados junto ao CFM 2015<sup>72</sup>

Dados relativos ao número de médicos registrados junto ao CFM 2018<sup>73</sup>

Organizado pelo autor, 2018.

<sup>68</sup> Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>> Acesso em: 18 mar. 2018;

<sup>69</sup> Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=publicacoes>> Acesso em: 18 mar. 2018;

<sup>70</sup> BRASIL. EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013;

<sup>71</sup> Demografia Médica no Brasil, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013;

<sup>72</sup> Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2015;

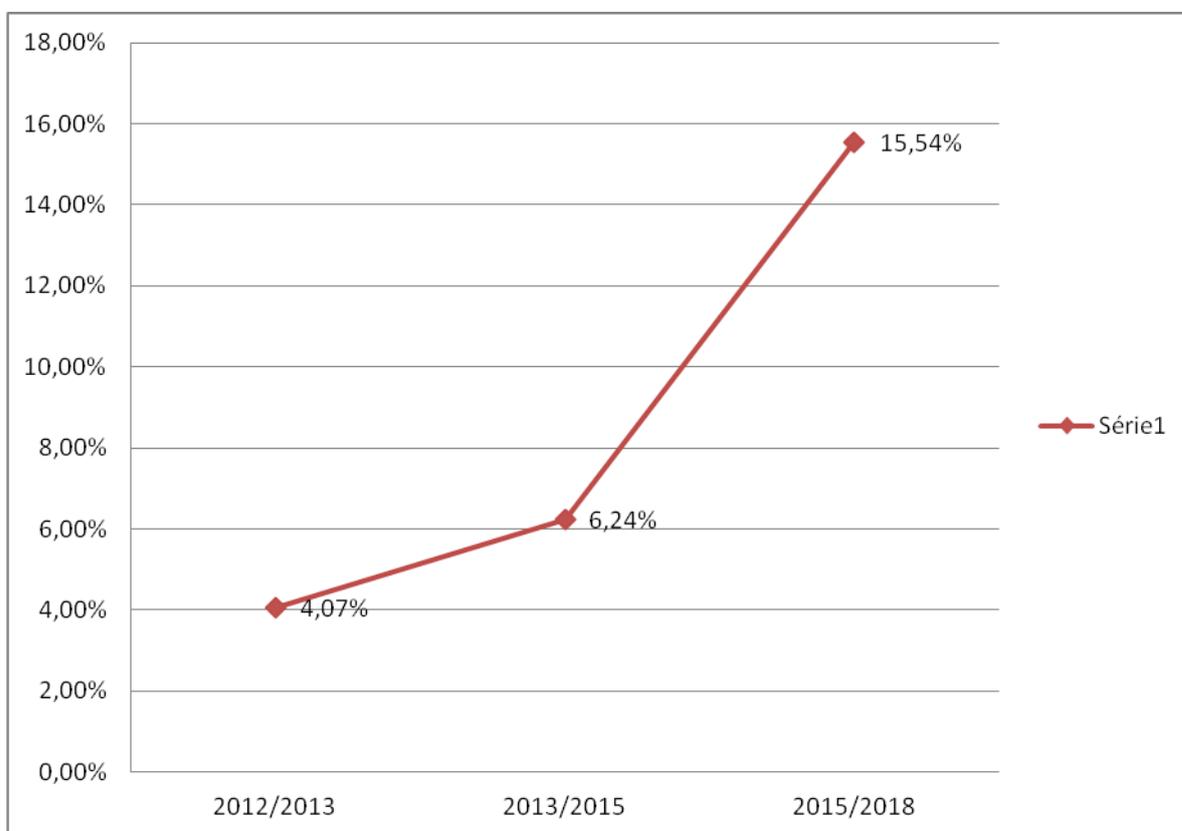
<sup>73</sup> Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_estatistica](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica)>.

Analisando o Quadro 6, observa-se que a relação médico x 1.000 habitantes apresentou crescimento no período saindo de 1,85 em 2012 para 2,37 em 2018, isso quando analisada a relação em termos de Brasil que significou um crescimento de 27,77% num período de aproximadamente seis anos.

Os dados permitem afirmar que, após a criação do Programa Mais Médicos ocorrida no segundo semestre de 2013, o ano de 2014 seria o primeiro no qual os resultados começariam a ser notados. Como a pesquisa Demografia Médica foi publicada em 2015, esta pode ser utilizada como o primeiro termômetro para verificar como se comportou a relação médico x 1.000 habitantes pós Mais Médicos.

Para corroborar com essa assertiva, fora elaborado o Gráfico 2 no qual é possível identificar o salto na relação médico x 1.000 habitantes vivenciado no Brasil entre 2012 e 2018.

**Gráfico 2 – Crescimento da Relação Médico/1.000 habitantes - Brasil 2012 - 2018**



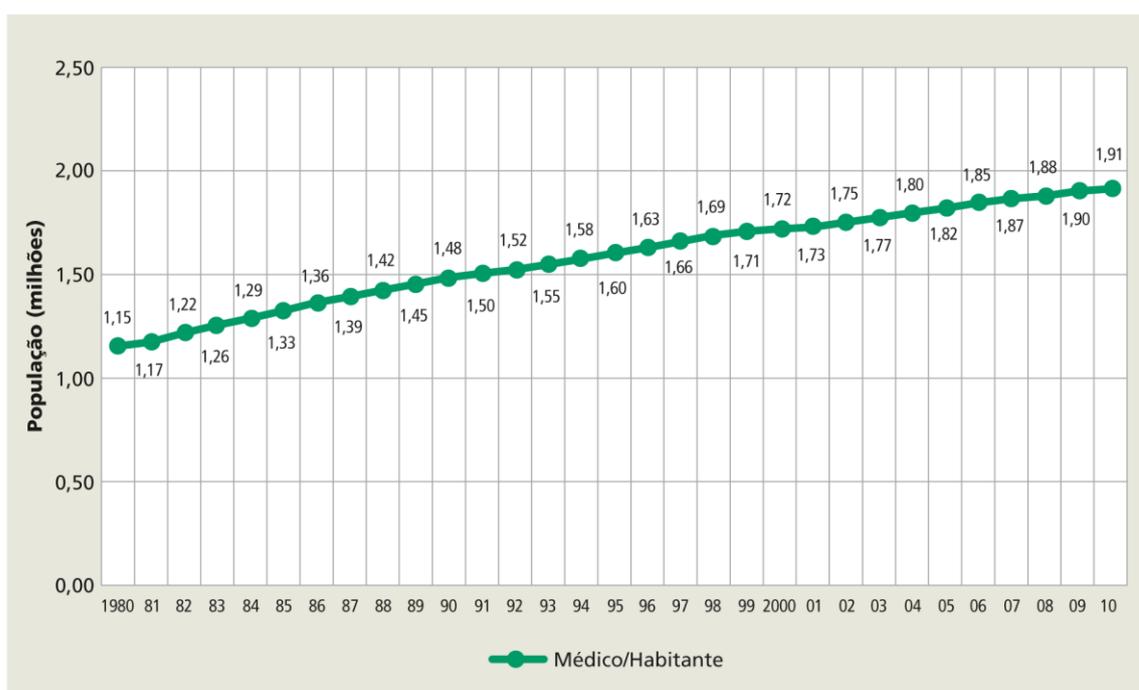
Fonte: Tabulação de dados presentes no Quadro 6 – Relação Médicos x 1.000 habitantes por Unidade da Federação - Brasil 2012 – 2013 – 2015 – 2018. Elaborado pelo autor, 2018.

Para fins de comparação, buscou-se o primeiro volume da pesquisa Demografia Médica publicada pelo CFM em parceria com o CREMESP em 2011, na qual a equipe

coordenada pelo Dr. Mário Scheffer coletou e apresentou dados acerca do cenário médico brasileiro durante as décadas de 1980, 1990 e 2000.

Na Figura 6, é apresentado um dos dados tratados pelo supracitado estudo, e diz respeito exatamente à evolução da relação médicos x grupo de 1.000 pessoas no Brasil. A partir dos destes dados, fora elaborado o Gráfico 3, no qual é possível constatar visualmente que desde o ano de 1980, ressalvados pequenos crescimentos, o Brasil vinha apresentando forte tendência na diminuição da relação médicos x 1.000 habitantes.

**Figura 6 – Evolução da razão médico/habitante, 1980 a 2010 - Brasil, 2011**

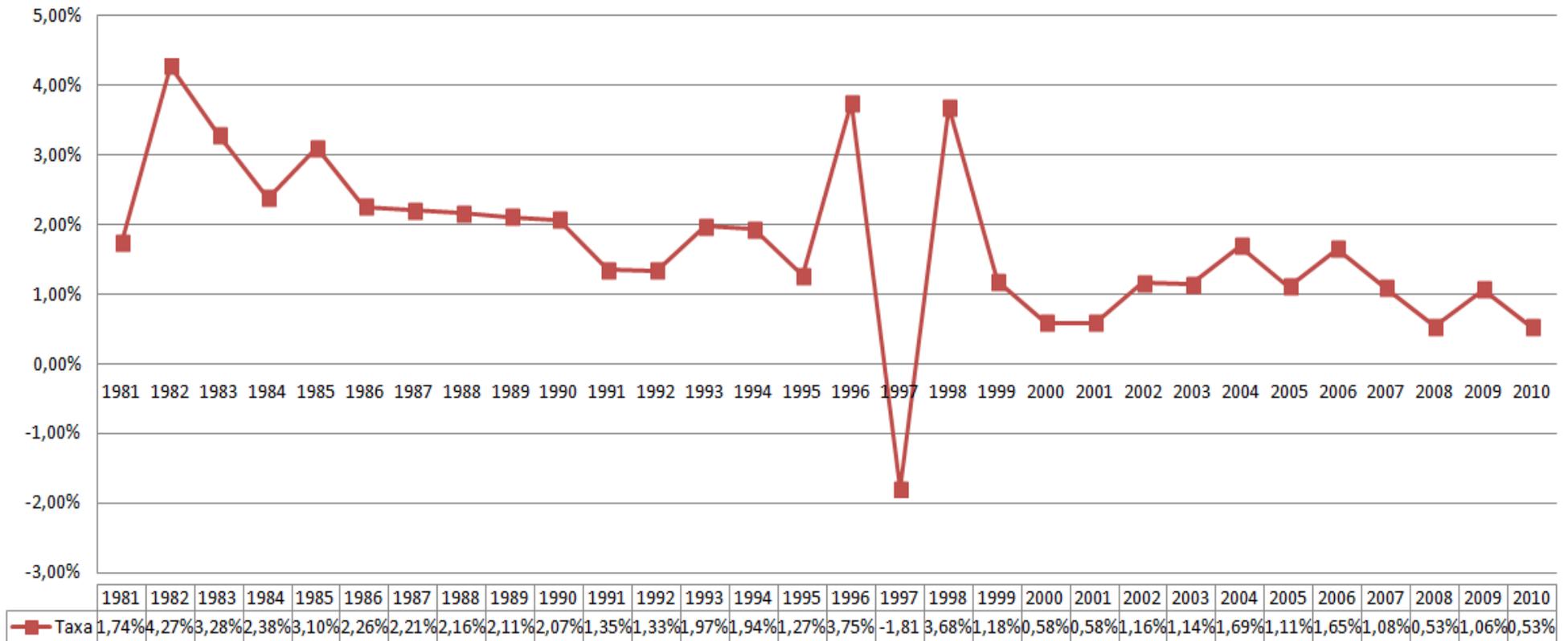


Fonte: (SCHEFFER, M. ; BIANCARELLI, A. ; CASSENOTE, A (coord.), 2011, p. 7), 2011, p. 17

Apesar de visualmente constatar-se uma trajetória crescente na relação médico x habitantes na figura 6, o que o Brasil vivenciava de fato era a redução gradual das taxas de crescimento da citada relação conforme evidenciado no Gráfico 3.

Reunindo os dados apresentados nas pesquisas Demografia Médica dos anos de 2011, 2013, 2015 e 2018, ou seja, nas quatro edições já elaboradas pelo CFM e CREMESP, elaborou-se o Gráfico 4 que mostra explicitamente o salto na taxa de crescimento da relação médico x habitantes a partir de 2015. Vale mencionar que se levar em consideração os dados atualizados disponíveis no sítio do CFM, a curva do gráfico no período 2015/2018 seria ainda mais acentuada, no entanto, visando manter a padronização da fonte, optamos por utilizar os dados da quarta edição da pesquisa Demografia Médica publicada em janeiro de 2018, ou seja, com dados relativos ao ano de 2017.

**Gráfico 3 – Taxa de Crescimento da Relação Médico por grupo de 1.000 habitantes - Brasil 1980 - 2010**

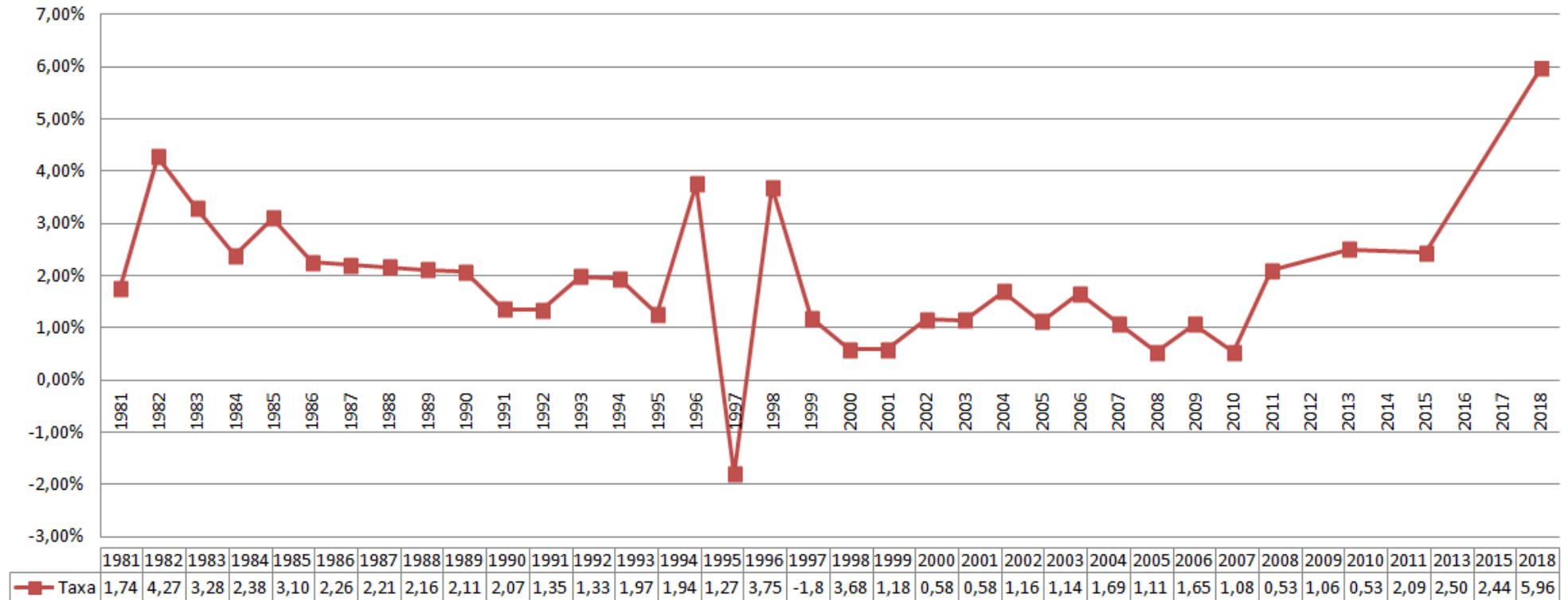


Fonte: CFM/IBGE; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2011, p. 17. Elaborado pelo autor, 2018.

Atenção especial ao ano de 1997, no qual, após considerável alta no ano de 1996 quando a taxa havia crescido 3,75% em relação à 1995, o resultado foi negativo, chegando à (-1,81%) em relação à 1996.

É possível observar que a sequência apresenta uma tendência decrescente a partir de 1982 quando foi verificada a maior taxa de crescimento do período (4,27%), ressalvadas as drásticas variações entre os anos de 1995 e 1998.

**Gráfico 4 – Taxa de Crescimento da Relação Médico por grupo de 1.000 habitantes - Brasil 1980 - 2018**



Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2011, p. 17; Demografia Médica no Brasil 2013, p. 35; Demografia Médica no Brasil 2015, p. 48; Demografia Médica no Brasil 2018, p. 30; Elaborado pelo autor, 2018.

No Gráfico 4 nota-se que, depois da tendência de queda das décadas de 1980 a 2010, em 2011 a relação médico x habitantes volta a apresentar crescimento e certa estabilidade até o ano de 2015, ficando o destaque à significativa ascensão até o ano de 2018. Cabe lembrar que os números apresentados até aqui não incluem os médicos contratados por meio do Programa Mais Médicos na modalidade intercambistas, pelo fato de que os médicos estrangeiros ou brasileiros formados no exterior e que não fizeram a revalidação do diploma, não possuem registro nos conselhos regionais de medicina, logo não são computados nos estudos da Demografia Médica.

Nossa hipótese aponta que, possivelmente, o acentuado crescimento na relação médico x habitantes verificado em 2017/2018, seja reflexo das primeiras iniciativas tomadas pelo Governo Federal ainda em 2011, no sentido de garantir a expansão das ofertas de vagas nos cursos de medicina do país.

No sentido de sustentar tal hipótese, foi realizado um levantamento detalhado dos cursos de medicina existentes no Brasil em 2018 e constatou-se que em fevereiro deste ano, haviam 31.346 vagas ofertadas por 303 instituições. Deste total, 10.181, ou seja, 32,48% das vagas existentes foram criadas a partir do ano de 2011.

No mesmo levantamento, constatou-se que a partir da implementação do Programa Mais Médicos 7.343 novas vagas foram abertas, o que significou um incremento de mais de 23% no total de vagas existentes no país. Trata-se de um número bastante expressivo, haja vista que o Brasil vem de uma trajetória de mais de dois séculos ofertando cursos de medicina tendo aberto a primeira turma ainda no início do século XIX, mais precisamente em 08 de março de 1808, na Universidade Federal da Bahia<sup>74</sup>. Incrementar quase 1/4 de novas vagas a partir de uma ação governamental foi indubitavelmente um dos expressivos avanços materializado por meio do Programa Mais Médicos.

Com esse pressuposto, pode-se afirmar que nos próximos dois anos veremos os reflexos positivos na relação médico x habitantes pois os primeiros acadêmicos, ou seja, aqueles que ingressaram nos cursos ofertados a partir de 2014, passarão a compor no mercado de trabalho médico.

Vale mencionar que, a princípio, os dados acerca dos cursos de medicina ofertados no país, foram obtidos por meio do sítio do Conselho Federal de Medicina que traz uma ferramenta chamada “Busca de Escolas Médicas”. A partir dos dados fornecidos pelo CFM foi elaborado o Quadro 7, que traz a distribuição de instituições classificando-as como públicas e privadas sendo que, dentre as instituições públicas há a classificação pelo ente responsável, ou seja, União, Estados e Municípios.

O Quadro 7 ainda traz a distribuição das instituições por localidade, no caso a coluna “C” significa que o curso é ofertado nas Capitais e “I” significa que o curso é ofertado nas

---

<sup>74</sup> D. João VI assinou, em 18 de fevereiro de 1808, o documento que mandou criar a Escola de Cirurgia da Bahia, no antigo Hospital Real Militar da Cidade do Salvador, que ocupava o prédio do Colégio dos Jesuítas, construído em 1553, no Terreiro de Jesus. Em 1º de abril de 1813 a Escola se transformou em Academia Médico-Cirúrgica. Em 03 de outubro de 1832 ganhou o nome de Faculdade de Medicina, que guarda até hoje. Disponível em: <[http://www.fameb.ufba.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54&Itemid=73](http://www.fameb.ufba.br/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=73)> Acesso em: 10 mar. 2018.

idades do interior. Neste caso as cidades que compõem regiões metropolitanas não são classificadas como Capital.

**Quadro 7 – Número de escolas de medicina por UF - CFM Brasil - 2018**

UF	Federal		Estadual		Municipal		Privada		Localização		
	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	Total
Acre	1								1	0	1
Alagoas	1		1						2	0	2
Amapá	1								1	0	1
Amazonas	1		1				1		3	0	3
Bahia	1			4			2		3	4	7
Ceará	1	1	1				2	1	4	2	6
Distrito Federal	1		1				2		4	0	4
Espírito Santo	1						3	1	4	1	5
Goiás	1					1		2	1	3	4
Maranhão	1			1			1		2	1	3
Mato Grosso	1			1			1		2	1	3
Mato Grosso do Sul	1	1					1		2	1	3
Minas Gerais	1	6		1			3	17	4	24	28
Pará	1		1				1		3	0	3
Paraíba	1	3					2	1	3	4	7
Paraná	1			4			3	3	4	7	11
Pernambuco	1	1	1				1		3	1	4
Piauí	2		1				1		4	0	4
Rio de Janeiro	2	1	1				3	9	6	10	16
Rio Grande do Norte	1			1			1		2	1	3
Rio Grande do Sul	2	3					1	5	3	8	11
Rondônia	1						2	1	3	1	4
Roraima	1								1	0	1
Santa Catarina	1			1		4		4	1	9	10
São Paulo	1		2	4		2	9	14	12	20	32
Sergipe	1						1		2	0	2
Tocantins	1					1		2	1	3	4
<b>Totais</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>17</b>		<b>8</b>	<b>41</b>	<b>60</b>	<b>81</b>	<b>101</b>	<b>182</b>
	<b>46</b>		<b>27</b>			<b>8</b>	<b>101</b>				

Fonte: Conselho Federal de Medicina – Busca de Escolas Médicas. Organizado pelo autor, 2018.

O primeiro fato que chamou a atenção após a compilação dos dados foi o curso de Medicina ofertado pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)<sup>75</sup> não constar na relação.

Outro dado que causou estranhamento foi o total de 182 instituições ofertantes de cursos de medicina, número 40% menor do que o divulgado oficialmente pelo Ministério da Educação. Novamente, verificam-se inconsistências nas informações, que foram respondidas por meio de uma investigação acerca da metodologia utilizada pelo CFM para o cadastro das instituições.

Durante a pesquisa foi constatado que o Conselho Federal de Medicina só atualiza a lista de instituições a partir do processo de reconhecimento do curso pelo Ministério da Educação, conforme mensagem transcrita do portal do CFM e reproduzida à seguir:

#### Busca de Escolas Médicas

Nesta área do site, pode-se ter acesso à relação de escolas médicas cadastradas no sistema do CFM.

**A inclusão de uma escola médica ocorre apenas após o reconhecimento do seu Curso de Medicina pelo MEC.** Para verificar a situação de cursos de medicina ainda não incluídos em nosso sistema, sugerimos visita ao sítio <http://emec.mec.gov.br/>.

Fonte: Tela do portal CFM. Grifo do autor. Disponível em:

[http://portal.cfm.org.br/index.php?escolas\\_medicasNome=&escolas\\_medicasTipo=&escolas\\_medicasUF=MS&buscaEfetuada=true&option=com\\_escolas\\_medicas](http://portal.cfm.org.br/index.php?escolas_medicasNome=&escolas_medicasTipo=&escolas_medicasUF=MS&buscaEfetuada=true&option=com_escolas_medicas)

Isso explica, por exemplo, porque o curso de medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul não contava na lista, visto que nenhuma turma havia se formado até a data da consulta, não estando, de acordo com o CFM, reconhecido oficialmente.

O passo seguinte foi buscar informações no *site* do Ministério da Educação e confrontá-las com os dados divulgados pelo CFM. O resultado foi um número ainda maior de instituições ativas ofertando vagas nos cursos de medicina.

De acordo com o Ministério da Educação:

O e-MEC é um sistema eletrônico de acompanhamento dos processos que regulam a educação superior no Brasil. Todos os pedidos de credenciamento e reconhecimentos de instituições de educação superior e de autorização, renovação e reconhecimento de cursos, além dos processos de aditamento, que são modificações de processos, serão feitos pelo e-MEC.

O sistema torna os processos mais rápidos e eficientes, uma vez que eles são feitos eletronicamente. As instituições podem acompanhar (pelo sistema) o trâmite do

<sup>75</sup> “UEMS abre 48 vagas para 1ª turma de Medicina na Capital.” Disponível em: <https://www.correiodoestado.com.br/cidades/campo-grande/uems-abre-48-vagas-para-1a-turma-de-medicina-em-campo/237300/> Acesso em: 27 mar. 2018.

processo no ministério que, por sua vez, pode gerar relatórios para subsidiar as decisões<sup>76</sup>.

As informações disponibilizadas por meio do e-MEC foram tabuladas dando origem a uma planilha de cálculo, na qual, as instituições foram classificadas seguindo os seguintes quesitos: públicas; privadas; data de autorização do curso; status do curso; início das aulas; localização dos cursos (se em capitais ou no interior) enfim, todas as informações pertinentes à pesquisa foram extraídas num trabalho que durou aproximadamente dez dias e culminou em uma fonte vasta de informações para novas pesquisas.

Parte dos dados compilados na supracitada planilha deram origem ao Quadro 8, no qual segue a atualização das informações acerca do funcionamento dos cursos de medicina anteriormente informadas no Quadro 7. A reprodução parcial dos dados no Quadro 8 decorre da impossibilidade de apresentação integral das informações compiladas na planilha de cálculo devido à limitações de formatação, enquadramento visualização dos dados. Isso, no entanto, não compromete a análise, haja vista que a interpretação de alguns dados, à exemplo data de abertura dos cursos, é feita de forma textual ao longo deste subcapítulo.

Analisando o Quadro 8, verifica-se a predominância das escolas particulares de medicina que correspondem 66% do total de cursos reconhecidos pelo MEC. Outro dado interessante é a existência de escolas municipais de medicina, que apesar de representarem pouco mais de 4% do total, são prova do esforço de interiorização da oferta de vagas no país, uma vez que, com exceção da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, que tem uma das duas turmas do curso de medicina funcionando na capital do estado de São Paulo, todas as demais estão localizadas em municípios do interior.

---

<sup>76</sup> “e-MEC: O que é?” Disponível em: <[http://emec.mec.gov.br/modulos/visao\\_comum/php/login/comum\\_login.php?691ba69561e311dd66adaae89947c631=YWJhX21hbnRpZGE](http://emec.mec.gov.br/modulos/visao_comum/php/login/comum_login.php?691ba69561e311dd66adaae89947c631=YWJhX21hbnRpZGE)> Acesso em: 27 jun. 2018.

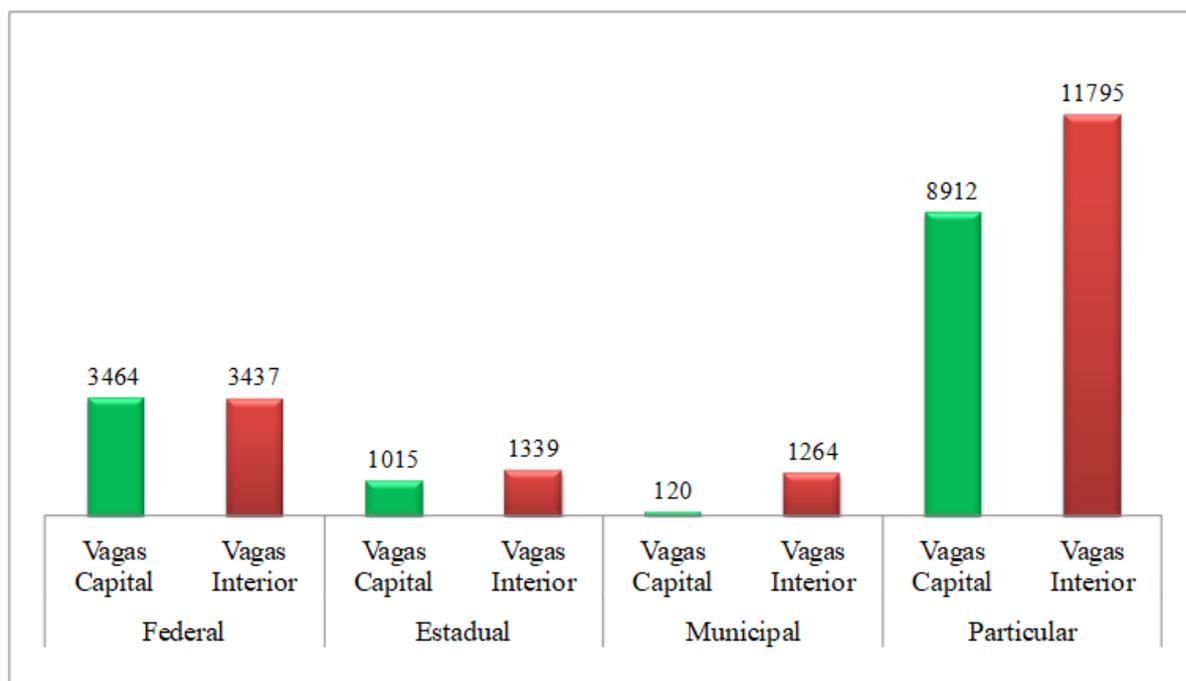
**Quadro 8 – Vagas em cursos de medicina por UF - e-MEC Brasil - 2018**

UF	Federal		Estadual		Municipal		Particular		Localização		
	Vagas Capital	Vagas Interior	C	I	Total						
Acre	80						81		161	0	161
Alagoas	100	60	50				285		435	60	495
Amapá	60								60	0	60
Amazonas	112	48	130				295		537	48	585
Bahia	160	404	60	129			740	385	960	918	1878
Ceará	160	160	80				396	240	636	400	1036
Distrito Federal	76		80				320		476	0	476
Espírito Santo	80						220	270	300	270	570
Goiás	110	110				478	124	460	234	1048	1282
Maranhão	100	200		30			149	100	249	330	579
Mato Grosso	80	100		60			71	120	151	280	431
Mato Grosso do Sul	80	140	48				120		248	140	388
Minas Gerais	320	785		120			943	2179	1263	3084	4347
Pará	150		100	60			300		550	60	610
Paraíba	145	120					461	300	606	420	1026
Paraná	190			300			569	835	759	1135	1894
Pernambuco	140	200	150	60			480	120	770	380	1150
Piauí	80	110	50				281	80	411	190	601
Rio de Janeiro	360	240	94				712	1415	1166	1655	2821
Rio Grande do Norte	100	120		60			192		292	180	472
Rio Grande do Sul	240	440					120	962	360	1402	1762
Rondônia	40						210	75	250	75	325
Roraima	80								80	0	80
Santa Catarina	100	40				80		690	100	810	910
São Paulo	121	40	173	520	120	586	1583	3304	1997	4450	6447
Sergipe	100	60					140		240	60	300
Tocantins	100	60				120	120	260	220	440	660
<b>Totais</b>	<b>3464</b>	<b>3437</b>	<b>1015</b>	<b>1339</b>	<b>120</b>	<b>1264</b>	<b>8912</b>	<b>11795</b>	<b>13511</b>	<b>17835</b>	<b>31346</b>
	<b>6901</b>		<b>2354</b>		<b>1384</b>		<b>20707</b>		<b>31346</b>		<b>31346</b>

Fonte: e-MEC. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/emec/nova>. Organizado pelo autor, 2018.

Ainda acerca da interiorização dos cursos de medicina, cabe destacar que 56,9% das instituições ofertam vagas fora das capitais, conforme detalhado nos Gráficos 5 e 6.

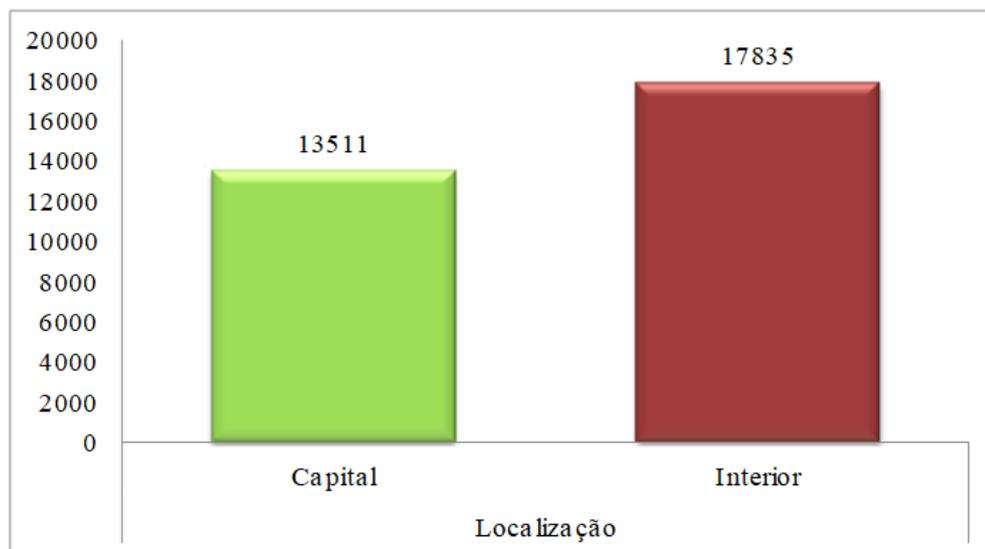
**Gráfico 5 – Distribuição das vagas nos cursos de medicina - Brasil – 2018**



Fonte: e-MEC<sup>77</sup>. Elaborado pelo autor, 2018.

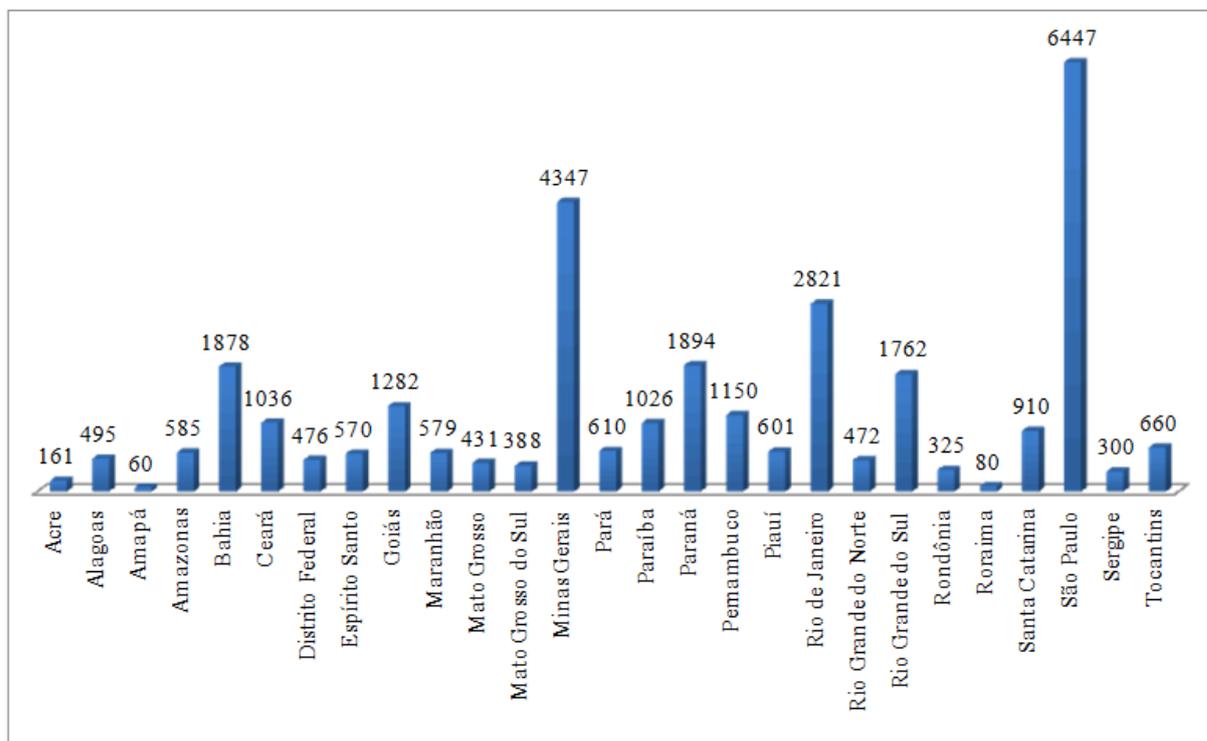
Ao analisar o Gráfico 5, constata-se que no caso das instituições federais, a distribuição dos cursos de medicina apresenta relativo equilíbrio entre as capitais e as cidades do interior, uma vez que, 50,2% das vagas estão localizadas nas primeiras e 49,8% nas segundas. Destaca-se, também, a maior concentração dos cursos de medicina das universidades privadas, que ofertam 56,9% de suas vagas em cidades do interior. Em relação às universidades estaduais, a concentração de vagas também é maior no interior que abrigou 56,88% das ofertas em 2018. Por fim, como observado anteriormente, mais de 91% das vagas em universidades municipais são ofertadas no interior dos estados.

<sup>77</sup> Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/emec/nova>> Acesso em: 20 mar. 2018.

**Gráfico 6 – Vagas nos cursos de Medicina Capital x Interior Brasil – 2018**

Fonte: e-MEC<sup>78</sup> Elaborado pelo Autor, 2018.

Sobre a localização das instituições, São Paulo e Minas Gerais se destacam, ao concentrarem mais de 1/3 das vagas de medicina do país, conforme ilustrado no Gráfico 7.

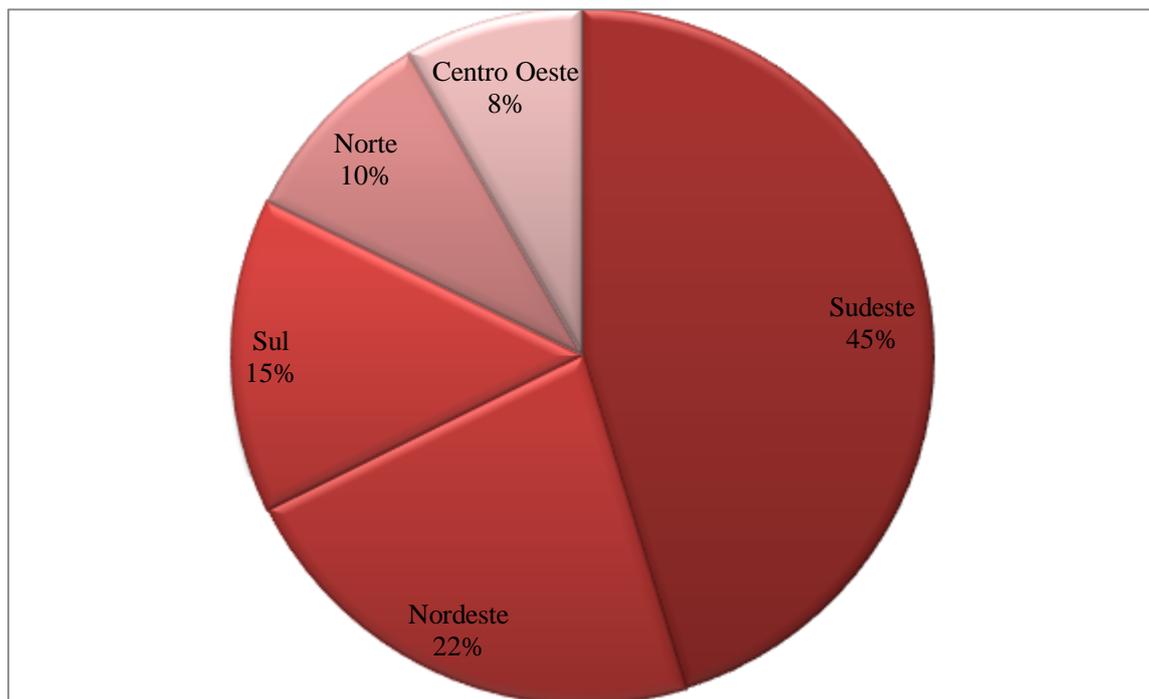
**Gráfico 7 – Distribuição das vagas nos cursos de Medicina por UF Brasil – 2018**

Fonte: e-MEC. Elaborado pelo autor, 2018.

<sup>78</sup> Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/emec/nova>> Acesso em: 20 mar. 2018.

Ainda sobre a distribuição das escolas de medicina, destaca-se a concentração de instituições no Sudeste brasileiro, que abriga 45% do total das vagas conforme detalhado no Gráfico 8.

**Gráfico 8 – Distribuição das vagas nos cursos de Medicina por Região Brasil – 2018**



Fonte: e-MEC<sup>79</sup>. Elaborado pelo autor, 2018.

Conforme apresentado, no bojo da elaboração da Lei 12.871/2013, uma das orientações era a promoção da reestruturação da oferta de vagas nos cursos de graduação em medicina e também na residência médica.

De acordo com o artigo 2º da supracitada lei, a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, deveria priorizar as regiões de saúde que apresentavam a menor relação de vagas e médicos por habitante. Além disso, os municípios teriam que contar com estrutura de serviços de saúde em condições de oportunizar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos. Nos incisos II e III do mesmo artigo, o legislador ainda citou, respectivamente, a necessidade de estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País e promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino/serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

---

<sup>79</sup> Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/emec/nova>> Acesso em: 20 mar. 2018.

O segundo capítulo da lei 12.871/2013 faz referência à regulamentação da autorização para funcionamento de cursos de medicina no Brasil. Nele estão detalhados os procedimentos necessários para solicitação de abertura de novos cursos e também da renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina.

Sobre esta temática, Waldir Paiva Mesquita<sup>80</sup>, lembrou que o Brasil vivia, desde a década de 1970, problemas relacionados à formação médica pela qualidade do ensino ofertado. Em suas palavras:

Em decorrência do *boom* resultante da desenfreada abertura de escolas médicas na década de [19]70, houve exagerado aumento de profissionais no mercado com formação inadequada, em consequência da má estruturação curricular das escolas. Para agravar o quadro, ocorreu também intensa concentração desses profissionais em determinadas áreas geográficas, resultado da péssima distribuição dos serviços de saúde no País. (MACHADO, 1997, p. 12)

Nota-se que o autor enfatiza que o país sofria com a concentração dos profissionais em determinadas áreas, devido às condições de trabalho relacionadas à oferta dos serviços de saúde.

No caso do Programa Mais Médicos, criou-se uma série de medidas que, acionadas simultaneamente, visavam combater os problemas apontados pelos profissionais da área da saúde e citados em diversos estudos e trabalhos, sendo eles a questão da formação médica, capacitação dos profissionais para atuação na atenção básica em saúde e melhoria das condições das unidades de saúde.

Voltando a analisar a lei de criação do Programa, constatou-se a necessidade de comprovação de fatores mínimos para a abertura de novos cursos de medicina. Textualmente:

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:  
I a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e  
II a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:  
a) atenção básica;  
b) urgência e emergência;  
c) atenção psicossocial;  
d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e  
e) vigilância em saúde. (BRASIL. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013)

O inciso II do §1º Art. 3º relaciona os serviços essenciais que devem, obrigatoriamente, existir nas localidades que pleiteiam vagas de graduação em medicina, dentro dos quais destacamos a rede de atenção básica, unidades de atendimento de média e

---

<sup>80</sup> Presidiu o Conselho Federal de Medicina entre os anos de 1994 a 1999. Também prefaciou o livro “Os médicos no Brasil: um retrato da realidade” coordenado pela socióloga Maria Helena Machado, obra editada e publicada pela Fiocruz em 1997.

alta complexidade, normalmente representadas pelos postos de pronto atendimento dos hospitais e por fim, atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Estes três elementos atendem à necessidade de oferta de infraestrutura mínima à formação dos profissionais médicos.

Na sequência, o legislador prevê que a partir da assinatura do termo de adesão que deve ser apresentado pelo município indicando, juntamente com a instituição ofertante, a solicitação de abertura do curso de medicina, o Gestor Local do SUS se compromete a oferecer à instituição de educação superior vencedora do chamamento público, mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina. No Capítulo 3 são apresentadas as intervenções no eixo educação em Mato Grosso do Sul, que recebeu novos cursos, além da autorização de abertura de turmas nas cidades de Ponta Porã e Corumbá.

O § 7º ao tratar sobre a autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina, novamente, dá destaque à necessidade de existência da rede de serviços:

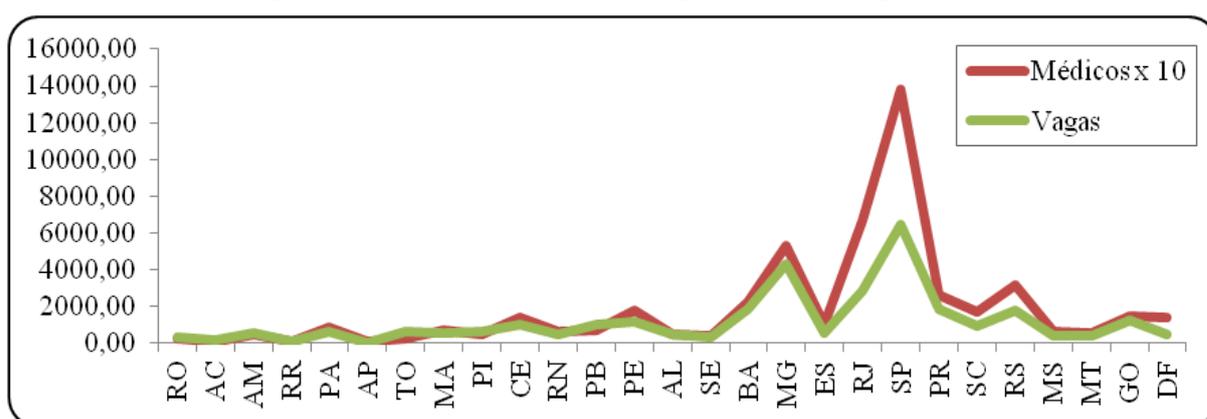
- a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatorios, salas de aula dotadas de recursos didático pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;
- b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;
- c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;
- d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas; (BRASIL. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013)

Neste ponto, a legislação também enfatiza a necessidade de oferta de professores capacitados e com dedicação exclusiva para atuação docente nos cursos de medicina, além de orientar a necessidade de realização de produção científica de interesse à área de formação.

Igualmente, são abordados elementos relacionados à necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, com a apresentação de indicadores que: apontem a relação do número de habitantes por número de profissionais, 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, também, a inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza. (BRASIL. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013)

Antes de prosseguir com a análise da citada lei, com o objetivo de identificar os aspectos apontados pelo Ministério da Saúde, bem como pelo Conselho Federal de Medicina, como promotores da desigual distribuição dos profissionais médicos pelo território nacional, realizou-se um levantamento no qual, comparou-se os dados aqui tratados e apresentados nos Quadros 6 (Relação Médicos x 1.000 habitantes por Unidade da Federação - Brasil 2012 – 2013 – 2015 – 2018) e Quadro 8 (Número de vagas em cursos de medicina por Unidade da Federação – e-MEC Brasil – 2018). O resultado pode ser conferido no Gráfico 9 e no Mapa 2.

**Gráfico 9 – Vagas nos cursos de Medicina x Registros Médicos por UF Brasil – 2018**



Fonte: e-MEC. CFM.<sup>81</sup> Elaborado pelo autor, 2018.

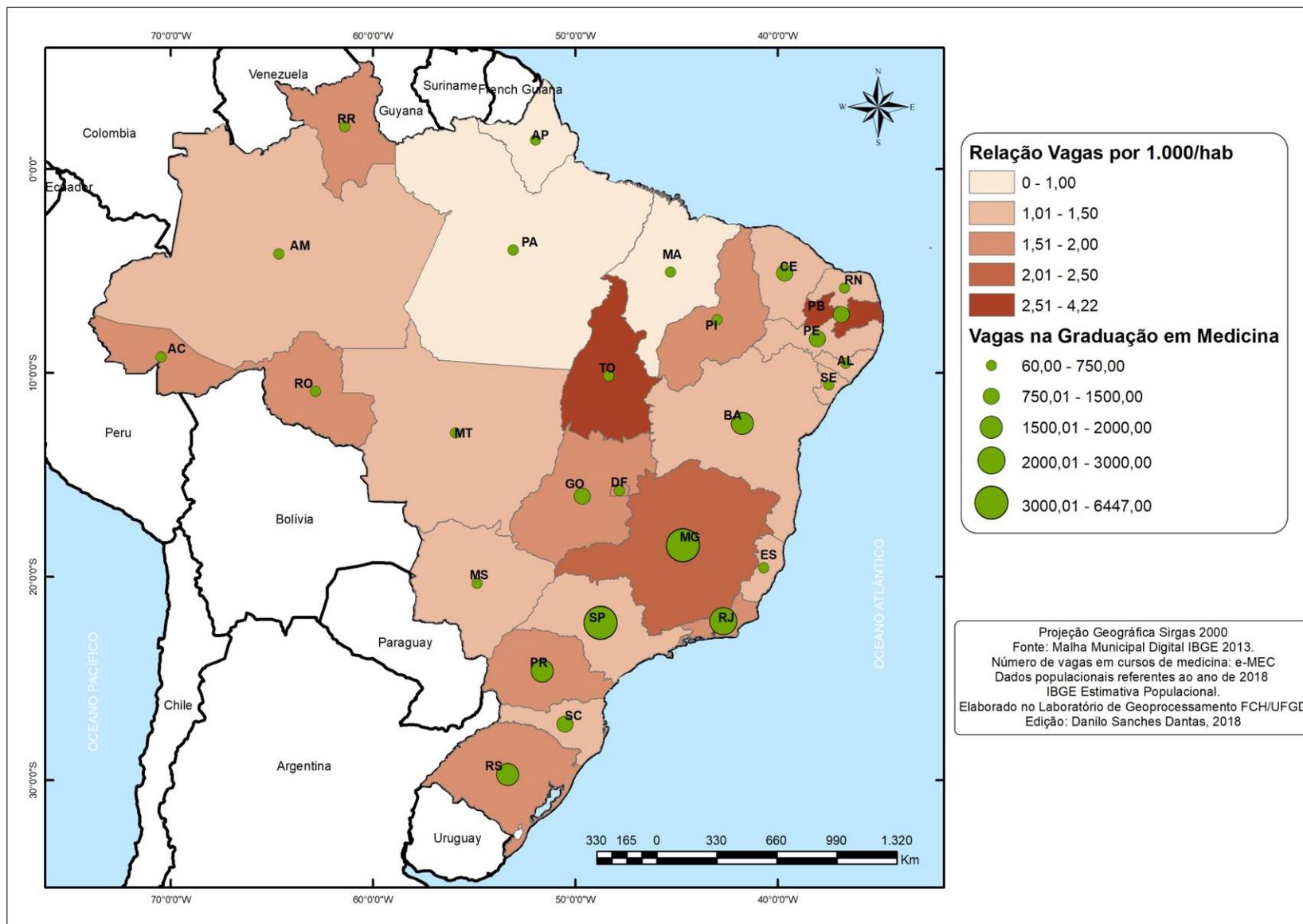
Apreende-se a partir da leitura do Gráfico 9, que as linhas que representam as vagas ofertadas nos cursos de medicina e o número de registros médicos junto ao CFM apresentam comportamentos semelhantes. Diante o exposto, evidencia-se que a alegação de que a distribuição desigual de profissionais médicos guarda relação com a oferta de vagas nos cursos de graduação em medicina é verídica.

Durante a realização deste estudo, constatou-se que a relação de vagas em cursos de medicina VS o número de habitantes, teve um ganho considerável quando comparada com os dados apresentados em 2012, conforme apontado nos levantamentos que embasaram a EMI nº 024/2013 e por consequência a Lei 12.871/2013.

O Mapa 2 permite um panorama geral acerca da relação entre a oferta de vagas nos cursos de graduação em medicina com os totais populacionais.

<sup>81</sup> Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/emec/nova>> Acesso em: 20 mar. 2018.  
Dados relativos ao número de médicos registrados junto ao CFM 2018. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_estatistica](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica)> Acesso em: 20 mar. 2018.

Mapa 2 – Relação de vagas por 1.000 habitantes e vagas nos cursos de graduação em medicina - Brasil - 2018.



Há ênfase aos estados de Tocantins e Paraíba que apresentam os maiores índices na relação Vagas x habitantes (4,22 e 2,54 respectivamente). No entanto, quando analisado o total de vagas ofertadas, constata-se que ambos encontram-se muito aquém das demais Unidades da Federação, sendo 660 vagas no primeiro e 1.026 no segundo.

Vale mencionar que o índice é calculado dividindo-se o número de vagas ofertadas nos cursos de graduação em medicina pelo quantitativo populacional, como pode ser observado na seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Nº de vagas nos cursos de medicina}}{\text{Nº de habitantes/10.000}} = \text{Índice}$$

É oportuno rememorar que em 2012, o Brasil tinha o índice de 0,8 vagas a cada 10.000 habitantes, e segundo dados apresentados na EMI nº 024/2013, a situação era ainda mais crítica em estados da Região Nordeste onde, por exemplo, Maranhão e Bahia apresentavam índice de 0,39 vaga para cada 10.000 habitantes. Nesse sentido, cabe analisar os dados obtidos em 2018 que encontram-se organizados no Quadro 9.

No Quadro 9, observa-se os índices nacionais das cinco regiões geográficas e das 27 Unidades da Federação e os dados apontam para um crescimento considerável na relação vagas VS habitantes. Os dados comprovam que o Brasil saltou de 0,8 vagas (2012) para 1,5 vagas a cada 10.000 habitantes, mesmo índice verificado em 2010 no Reino Unido e utilizado como parâmetro de referência pelo Ministério da Saúde.

Os estados de Maranhão e Bahia, que se apresentavam como as unidades da federação com maior deficiência na oferta de vagas em cursos de medicina com o índice de (0,39), tiveram crescimento, saltando para 0,82 e 1,22 respectivamente. Vale ratificar que apesar do expressivo aumento, estes estados, juntamente com os estados de Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas e Sergipe continuam com índices inferiores à média nacional, sendo que apenas Piauí e Paraíba apresentaram índices superiores à 1,5 vagas, sendo 1,86 e 2,54 respectivamente.

A região Centro-Oeste, apesar de apresentar o índice geral de 1,61 vagas para cada 10.000 habitantes, conta com os estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul com índices inferiores a 1,5.

No sul, com exceção do estado de Santa Catarina, os demais se mantiveram acima da média nacional, mesma situação da região Sudeste, na qual, somente Minas Gerais e Rio de Janeiro superaram a marca de 1,5 vagas.

Quadro 9 – Vagas nos cursos de medicina x número de habitantes por UF - Brasil - 2018

Indicadores	População	Vagas	Índice
<b>Brasil</b>	<b>208.754.349</b>	<b>31.346</b>	<b>1,50</b>
<b>Região Norte</b>	<b>18.092.918</b>	<b>2.481</b>	<b>1,37</b>
Rondônia	1.818.956	325	<b>1,79</b>
Acre	838.534	161	<b>1,92</b>
Amazonas	4.105.933	585	<b>1,42</b>
Roraima	529.123	80	<b>1,51</b>
Pará	8.429.022	610	<b>0,72</b>
Amapá	808.963	60	<b>0,74</b>
Tocantins	1.562.387	660	<b>4,22</b>
<b>Região Nordeste</b>	<b>57.490.586</b>	<b>7.537</b>	<b>1,31</b>
Maranhão	7.029.410	579	<b>0,82</b>
Piauí	3.224.295	601	<b>1,86</b>
Ceará	9.063.735	1036	<b>1,14</b>
Rio Grande do Norte	3.530.065	472	<b>1,34</b>
Paraíba	4.042.760	1026	<b>2,54</b>
Pernambuco	9.517.700	1150	<b>1,21</b>
Alagoas	3.387.111	495	<b>1,46</b>
Sergipe	2.304.225	300	<b>1,30</b>
Bahia	15.391.285	1878	<b>1,22</b>
<b>Região Sudeste</b>	<b>87.373.080</b>	<b>14.185</b>	<b>1,62</b>
Minas Gerais	21.205.165	4347	<b>2,05</b>
Espírito Santo	4.042.850	570	<b>1,41</b>
Rio de Janeiro	16.779.455	2821	<b>1,68</b>
São Paulo	45.345.610	6447	<b>1,42</b>
<b>Região Sul</b>	<b>29.772.435</b>	<b>4.566</b>	<b>1,53</b>
Paraná	11.376.730	1894	<b>1,66</b>
Santa Catarina	7.044.480	910	<b>1,29</b>
Rio Grande do Sul	11.351.225	1762	<b>1,55</b>
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>16.025.330</b>	<b>2.577</b>	<b>1,61</b>
Mato Grosso do Sul	2.734.701	388	<b>1,42</b>
Mato Grosso	3.371.459	431	<b>1,28</b>
Goiás	6.838.170	1282	<b>1,87</b>
Distrito Federal	3.081.000	476	<b>1,54</b>

Fonte: e-MEC; IBGE<sup>82</sup>. Organizado pelo autor, 2018.

A região Norte abriga, simultaneamente o pior e melhor índice do país, pois os estados do Para e Amapá apresentam as piores marcas, sendo 0,72 e 0,74 respectivamente.

<sup>82</sup> Número de vagas em cursos de medicina: e-MEC. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/emec/nova>> Acesso em: 20 mar. 2018.

Dados populacionais referentes ao ano de 2018 - IBGE Estimativa Populacional. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>> Acesso em: 20 mar. 2018.

Em contraponto, o estado do Tocantins apresenta o melhor resultado, chegando à 4,22 vagas por grupo de 10.000 habitantes

Contata-se, assim, que as iniciativas relacionadas à expansão das vagas a partir da abertura de novos cursos de medicina verificadas, principalmente a partir de 2012, começam a trazer resultados positivos, a exemplo do aumento nos próximos anos da disponibilidade de médicos para todas as regiões do país.

## **2.2 – Resistências ao Projeto Mais Médicos para o Brasil**

No ano de 2013, o Governo Federal se dedicou à formulação de uma estratégia que, enquadrada no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015, respondesse à falta de médicos, na Atenção Básica de Saúde (ABS) de todo o País, problemática notavelmente mais grave nas áreas de pobreza rural e periferia, assim como nas áreas indígenas. Diversos eventos e reuniões, como o Fórum Nacional de Prefeitos, o Congresso de Secretários Municipais de Saúde e a reunião nacional de Conselhos de Saúde, convocaram à ação política nesse sentido.

Essa situação ganhou visibilidade na mídia no ano de 2013, quando a Frente Nacional dos Prefeitos elaborou uma petição pública endereçada a então Presidenta Dilma Rousseff e ao então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, na qual afirmavam sobre as dificuldades dos municípios em manter médicos atuando na rede pública de saúde e solicitava providências para resolução do problema:

[...] nós, prefeitas, prefeitos, autoridades locais e demais cidadãos abaixo-assinados, tendo em vista a enorme dificuldade que os municípios brasileiros enfrentam na contratação de médicos para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS), reivindicamos a imediata adoção das medidas cabíveis para a contratação de médicos formados em outros países.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> Disponível em: <<http://www.peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=CADEMED>> Acesso em: 06 jun. 2018.

**Figura 7 – Peça publicitária utilizada em 2013 pela Frente Nacional de Prefeitos**



Fonte: <http://cadeomedico.blogspot.com/>

A imagem expressa na Figura 7 representa a angústia vivenciada pelos prefeitos municipais diante a dificuldade em contratar e manter em seus quadros de funcionários os profissionais da área médica.

A petição datada de 04 de fevereiro de 2013 teve o propósito de ampliar a participação popular no movimento “Cadê o Médico?”, promovido pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP) cujo objetivo era reivindicar a contratação imediata de mais médicos para a saúde pública brasileira.

Na última semana a FNP realizou um abaixo-assinado em Brasília. Em apenas três dias de ação, o movimento alcançou a marca de 4600 assinaturas e conseguiu a adesão de dezenas de entidades municipalistas de todo o país. Mais de 2500 prefeitos assinaram o documento. O abaixo-assinado foi entregue ao ministro da Saúde, Alexandre Padilha.<sup>84</sup>

A proposta da FNP, encaminhada ao Governo Federal, reivindicava a adoção imediata das medidas necessárias para a contratação de médicos formados em outros países. É interessante destacar que a FNP expressava o desejo de que profissionais estrangeiros fossem contratados para auxiliar no processo de saneamento do déficit médico vivenciado no Brasil.

De acordo com a própria FNP, “*É importante ressaltar que a FNP é favorável a critérios rigorosos para a vinda desses médicos como, por exemplo, trabalhar na área da atenção básica e fixação em áreas com maior carência de profissionais*”.

A FNP citava uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Aplicada (Ipea), na qual a escassez de médicos era apontada como o principal problema do SUS para 58,1% dos entrevistados.

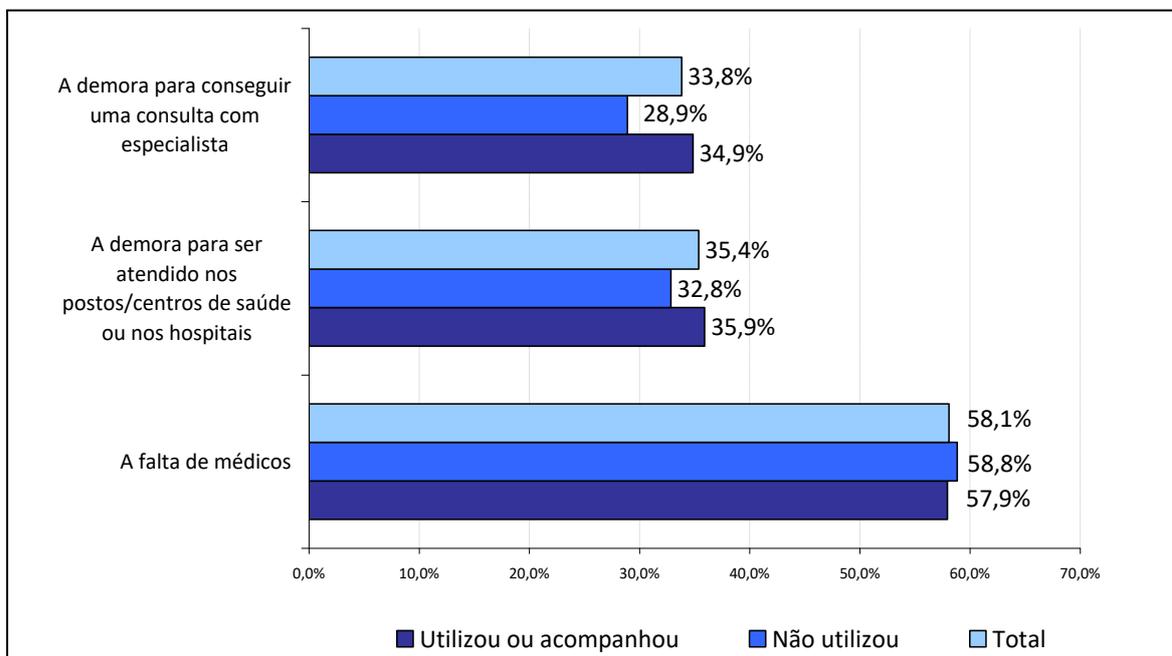
<sup>84</sup> “FNP promove petição eletrônica por mais médicos no SUS” Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com/p/peticao.html>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

A pesquisa à qual a FNP se referia era o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)<sup>85</sup>. Tratava-se de uma pesquisa domiciliar realizada junto às famílias brasileiras, com a finalidade de conhecer suas percepções sobre bens e serviços públicos, oferecidos em diversas áreas, entre elas a saúde.

Analisando os dados apresentados pelo IPEA, constata-se que além da falta de médicos, os entrevistados responderam a 24 perguntas organizadas em três blocos contemplando os temas: Percepção sobre atendimento; Avaliação geral sobre o SUS; Avaliação dos serviços oferecidos por planos e seguros de saúde.

Na Figura 8 apresenta-se o gráfico da pesquisa SIPS que aborda os principais problemas do SUS segundo a utilização dos entrevistados. Nota-se a partir da leitura dos dados do gráfico que, tanto a questão sobre a demora em se conseguir uma consulta com médicos especialistas como, a demora no atendimento nos postos de saúde e/ou hospitais tem relação direta com a disponibilidade da mão de obra médica.

**Figura 8 – Principais problemas do SUS, segundo utilização - Brasil, 2010**

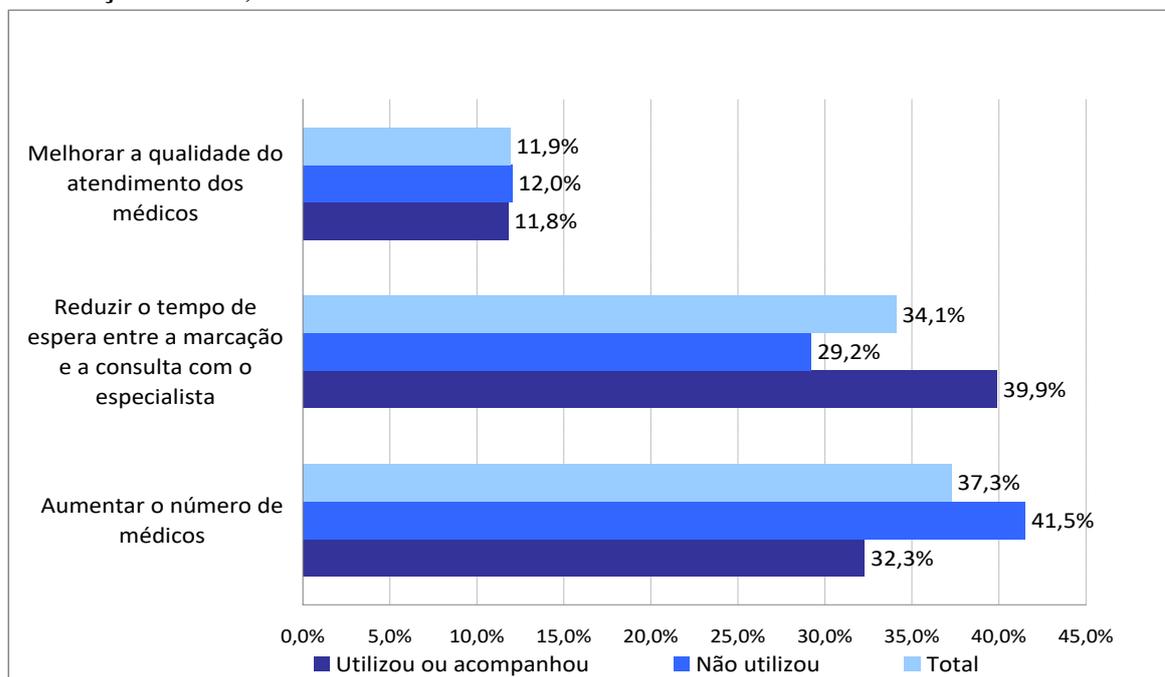


Fonte: Ipea. Sistema de indicadores de percepção social (SIPS) 2010. p. 16

<sup>85</sup> Os dados para a realização do SIPS Saúde foram coletados no período de 3 a 19 de novembro de 2010, nos domicílios dos entrevistados. O questionário foi aplicado a uma amostra de 2.773 pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em todas as Unidades da Federação.

Os entrevistados também opinaram sugerindo ações para melhorar o atendimento prestado no SUS, dentre as sugestões, novamente, o aumento no número de médicos teve destaque conforme gráfico reproduzido na Figura 9.

**Figura 9 – Principais melhorias sugeridas para os serviços de médicos especialistas, segundo utilização - Brasil, 2010**

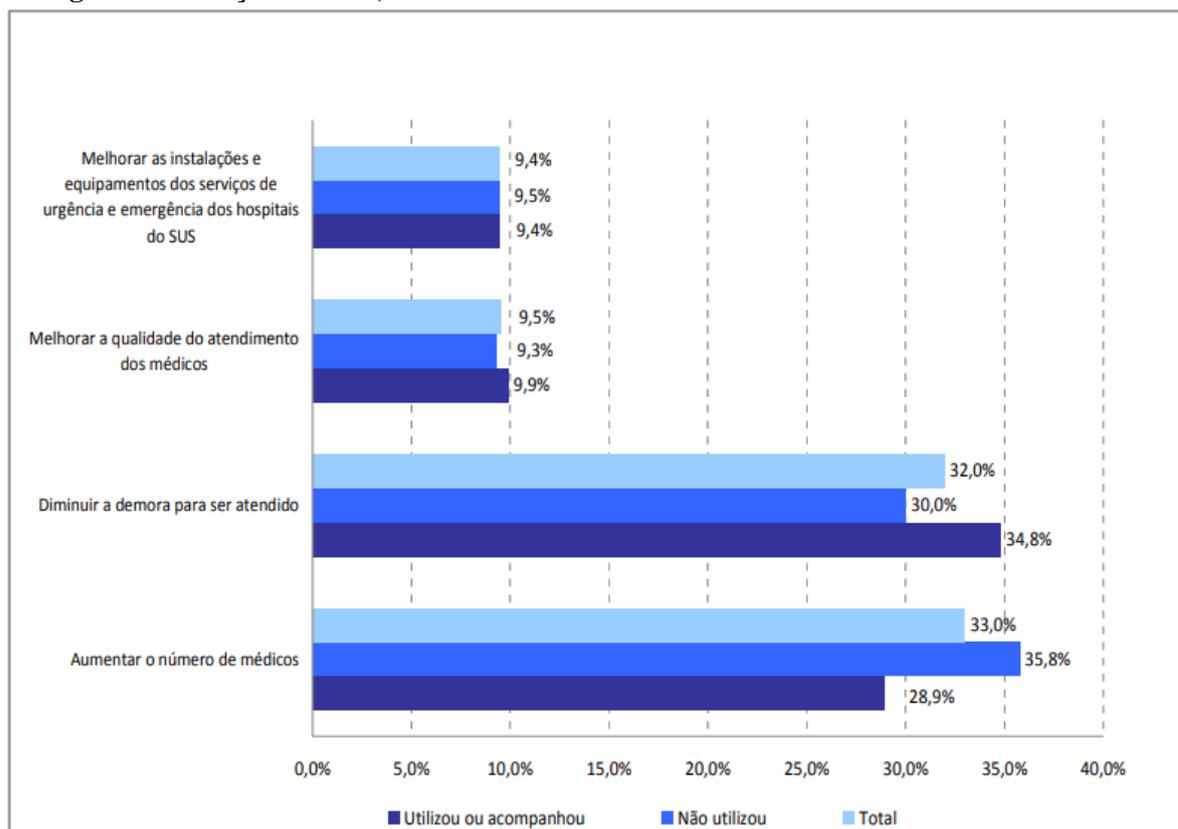


Fonte: Ipea. Sistema de indicadores de percepção social (SIPS) 2010. p. 12.

Na análise dos serviços de urgência e emergência, do total de entrevistados que utilizaram ou acompanharam alguém na utilização desse serviço, 34,8% disseram que, para melhorá-lo, a demora para ser atendido deve ser diminuída, enquanto 28,9% disseram que a quantidade de médicos deveria ser aumentada. Entretanto, dentre aqueles que não utilizaram os serviços de urgência e emergência, a ordem de prioridade das sugestões apresenta-se invertida em relação à situação precedente: 35,8% disseram que o contingente de médicos deveria ser aumentado, e 30% disseram que a espera para ser atendido deveria ser diminuída conforme gráfico reproduzido na Figura 10.

Os dados utilizados pela FNP refletiam a realidade de um grande número de brasileiros que residem nas periferias das grandes cidades e também nos municípios localizados no interior do país.

**Figura 10 – Principais melhorias sugeridas para os serviços de urgência e emergência, segundo utilização - Brasil, 2010**



Fonte: Ipea. Sistema de indicadores de percepção social (SIPS) 2010. p. 13.

Além disso, esses médicos estavam mal distribuídos no território nacional, de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam, proporcionalmente, com menos médicos. Agravando o problema, de 2002 a 2012, a quantidade de médicos formados no Brasil correspondeu a apenas 65% do total de empregos médicos criados no mesmo período.<sup>86</sup>

Vale mencionar que muitos países que também apresentam uma demanda por médicos superior à capacidade de formação das instituições de ensino decidiram equilibrar esse déficit atraindo profissionais formados em outros países.

Analisando esta temática, Pinto et al. (2017) asseveram que:

No Brasil, o processo de autorização do exercício profissional para médicos formados no exterior, brasileiros ou não, sempre foi protecionista e restritivo – apenas 1,9% dos médicos que atuavam no Brasil, em 2012, eram estrangeiros, enquanto nos EUA, por exemplo, esse número chegava a 22,4% e no Reino Unido a 37%.

<sup>86</sup> Poz, Pierantoni e Girardi. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: Fiocruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3, p. 187-233.

O Programa Mais Médicos foi lançado em meio ao desafio de enfrentar esse conjunto de problemas. Conforme citamos ao longo do trabalho, o Programa é composto por três eixos, sendo que o eixo do provimento emergencial é uma resposta imediata ao problema da falta de cobertura e acesso à Atenção Básica em Saúde por parte importante (e majoritária!) da sociedade brasileira.

O Mais Médicos seleciona profissionais graduados no Brasil e fora do país, brasileiros e estrangeiros, para atuarem nas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade e para que desenvolvam uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da PNAB sobre as quais falamos no Capítulo 2 deste trabalho.

OLIVEIRA, J. P. A. (2016, p.15), analisando essa problemática, afirma:

O provimento adequado de serviços e profissionais de saúde é um problema para diversos países do mundo. Quando se trata de regiões remotas, pobres e periféricas, a situação é ainda mais grave. A escassez e má distribuição geográfica de profissionais médicos, principalmente, é uma situação difícil de ser solucionada.

Oliveira et al. (2015) afirmam que muitos países têm buscado soluções para ampliar a cobertura da atenção básica em áreas vulneráveis, atraindo profissionais de saúde para estas regiões. De acordo com o autor, essas estratégias incluem:

[...] políticas de regulação, tais como serviço obrigatório; incentivos monetários, tais como bolsas de estudo; e incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros. Apesar da importância dos recursos humanos para o acesso à saúde, e das políticas anteriores do governo brasileiro para enfrentar as desigualdades na distribuição de médicos e o fortalecimento da atenção básica, nenhuma teve a abrangência, magnitude e celeridade do Programa Mais Médicos, inclusive na sua preocupação com a necessidade de mudança da formação médica. (OLIVEIRA et al., 2015, p. 624)

Um dos depoimentos que reforçaram o coro da FNP foi o do então prefeito do município de Paranhos (MS) Júlio Cesar de Souza (PDT 2013-2016) que<sup>87</sup> reiterou a dificuldade de contratação de médicos especialistas para atuação em municípios de menor porte, citando que na ocasião (2013) a população total era de 12.300 habitantes. Júlio Cesar ainda cita a necessidade dos paranhenses buscarem atendimento em Dourados (aproximadamente 250 km) ou em Campo Grande (aproximadamente 470 km de distância).

Esta era uma realidade comum à maioria dos prefeitos dos 79 municípios de Mato Grosso do Sul que perceberam a necessidade de adesão ao Mais Médicos para viabilizar a contratação de profissionais. Durante o Seminário “Mais Médicos para o Brasil, Mais Saúde

---

<sup>87</sup> Para assistir ao depoimento do Prefeito de Paranhos (MS) Julio Cesar de Souza, acesse: <<http://cadeomedico.blogspot.com/2013/02/cadeomedico-depoimento-do-prefeito-de.html>> Acesso em: 26 jun. 2018.

para os Brasileiros”, realizado no auditório da Federação das Indústrias do Estado de Mato Grosso do Sul no dia 30 de maio de 2014, o então Ministro da Saúde Arthur Chioro falou sobre a adesão do Programa por Mato Grosso do Sul e destacou o empenho entre os municípios, o Estado e a União nos trabalhos para fortalecer a atenção básica. Em suas palavras:

“É notável que o Estado, com o apoio dos municípios em um trabalho integrado com os gestores do SUS e coordenadores do Programa Mais Médicos, tem conseguido garantir para as pessoas, em especial àquelas que vivem nas cidades mais pobres, o atendimento básico de saúde. A presença do médico e sua equipe nas unidades é a grande conquista para os bons resultados do Programa. O Estado de Mato Grosso do Sul em dados preliminares do Programa Mais Médicos já mostra que está no caminho certo. Nosso trabalho após a implantação do Programa, será investir nos outros setores do Projeto que é ampliar a residência médica, ampliar número de vagas nas universidades públicas e privadas, para que possamos contar com os médicos que temos em nosso país”<sup>88</sup>

**Foto 1 – Ministro Arthur Chioro durante seminário realizado em Campo Grande**



Foto: Rachid Waqued / Jornal Correio do Sul – 30 mai. 2014.

Também durante o Seminário o então prefeito do município de Corguinho (MS), Dalton Lima (PMDB 2013-2016), comentou a importância do Programa Mais Médicos para os municípios de pequeno porte. Em suas palavras: “*nós estávamos sofrendo com a falta de*

---

<sup>88</sup> “André participa de Seminário do Mais Médicos e destaca resultados na saúde com parcerias entre municípios”. Disponível em: <http://www.acritica.net/editorias/politica/andreparticipadeseminariodomaismedicosdestacaresultadosna/11944> >6/ Acesso em: 19 maio 2016.

*médico. Este programa vem ajudar e muito aos pequenos municípios. Recebemos uma médica e estamos à espera de mais um ou dois médicos do programa.”*<sup>89</sup>

É importante mencionar que naquela mesma data (30/04/2014) numa ação deliberada e explicitamente política partidária, um grupo integrado pelo Sindicato dos Médicos, Conselho Regional de Medicina (CRM/MS), Associação Médica e acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Anhanguera / Uniderp protestou contra o programa do Governo Federal Mais Médicos. Segundo eles, o programa não iria resolver o problema da saúde no país. O interessante é que o protesto dos futuros médicos trazia cartazes com o conhecido pedido de “Fora Dilma” utilizado até a concretização do golpe de 2016.

**Foto 2 – Estudantes de medicina com cartazes 'Fora, Dilma' fazem protesto**



Foto: Lúcia Morel / Correio do Estado

O movimento da classe médica contra o Mais Médicos foi intenso em praticamente todo o país desde o início do Programa em 2013. No entanto, devido à grande aceitação da sociedade/usuários<sup>90</sup>, e dos próprios prefeitos que encampavam a luta em prol da sua

<sup>89</sup> “Corguinho, MS - Dalton participa de seminário do mais médico em Campo Grande” Disponível em: <<http://www.jornalcorreio.ms.com/2014/06/corguinho-ms-dalton-participa-de.html>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

<sup>90</sup> Dados do IPEA, da FGV e do IBGE apontam para uma aprovação pela população brasileira dos princípios do programa Mais Médicos, do governo federal. Foi o que se pode concluir da apresentação feita pelo ministro-chefe interino da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência (SAE/PR) e presidente do IPEA, Marcelo Neri, em audiência pública no Supremo Tribunal Federal (STF) nesta terça-feira, 26 de novembro. Em apresentação que dividiu com o coordenador de saúde do IPEA, Matheus Stivali, Neri mostrou que a saúde é o principal foco de preocupação do brasileiro que, ao mesmo tempo, é favorável à vinda profissionais estrangeiros qualificados para o país como forma de suprir as demandas. Coordenada pelo ministro do STF

implementação, a voz da classe médica corporativista foi sendo calada, diante o trabalho executado pelos profissionais contratados, em especial pelos cooperados cubanos que foram os mais discriminados no início do processo.

Alessio (2015), que é médica e servidora do Ministério da Saúde atuou como coordenadora da área de Planejamento e Dimensionamento do DEPREPS (Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde) da SGTES, Secretaria do Ministério da Saúde responsável pela gestão do Programa Mais Médicos (PMM), afirma que:

Ao participar dos preparativos da chegada dos primeiros médicos estrangeiros e ter trabalhado diretamente com o processo de distribuição destes por todo o território nacional, acompanhei de muito perto as tensões geradas por interesses conflitantes na implementação de programa de tal magnitude e que mexeu em muitas estruturas cristalizadas das profissões e suas relações com o poder público e a sociedade. (ALESSIO, 2015, p. 11)

Apesar das disputas políticas, os dados já em 2014, apontavam para os resultados positivos a partir da implementação do Programa.

Segundo relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá, antes o atendimento nas unidades de saúde era limitado a 10 pacientes ao dia e hoje esse número saltou para 34, sem a necessidade de filas. As consultas mensais passaram de 240 em média para 425. Com mais profissionais, atualmente 100% das crianças menores de cinco recebem acompanhamento conforme calendário, assim como as mulheres referenciadas nos programas sociais, como a Bolsa Família.<sup>91</sup>

Quando se analisa o processo brasileiro e também, os processos implementados em outros países com o objetivo de promover o fortalecimento da Atenção Básica e provisão de profissionais médicos em áreas vulneráveis, a exemplo dos Estados Unidos e Austrália<sup>92</sup>, é possível observar que, salvo as diferenças de contexto, existe uma permanência acerca dos problemas.

Marco Aurélio Mello, a audiência pública discutiu a problemática em torno da decisão do governo federal de trazer para o país médicos estrangeiros no Programa Mais Médicos, diante da necessidade por mais profissionais de saúde, especialmente nas regiões mais carentes do país. “Dados apontam para aprovação do Programa Mais Médicos” Disponível em:

<[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20672&catid=4&Itemid=2](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20672&catid=4&Itemid=2)>

Acesso em: 06 jun. 2018.

<sup>91</sup> “Com cartazes 'Fora, Dilma', grupo protesta contra o 'Mais Médicos’” Disponível em: <<https://www.correiadoestado.com.br/noticias/com-cartazes-fora-dilma-grupo-protesta-contr-o-mais-medicos/217772/>> Acesso em: 06 jun. 2016.

<sup>92</sup> OLIVEIRA, J.P.A. (2016, p.16): “Na Austrália, por exemplo, que possui um sistema de saúde com financiamento público e privado para atrair médicos formados no exterior, o governo implementou o *Overseas Trained Doctors* (OTD). Esse programa envia médicos formados no exterior ou estrangeiros formados na Austrália para regiões remotas do país, sendo que eles recebem visto e registro profissional temporário e a possibilidade de participar de cursos para capacitação profissional”.

Ademais, Alessio (2015, p.16) argumenta que o Programa *Misión Barrio Adentro* na Venezuela<sup>93</sup> era muito semelhante ao PMM e que contou com a chegada de milhares de médicos cubanos para a expansão da Atenção Básica daquele país, e destaca também as fortes pressões dos médicos e entidades médicas venezuelanos apoiados pela grande mídia local para ir de encontro ao Programa.

A *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OCDE) publicou um estudo que mostrou que, mesmo com o aumento no número total de médicos, a distribuição dos médicos mantém um padrão de grande concentração nas capitais e áreas de escassez nas zonas rurais.

Oliveira et al. (2015) afirmam que o número de países que tem buscado medidas para assegurar a universalização da cobertura de saúde, bem como o fortalecimento de um sistema de saúde resolutivo e adequado às necessidades de saúde da população vem crescendo consideravelmente nas últimas décadas. Ainda de acordo com os autores, a distribuição desigual dos profissionais de saúde, especialmente médicos, representa importante limitante para alcançar estes objetivos.

Em suas palavras:

No curto prazo, os três países têm lançado mão do recrutamento de médicos (nacionais e estrangeiros) dentro de modelos que assegurem a atração e a retenção desses profissionais em áreas remotas. O modelo brasileiro e o australiano utilizam combinações de incentivos financeiros e educacionais para isso. Já o modelo estadunidense tem maior foco nos incentivos financeiros e na retenção dos médicos estrangeiros que já estão no país realizando treinamento, por meio da extensão do visto de permanência. (OLIVEIRA et al., 2015, p. 629)

Os autores alertam para a necessidade de ressaltar as limitações na comparação da atratividade de um país de média renda com países de alta renda. Também é preciso esclarecer as mesmas limitações acerca da possibilidade entre países com propostas políticas extremamente divergentes em relação ao sistema público de saúde.

Oliveira et al. (2015) seguem suas análises:

Na Austrália, a remuneração dos médicos participantes do programa *Overseas Training Doctors* é variável, sendo maior para aqueles atuando em zonas mais remotas. No Brasil, a remuneração dos participantes do PMMB é a mesma, entretanto a ajuda de custo para instalação é maior para os participantes que se deslocarem para zonas mais remotas. Também existe, no país, um sistema de pagamento da dívida estudantil universitária que se assemelha ao NHSC estadunidense, no qual o médico que tenha, no mínimo, um ano de trabalho em

---

<sup>93</sup> Segundo Backer e Molina (2010), a Venezuela, com o Programa *Mission Barrio Adentro*, trouxe de Cuba mais de vinte mil médicos para trabalhar no *Sistema Público Nacional de Salud*, executado junto com a nova política social que se estabelecia, promovendo o atendimento médico a comunidades das regiões mais pobres e remotas do país e que não dispunham de acesso aos cuidados da Atenção Básica. Adicionalmente, o governo recebeu o reforço de 3.328 estudantes venezuelanos que estudaram medicina em Cuba.

localidades com carência de médicos poderá requerer o abatimento, ao mês, de 1% do saldo devedor da dívida ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies). Apesar de existirem poucas avaliações de programas de provisão de profissionais de saúde em áreas carentes, evidências sugerem uma maior efetividade de programas combinando diferentes incentivos. (OLIVEIRA et al., 2015, p. 630)

Uma questão que surge no caso brasileiro está relacionada ao fato que, desde o ano de 2013, a contratação de médicos para integrar os programas de provimento, tanto PROVAB como Mais Médicos, passou a ser realizada pelo Governo Federal. Até então, as contratações eram geridas pelos municípios. Além, disso, houve um aumento considerável no valor das bolsas que passou de R\$ 8.000,00 em 2012, para R\$ 10.000,00 em 2013, chegando à 11.520 em 2017.<sup>94</sup>

Vale mencionar que, ao aderir aos programas federais de provimento de médicos, os municípios conseguem se desvencilhar do custo inerente ao pagamento dos salários dos médicos que, caso não fossem contratados por meio dos programas, possivelmente o seriam através de concursos públicos e/ou processos seletivos resultando na oneração da folha de pagamentos.

A partir desta lógica, pode-se concluir que todos os gestores municipais deveriam inscrever seus municípios a fim de serem contemplados com a destinação de médicos, no entanto, o Governo Federal criou uma série de parâmetros que, ao serem contemplados, credenciariam os municípios a participar dos programas. Somente os municípios e distritos sanitários indígenas que se encaixavam nos seis perfis de vulnerabilidade (já citados no Quadro 25) poderiam participar do Programa.

Como parte do processo de inscrição, os gestores eram solicitados a identificar o número de médicos necessários de acordo com um número máximo baseado na população do município e para os quais eles teriam a capacidade de proporcionar condições adequadas para o exercício das atividades. Estavam elegíveis para participar: médicos brasileiros graduados no Brasil ou no exterior, médicos estrangeiros graduados no Brasil ou no exterior, desde que vindos de países cujo número de médicos per capita fosse acima de 1,8 por mil, que corresponde ao número de médicos per capita no Brasil antes do PMMB<sup>95</sup>.

---

<sup>94</sup> “Provab: MS aumenta valor da bolsa”. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/principal/provab/destaques-provab/8571-provab-ms-aumenta-valor-da-bolsa>> Acesso em: 10 jun. 2018.

<sup>95</sup> Conforme tratamos no Capítulo 2 o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi criado por meio da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Várias informações que serão tratadas neste subcapítulo 3.2 sobre provimento emergencial e também no subcapítulo 3.3 sobre ações a formação para o SUS são oriundas da supracitada portaria. Vide Capítulo 2 para mais detalhes.

De acordo com a Nota Técnica 23/2013, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)<sup>96</sup>, o Ministério da Saúde informou em sua página oficial que todos os municípios poderiam se inscrever no Programa, sendo que aqueles que possuíssem áreas em uma das situações elencadas no Quadro 25, poderiam participar do Projeto mediante manifestação de interesse e celebração de termo de adesão e compromisso. Além disso, os Municípios classificados dentre os Perfis "1" a "5" foram considerados prioritários para fins de indicação e seleção dos médicos participantes do Projeto.

Assim, os municípios elegíveis não se restringiram aos considerados prioritários, o que ensejou a ampliação do rol de municípios participantes do PMMB, com a inclusão de municípios não prioritários.

De acordo com a Portaria N° 1.369, de 08 de julho de 2013, municípios elegíveis: são aqueles que possuam áreas em uma das situações elencadas no inciso III, podendo participar do Projeto mediante manifestação de interesse e celebração de termo de adesão e compromisso.

O inciso à que se refere à Portaria classifica as regiões prioritárias para o SUS 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 n° 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

- a) ter o Município 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico [www.mds.gov.br/sagi](http://www.mds.gov.br/sagi);
- b) estar entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;
- c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; ou
- d) estar em regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) dos Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (BRASIL. Portaria Interministerial n° 1.369, de 8 de julho de 2013)

Acerca do conteúdo da Portaria n° 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, identificamos em seu artigo 1° a definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família. De acordo com a

---

<sup>96</sup> A Nota Técnica n° 23/2013, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) tem como objetivo apresentar os instrumentos normativos que regulamentam o Programa Mais Médicos. Ela traz em detalhes as Medidas Provisórias, Leis, Portarias, Editais e Decretos publicados no contexto do Programa. Para leitura na íntegra acesse: <[http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-23-2013-Programa-Mais-Me%CC%81dicos\\_site.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-23-2013-Programa-Mais-Me%CC%81dicos_site.pdf)> Acesso em: 10 jun. 2018.

referida Portaria as regiões prioritárias são aquelas oficialmente cadastradas e que atendam às especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES).

Art. 2º As áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta indicadores dentre os seguintes:

I - Produto Interno Bruto (PIB) per capita;

II - população sem cobertura de planos de saúde;

III - percentual da população residente na área rural;

IV - percentual da população em extrema pobreza;

V - percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família;

VI - percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1.000 (mil) habitantes;

VII - percentual de leitos para cada 1.000 (mil) habitantes; e

VIII - indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas, em conformidade com os dados extraídos dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011)

Como a supracitada Portaria faz menção à Lei nº 10.260 de julho de 2001, recorreu-se a esta e identificou-se uma política de valorização dos profissionais médicos atrelada ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES).

De acordo com a referida Lei em seu artigo 6 B são detalhadas as diversas formas de abatimento mensal de 1,0% do saldo devedor consolidado, incluídos os juros devidos no período e independentemente da data de contratação do financiamento, dos estudantes que exercerem as seguintes profissões:

I - professor em efetivo exercício na rede pública de educação básica com jornada de, no mínimo, 20 (vinte) horas semanais, graduado em licenciatura; e (Incluído pela Lei nº 12.202, de 2010)

II - médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada, com atuação em áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção desse profissional, definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.202, de 2010)

§ 1º (VETADO)(Incluído pela Lei nº 12.202, de 2010)

§ 2º O estudante que já estiver em efetivo exercício na rede pública de educação básica com jornada de, no mínimo, 20 (vinte) horas semanais, por ocasião da matrícula no curso de licenciatura, terá direito ao abatimento de que trata o caput desde o início do curso. (Incluído pela Lei nº 12.202, de 2010)

§ 3º O estudante graduado em Medicina que optar por ingressar em programa credenciado Medicina pela Comissão Nacional de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e em especialidades prioritárias definidas em ato do Ministro de Estado da Saúde terá o período de carência estendido por todo o período de duração da residência médica. (Incluído pela Lei nº 12.202, de 2010)

§ 4º O abatimento mensal referido no caput será operacionalizado anualmente pelo agente operador do Fies, vedado o primeiro abatimento em prazo inferior a 1 (um) ano de trabalho. (Incluído pela Lei nº 12.202, de 2010)

§ 5º No período em que obtiverem o abatimento do saldo devedor, na forma do caput, os estudantes ficam desobrigados da amortização de que trata o inciso V do caput do art. 5º. (Incluído pela Lei nº 12.202, de 2010)

Nota-se que a referida Lei trata os profissionais médicos e professores com similaridade oferecendo subsídios àqueles que optarem por atuar no setor público da saúde e educação, respectivamente.

Respeitadas as condições determinadas no conjunto de dispositivos legais citados, caberia ao Gestor Municipal a tarefa de proceder com a inscrição de seu município junto ao Programa Mais Médicos.

Também de acordo com informações contidas na Nota Técnica 23/2013, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), as inscrições para o Projeto foram abertas no dia 09/07/2013 por meio do Edital SGTES<sup>97</sup> nº 38 e encerraram-se às 12 horas do dia 25/07/2013.

De acordo com o supracitado Edital, para aderir ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, o Município elegível deveria acessar o endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br> e preencher o formulário disponível e o termo de adesão e compromisso.

Também era possível no ato da inscrição realizar a inserção no sistema de até 3 (três) fotos, das unidades básicas de saúde em que seriam desenvolvidas as ações de aperfeiçoamento no âmbito do Projeto, assim como inserir texto sucinto com informações sobre o Município.

Após confirmar a adesão no Projeto Mais Médicos para o Brasil por meio do formulário eletrônico, o Município participante tinha que encaminhar para a Coordenação do Projeto em Brasília, em até no máximo dez dias, correspondência contendo os documentos abaixo listados:

- a) Termo de Adesão e Compromisso, assinado pelo Prefeito Municipal / Governador do Distrito Federal ou por quem o represente, em 2 (duas) vias;
- b) cópia do documento de identidade pessoal (RG) e do CPF do subscritor do Termo de Adesão e Compromisso, com respectivo ato de nomeação ou termo de posse; e
- c) indicação do representante legal do Distrito Federal ou Município responsável pelo acompanhamento da sua participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil, com os respectivos dados de endereço funcional, telefone funcional e endereço eletrônico para contato. (BRASIL, 2013. Edital SGTES nº 38)

Conforme foi possível apurar ao longo da pesquisa, usualmente os municípios indicavam como representante legal para acompanhar a participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil o Coordenador Municipal da Atenção Básica em Saúde. De acordo com a então Coordenadora da Atenção Básica (DAB) da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados,

---

<sup>97</sup> Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que é vinculada ao Ministério da Saúde.

Senhora Marlaine Mendes Wolf Viegas, na ocasião da inscrição do município junto ao Projeto, a Secretaria de Saúde forneceu todas as informações acerca da estrutura existente bem como elencou em quais unidades havia demanda pela contratação de médicos.

De fato, quando da participação nas oficinas regionais promovidas pela equipe do Ministério da Saúde constatou-se que, na maioria delas, os Coordenadores Municipais da Atenção Básica se faziam presentes na qualidade de representantes do município.

Acerca do resultado do Edital 38 SGTES/2013, a portaria Nº 7, de 25 de julho de 2013, trouxe a homologação do resultado do processo de chamamento para adesão do DF e Municípios ao Projeto Mais Médicos. Ainda de acordo com a supracitada portaria, Mato Grosso do Sul teve 44 municípios selecionados.

É importante mencionar que o Edital 38 SGTES/2013 foi o primeiro de outros que se seguiram. Para fins da elaboração da pesquisa optou-se por realizar o estudo tomando como base os ciclos de contratação de profissionais. Essa opção se deve a duas importantes questões, sendo que a primeira dela está relacionada à grande quantidade de revisões e republicações das portarias e dos editais. A título de exemplificação, na data de 11 de junho de 2018 o portal <<http://maismedicos.gov.br/>> na seção de Apoio ao Gestor<sup>98</sup>, trazia mais de trinta portarias de homologação, retificação e publicação de resultados de seleções de médicos e municípios.

A segunda questão e, talvez, a que tenha maior impacto na realização da pesquisa se refere à inexistência dos editais lançados pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2013 e 2015. Também em acesso realizado no dia 11 de junho de 2018, na seção Documentos/Editais Abertos/Anteriores estavam disponíveis os editais de 02/2015 até 01/2018, ou seja, todos os editais de 2013 e 2014 bem como os resultados não estavam mais disponíveis no portal.

Foram realizadas diversas buscas em sites governamentais, mas também nos buscadores mais tradicionais da rede na tentativa de resgatar alguns dos editais não disponibilizados na página do Programa.

Considerando que esta era uma problemática já constatada desde o início da pesquisa, ou seja, em meados de 2016, a opção foi realizar o levantamento através dos ciclos de contratação que tiveram início em julho de 2013 e, até julho de 2018, totalizam 14 ciclos, distribuídos conforme o Quadro 10.

---

<sup>98</sup> O Portal do Programa Mais Médicos foi dividido em quatro seções principais sendo: Médico; Cidadão; Estudante e Gestor. Em cada uma das seções foram disponibilizados diversos documentos, dentre estes, alguns dos editais, manuais, estudos, e dados sobre a Atenção Básica em Saúde, sobre os médicos que atuam junto ao Programa sobre os cursos de medicina.

### Quadro 10 – Distribuição dos ciclos do Programa Mais Médicos

ANOS	2013			2014		2015			2016			2017		
CICLOS	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	12°	13°	14°	15°

Fonte: Apresentação elaborada por Paulo Ricardo Silva - Coordenador Geral de Execução de Ações Pedagógicas CGEAP/SGTES exibida no CONARES Temático e Oficina: Educação Permanente em Saúde realizado no dia 20/02/2018. Adaptado pelo autor, 2018.

Nota-se a partir do Quadro 10 que mesmo tendo sido iniciado já em meados do ano, em 2013, o Programa teve três ciclos de provimento de médicos, nos quais Mato Grosso do Sul foi contemplado com a contratação de 70 profissionais que foram lotados em 26 municípios.

Os primeiros dados apresentados pelo Ministério da Saúde apontavam que já em novembro de 2013, foi registrado um crescimento de 27,3% no atendimento a pessoas com hipertensão em comparação com o mês de junho do mesmo ano, antes da chegada dos profissionais. Ainda de acordo com o Ministério houve aumento, neste mesmo período, de 14,4% na assistência a pessoas com diabetes, de 13,2% no número de pacientes em acompanhamento e de 10,3% no agendamento de consultas. Nas cidades que contavam com médicos do programa foram realizadas 2,28 milhões de consultas em novembro, 7% mais que o total registrado em junho. O levantamento foi feito em 688 municípios onde atuavam 1.592 médicos.<sup>99</sup>

Em Mato Grosso do Sul a chegada dos novos médicos também já resultava em significativas mudanças na realidade de atendimento da Atenção Básica em Saúde. Sobre esta realidade, a então secretária municipal de saúde de Corumbá Dinaci Vieira Marques Ranzi em entrevista para o Brasil Debate, apresentou um balanço de um ano do Programa Mais Médicos. Segundo ela, houve uma redução de 66% nas internações motivadas por diabetes, por outro lado, houve um aumento de 46% no número de consultas a crianças com menos de um ano e de 65% de atendimentos de pré-natal.

O primeiro balanço do Mais Médicos realizado pela Secretaria de Saúde de Corumbá revela que a administração de medicamentos em atenção básica (por paciente) subiu mais de 400%. Já as internações motivadas por diabetes registraram

<sup>99</sup> “Iniciativa passa a beneficiar 45,6 milhões de pessoas, principalmente nas regiões mais vulneráveis. Esta semana, serão realizadas oficinas em todos os estados para receber os médicos” Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/478-sgtes-p?start=1120>> Acesso em: 12 jun. 2018.

uma queda de 66%, enquanto as que tiveram como causa pressão arterial diminuíram em mais de 21%.<sup>100</sup>

Aliada à apresentação dos primeiros resultados, Dinaci Ranzi também comentou sobre as dificuldades vivenciadas por conta do que ela intitulou de preconceito corporativo. Em suas palavras:

Eu avalio a reação corporativista como um tremendo equívoco, e tenho debatido sobre isso com os colegas médicos. Tenho 30 anos de trabalho na saúde e isso é lamentável. Digo que é por preconceito, falta de informação, prefiro pensar assim para não confrontar.

Em Corumbá, não foi diferente, mais buscamos dialogar e mostrar o por quê da necessidade do programa, e ainda sentamos com os profissionais e pactuamos a revisão do Plano de Cargos – o piso do médico que era de R\$ 3.600,00 passou para R\$ 5.000,00.

A secretária de saúde de Corumbá fazia referência à série de ataques lançados ao Governo da Presidenta Dilma Rousseff e também aos médicos contratados pelo Programa Mais Médicos, em especial aos médicos intercambistas e os cooperados.

*“Trouxeram médicos de fora, de Cuba, que não conseguem passar no Revalida, não têm capacidade. Para as pessoas pobres, vamos dar médicos de segunda categoria”*<sup>101</sup> esta foi uma fala do então presidente do CRM/MS (Conselho Regional de Medicina), Alberto Cubel Brull Junior, durante entrevista concedida ao *site* Campo Grande News por ocasião da emissão do registro único para que duas profissionais selecionadas pelo Programa Mais Médicos e com formação no exterior atuassem em Mato Grosso do Sul.

É importante ressaltar que as médicas Silvana Canazilles Alve e Silvia Carolina Ruiz Mendizabal, ambas cubanas, foram selecionadas no primeiro ciclo do Programa para atuarem respectivamente nos municípios de Campo Grande e Corumbá, os únicos do estado, contemplados na ocasião.

Na tentativa de inviabilizar a atuação dos médicos contratados pelo Programa em Mato Grosso do Sul, o Conselho Regional de Medicina do estado ajuizou uma ação para que não fosse obrigado a efetuar o registro provisório dos médicos intercambistas que aderiram ao Mais Médicos, sem que antes fosse comprovada a revalidação do diploma estrangeiro, bem

<sup>100</sup> “Crítica ao Mais Médicos é preconceito corporativo”, diz secretária de Saúde de Corumbá” Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/criticasaomaismedicossaopreconceitocorporativodizsecretariadesaudedecorumba/>> Acesso em: 19 maio 2016.

<sup>101</sup> “À revelia do CRM, ministério dá registro para médicas atuarem em MS” Disponível em: <<https://www.campograndenews.com.br/cidades/a-revelia-do-crm-ministerio-da-registro-para-medic-as-atuarem-em-ms>> Acesso em: 11 jun. 2018.

como apresentado certificado de proficiência em Língua Portuguesa, indo contra as regras estabelecidas pela Medida Provisória nº 621.<sup>102</sup>

A ação impetrada pelo CRM/MS foi julgada improcedente após a Justiça acatar a tese dos advogados da União no sentido de ser desnecessária a exigência de documentos que não estavam previstos na legislação e rejeitou o pedido de liminar da entidade. Segue um dos trechos do despacho:

Concordando com os argumentos dos advogados da União, a 2ª Vara Federal de Campo Grande indeferiu o pedido de liminar do CRM/MS, reconhecendo a obrigação da entidade de emitir os registros provisórios aos médicos estrangeiros. *"Não se pode esquecer que os benefícios inicialmente trazidos por tal política pública vêm ao encontro da demanda por mais médicos de 3.511 municípios que aderiram ao programa. Isso indica que o pedido de liminar poderia causar sérios prejuízos à saúde pública"*, destacou um trecho da decisão.<sup>103</sup>

Ainda sobre este fato, verifica-se que no dia 20 de setembro de 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM), após entender que, em resposta à Justiça do Rio Grande do Sul, a Advocacia-Geral da União (AGU)<sup>104</sup> reconheceu a necessidade de fornecer os dados dos profissionais e dos tutores para que os conselhos possam exercer a fiscalização, emitiu uma nota<sup>105</sup> na qual orientava os conselhos regionais a conceder os registros provisórios aos estrangeiros do Programa Mais Médicos.

Durante a realização desta pesquisa, contatou-se que os Conselhos Regionais de Medicina, com exceção aos dos estados de Roraima e Maranhão, haviam ajuizado ações na Justiça pelo direito de não conceder o registro. O tema foi tão intensamente debatido a ponto da AGU se manifestar oficialmente em duas ocasiões, afirmando que a defesa do Mais Médicos havia sido uma das principais demandas do órgão no ano de 2013.

Ao citar inúmeras ações ajuizadas na Justiça com o objetivo de suspender o Programa o então Procurador-Geral da União, Paulo Henrique Kuhn, afirmou que a Procuradoria Geral da União (PGU) atuou em todo o Brasil de forma articulada para assegurar a manutenção da política pública do Ministério da Saúde e explicou que essa

<sup>102</sup> Vale ratificar que esta medida seguia uma diretriz comum aos CRMs de outras 23 Unidades da Federação que ingressaram com ações semelhantes.

<sup>103</sup> "AGU assegura a emissão de registros provisórios pelo CRM/MS a intercambistas" Disponível em: <[http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/256703](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/256703)> Acesso em: 12 jun. 2018.

<sup>104</sup> "CFM segue parecer da AGU e orienta conselhos regionais a emitir registros provisórios aos médicos estrangeiros" Seguindo as determinações do Parecer nº 051/2013 da Advocacia-Geral da União (AGU), o Conselho Federal de Medicina (CFM) orientou os conselhos regionais a autorizarem os registros provisórios dos médicos estrangeiros do programa "Mais Médicos para o Brasil". Disponível em: <[http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/254020](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/254020)> Acesso em: 12 jun. 2018.

<sup>105</sup> "MAIS MÉDICOS: CRMs farão registros provisórios após entendimento da AGU na Justiça" Disponível em: <[http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24168:programa-mais-medicos-conselhos-de-medicina-farao-registros-provisorios-de-intercambistas-apos-compromisso-da-agu-na-justica&catid=3](http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24168:programa-mais-medicos-conselhos-de-medicina-farao-registros-provisorios-de-intercambistas-apos-compromisso-da-agu-na-justica&catid=3)> Acesso em: 12 jun. 2018.

atuação foi determinante para conseguir decisões favoráveis garantindo a legalidade do projeto. Em suas palavras:

O trabalho dos advogados da Procuradoria-Geral da União (PGU) em 2013 foi marcado pela na defesa {sic} do Programa Mais Médicos para o Brasil.

[...]

Nós monitoramos o ajuizamento de ações em todos estados. Na maioria dos casos, conseguimos despachar com o juiz da causa antes de qualquer decisão ou de sermos intimados sobre o assunto.<sup>106</sup>

Num balanço apresentado em janeiro de 2014, Paulo Henrique Kuhn voltou a afirmar que uma das principais atuação da AGU no ano de 2013 teve como foco o Programa Mais Médicos e citou o número de ações impetradas contra a continuidade do Programa.

Um dos principais temas de atuação em 2013 foi a defesa do "Mais Médicos para o Brasil" no qual a PGU garantiu a implementação do programa no Brasil e o atendimento básico de saúde a milhares de brasileiros. 76 ações judiciais foram ajuizadas para discutir a validade da política pública. Dessas, duas são de autoria da Advocacia-Geral para impedir sindicâncias de Conselhos Regionais contra membros do programa. Foi comprovada a legalidade do registro provisório em pelo menos 21 estados.<sup>107</sup>

A AGU já havia se manifestado favorável à implementação do Mais Médicos em outras ocasiões. Vale citar a fala do Advogado-Geral da União, ministro Luís Inácio Adams durante audiência pública sobre o Programa Mais Médicos para o Brasil realizada nos dias 25 e 26 de novembro de 2013 no Supremo Tribunal Federal (STF) e teve como objetivo subsidiar o julgamento das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) 5035 e 5037 que questionavam a Medida Provisória (MP) 621/2013, que instituiu o programa.

O Ministro ressaltou que a sociedade era a principal beneficiada com as mudanças no atendimento básico à saúde em todo o país. "*Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe avanços na área e representa uma conquista, mas ainda é preciso garantir o pleno acesso, atendendo as necessidades de emergência médica às comunidades carentes*"<sup>108</sup>.

Ao criticar a limitação do debate em questões políticas, o então ministro destacou que as discussões sobre o Programa Mais Médicos deveriam ser ampliadas ponderando os

---

<sup>106</sup> "Assegurar a manutenção do programa Mais Médicos e ampliar a cultura da conciliação foram prioridades da PGU em 2013" Disponível em: <[http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/267126](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/267126)> Acesso em: 12 jun. 2018.

<sup>107</sup> "Defesa do Programa Mais Médicos e economia de R\$ 7,5 bilhões aos cofres públicos marcam atuação da PGU" Disponível em: <[http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/266218](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/266218)> Acesso em: 12 jun. 2018.

<sup>108</sup> "Adams destaca em audiência pública aumento de profissionais no atendimento básico às regiões carentes do país" Disponível em: <[http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/263859](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/263859)> Acesso em: 12 jun. 2018.

benefícios garantidos às populações desprovidas de atendimento médico a partir do aumento no número de médicos no país.

Sobre a questão da presença do discurso político nas disputas em prol de inviabilizar a continuidade do Programa, a Advocacia-Geral da União (AGU) solicitou no dia 25 de setembro de 2013 que a Procuradoria-Geral da República (PGR) apurasse as ocorrências de condutas ilícitas praticadas pelos Conselhos Regionais de Medicina e por seus dirigentes que se recusavam cumprir a Medida Provisória nº 621/2013.

No documento apresentado à PGR, a AGU alertava para a "reação política e corporativista" dos Conselhos contra o Programa Mais Médicos e, ainda, que a conduta das entidades provocava atraso na implementação da política pública.

Sobre a solicitação a Procuradoria-Geral da União (PGU), órgão da AGU que elaborou o pedido, afirmou que:

[...] a conduta dos Conselhos ao se recusarem a cumprir as normas que regulamentam o programa é um "flagrante desrespeito ao princípio da legalidade e também da impessoalidade". O principal motivo para a alegação da Advocacia-Geral é que as dificuldades têm sido impostas apenas aos médicos estrangeiros que estão em regime de intercâmbio no Brasil.

Além disso, a Advocacia-Geral aponta que a conduta dos CRMs demonstra "uso excessivo do poder decorrente do uso do exercício da função pública em detrimento direto do direito individual dos intercambistas, bem como por consequência dos direitos da coletividade em se beneficiar da importante política pública".<sup>109</sup>

De acordo com o Procurador-Geral da União, Paulo Henrique Kuhn, que protocolou o documento, a AGU:

No ofício ao Procurador-Geral da República, Rodrigo Janot, estamos narrando todos os fatos que aconteceram desde a instituição do Programa Mais Médicos, as dificuldades e as reações dos Conselhos. Com a narrativa dessas circunstâncias, esperamos que o MPF analise e verifique a existência de um ato ilegal ou não.

As entidades tentaram impedir o início do trabalho dos médicos e, conseqüentemente, a implantação do programa, por meio de diversas ações judiciais ajuizadas em todos os estados brasileiros, exceto no Maranhão e Roraima. No entanto, em todos os casos a Advocacia-Geral da União conseguiu liminares favoráveis demonstrando a legalidade do registro provisório para os profissionais que vão atuar no programa Mais Médicos. "*Diante do total insucesso no âmbito judicial, os CRM's iniciaram então uma ação orquestrada na seara administrativa, com fins nitidamente procrastinatórios ao início efetivo do programa*", destacou trecho do pedido.<sup>110</sup>

Em nota publicada no portal do CFM, o Sindicato dos Médicos de Pernambuco (Simepe) fez a seguinte declaração: "*Simepe alerta: o governo Dilma faz mal à saúde dos*

<sup>109</sup> "Advocacia-Geral pede à PGR que investigue conduta de CRMs que descumprem MP 621/2013" Disponível em: <[http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/254276](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/254276)> Acesso em: 12 jun. 2018.

<sup>110</sup> "Advocacia-Geral pede à PGR que investigue conduta de CRMs que descumprem MP 621/2013" Disponível em: <[http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/254276](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/254276)> Acesso em: 12 jun. 2018.

*brasileiros!*”<sup>111</sup> Notadamente, os conselhos e órgãos da classe médica lançavam ataques direcionados ao Governo se utilizando da polêmica que se materializava, à época, por conta da implantação do Programa.

No *site* do CFM, é possível encontrar diversos manifestos de repúdio à contratação de médicos estrangeiros por meio do Mais Médicos inclusive de outros conselhos da área da saúde, como, por exemplo o Conselho Federal de Biologia (CFBio) e o Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal (CRO-DF), que encaminharam ofícios ao CFM demonstrando solidariedade e apoio à decisão do Conselho aos que eles intitulavam de “importação” de médicos estrangeiros sem a revalidação de seus diplomas.

Para o presidente do CRO-DF, Samir Najjar, é louvável o alerta dado pelo CFM sobre os riscos para a população de se permitir a entrada de profissionais médicos que não tenham a capacidade técnica comprovada. “Não é questão de reserva de mercado para os profissionais brasileiros, mas de saúde pública, que necessita de mais investimentos por parte do Estado”, afirmou Samir Najjar.<sup>112</sup>

Um dos casos emblemáticos na luta travada pelos CRMs contra o Mais Médicos foi o do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers), que ajuizou cinco ações<sup>113</sup> com o intuito de inviabilizar a atuação dos médicos contratados pelo Programa para atuarem naquela Unidade da Federação.

No despacho final, o juiz citou que as condições para autorização do exercício da medicina no território nacional pelos intercambistas contratados pelo Mais Médicos, decorriam de normas próprias específicas presentes tanto na MP nº 621/2013 como na Lei nº 12.871/2013. O Juiz ainda acrescenta que tais normas foram estabelecidas em razão das excepcionais circunstâncias que justificavam a implementação do Programa.

A determinação de que os Conselhos Regionais de Medicina estavam proibidos de exigir qualquer documentação diferente das definidas pela Medida Provisória nº 621/2013 e pelo Decreto nº 8040/2013 para liberar o registro provisório aos profissionais foi reforçada pelo Parecer nº 051/2013<sup>114</sup> assinado pelo Advogado-Geral da União, ministro Luís Inácio

---

<sup>111</sup> “Nota de esclarecimento do Simepe sobre posicionamento do CFM” Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24241:nota-de-esclarecimento-do-simepe-sobre-posicionamento-do-cfm&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24241:nota-de-esclarecimento-do-simepe-sobre-posicionamento-do-cfm&catid=3)> Acesso em: 13 jun. 2018.

<sup>112</sup> “Conselhos da área de saúde prestam apoio ao CFM contra o Mais Médicos” Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24262:conselhos-da-area-de-saude-prestam-apoio-ao-cfm-contra-o-mais-medicos&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24262:conselhos-da-area-de-saude-prestam-apoio-ao-cfm-contra-o-mais-medicos&catid=3)> Acesso em: 13 jun. 2018.

<sup>113</sup> “Conselho do Rio Grande do Sul tem 72 horas para expedir todos os registros provisórios de médicos estrangeiros” Disponível em: <[http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/253891](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/253891)> Acesso em: 12 jun. 2018.

<sup>114</sup> Disponível em: <[www.agu.gov.br/page/download/index/id/1737067](http://www.agu.gov.br/page/download/index/id/1737067)> Acesso em: 12 jun. 2018.

Adams, e pela Presidenta da República, Dilma Rousseff. O documento foi publicado no Diário Oficial da União no dia 16 de setembro de 2013.

De acordo com o entendimento da Advocacia-Geral da União, os Conselhos não poderiam exigir, com base em qualquer outra norma infraconstitucional, a revalidação do diploma do médico intercambista. Isso porque, a MP nº 621/2013 era clara ao dispensar a revalidação do diploma do médico estrangeiro que integrasse o Projeto Mais Médicos para o Brasil, no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Outro ponto abordado pelo Parecer nº 051/2013 se refere ao “Alerta aos médicos gestores, supervisores e tutores do Programa Mais Médicos”<sup>115</sup> emitido pelo CFM e pelos CRMs. Na nota os Conselhos afirmavam que gestores públicos, médicos supervisores e médicos tutores do Programa, estariam sujeitos às regras previstas no Código de Ética Médica, conforme explícito no inciso I do seu Preâmbulo e em seus Princípios Fundamentais. Em outras palavras, ao assumir compromissos com o Mais Médicos, os médicos em cargos de gestão pública ou de supervisão e tutoria de ensino, assumiriam corresponsabilidade com o profissional estrangeiro em caso de qualquer ato que infringisse o referido código.

Notadamente, caso esta afirmação fosse fundada, poderia provocar a saída dos médicos gestores, tutores e supervisores do Programa, inviabilizando totalmente a continuidade das ações.

De acordo com o entendimento da Advocacia-Geral da União, a Medida Provisória tinha força de lei, sendo suficiente para determinar todos os procedimentos necessários em relação à atuação dos profissionais em território brasileiro e apontou que os médicos participantes do programa eram responsáveis pelos seus atos.

O parecer da AGU foi embasado no Código de Ética Médica que afirma que: "*O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência*".<sup>116</sup>

O argumento supracitado afasta, conforme entendimento a AGU, qualquer responsabilidade subsidiária dos tutores e orientadores do programa e também a possibilidade deles enfrentarem processos e penalizações de caráter ético-profissional, civil e criminal pelos atos praticados por participantes e intercambistas do Mais Médicos.

---

<sup>115</sup> Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24081:gestores-e-tutores-sao-corresponsaveis-em-denuncias-envolvendo-profissionais-do-mais-medicos&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24081:gestores-e-tutores-sao-corresponsaveis-em-denuncias-envolvendo-profissionais-do-mais-medicos&catid=3)> Acesso em: 12 jun. 2018.

<sup>116</sup> Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>> Acesso em: 12 jun. 2018.

No entanto, a análise reforça que o Código de Ética prevê que é vedado ao médico acobertar erro ou conduta antiética dos profissionais. Nestes casos, os orientadores que atuarem em desrespeito à norma responderão pela conduta.

Os Conselhos Regionais, de acordo com a norma, são os responsáveis por fiscalizar a conduta ética dos integrantes do projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme legislação aplicável aos médicos inscritos em definitivo no projeto. Além disso, os profissionais estarão sujeitos as sanções administrativas previstas na própria MP nº 621/2013. "Os Conselhos Regionais de Medicina poderão exercer as suas funções de aferir o desempenho ético-profissional dos médicos estrangeiros", concluiu o parecer.<sup>117</sup>

Em outra ação movida pelo Conselho Federal de Medicina, a alegação era de que o Termo de Cooperação Técnica firmado entre a União e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) feria a Constituição Federal. Governo estaria, segundo argumento do CFM, estimulando a contratação de pessoas para o exercício da medicina, sem a devida inscrição no Conselho de Fiscalização profissional, nos termos da Lei nº 3268/57, e admitindo a precarização das relações de trabalho.

A AGU, por meio da Procuradoria-Regional da União da 1ª Região (PRU1), explicou que os argumentos apresentados pelo Conselho não tinham objetivo de anular o termo, mas sim a própria Lei nº 12.871/2013 que instituiu o Programa. Segundo o órgão, a cooperação técnica não tem referência com as questões pontuadas pelo CFM na ação, que se restringe à natureza legal do Programa.

Os advogados da União destacaram que, ao contrário do que tentava comprovar o CFM, as atividades do Mais Médicos não criavam relação trabalhista ou vínculo empregatício de qualquer natureza com os seus integrantes. Isso porque, trata-se de uma política afirmativa baseada no modelo ensino-serviço por meio do qual "o aperfeiçoamento dos médicos participantes envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão".

A 2ª Vara da Seção Judiciária do Distrito Federal acolheu os argumentos dos advogados da União e negou o pedido do CFM. A decisão entendeu que seria impróprio suspender liminarmente acordo celebrado entre o Brasil e organismo internacional, o que comprometeria até mesmo a credibilidade do Brasil no cenário estrangeiro.<sup>118</sup>

---

<sup>117</sup> "Parecer da AGU afasta exigência de documentação extra para CRMs emitirem registro provisório a estrangeiros" Disponível em: <[http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/253027](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/253027)> Acesso em: 12 jun. 2018.

<sup>118</sup> "Advocacia-Geral confirma validade de acordo com a Organização Pan-americana de Saúde para participação de profissionais cubanos no programa" Disponível em: <[http://www.agu.gov.br/page/content/imprimir/id\\_conteudo/265567](http://www.agu.gov.br/page/content/imprimir/id_conteudo/265567)> Acesso em: 13 jun. 2018.

Mas o imbróglio não envolvia somente o CFM e os CRMs. Durante a pesquisa verificou-se que o Ministério Público do Trabalho (MPT) havia ajuizado uma ação solicitando a declaração de existência de relação de trabalho entre os médicos e a União. O MPT tentou, ainda, suspender o repasse de verbas tanto a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) quanto ao governo cubano, bem como buscou obter o reconhecimento da inconstitucionalidade da Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa.

Na defesa do Programa, a Procuradoria-Geral da União (PGU) e a Procuradoria Regional da União da 1ª Região explicaram que, segundo a Lei nº 12.871/2013, o Mais Médicos tinha como característica a integração ensino/serviço, mediante a oferta de curso de especialização ministrado por instituição pública de educação superior, envolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão, não se constituindo como relação de trabalho.

AGU ainda apontou que o Tribunal Superior do Trabalho, em caso semelhante, reconheceu a situação análoga à residência médica e entendeu pela incompetência da Justiça do Trabalho para analisar questões envolvendo projetos com características educacionais.

Os advogados também argumentaram que não competiria à Justiça do Trabalho determinar a suspensão dos repasses feitos à OPAS ou de suposta invalidade do acordo de cooperação firmado entre a União e o organismo internacional uma vez que a Constituição Federal determina essa competência aos juízes federais no artigo 109, III.<sup>119</sup>

Apesar de a citada discussão, acerca da inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos, datar do ano de 2013, a decisão sobre a mesma foi julgada em definitivo apenas em 2017.

A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 5035) foi ajuizada pela Associação Médica Brasileira (AMB) em 23 de agosto de 2013 e tinha como foco dispositivos da Medida Provisória nº 621/2013, que criou o Programa Mais Médicos.

A AMB acusava o Governo Federal de ter elaborado as normativas do Mais Médicos sob uma base jurídica contrária aos ditames constitucionais e pedia, por meio da ação, a concessão de liminar, com efeito retroativo, para suspender os dispositivos impugnados e, no mérito, a sua declaração de inconstitucionalidade.

Além desta, também foi ajuizada a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 5037), de autoria da Confederação Nacional dos Trabalhadores Universitários Regulamentados

---

<sup>119</sup> “AGU demonstra que ações contra o Programa devem ser analisadas pela Justiça Federal” Disponível em: <[http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id\\_conteudo/271002](http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/271002)> Acesso em: 12 jun. 2018.

(CNTU). Somado aos fundamentos apontados pela AMB, a CNTU lançou um ataque ao ponto da MP nº 621/2013 que introduziu alterações na formação<sup>120</sup> dos médicos brasileiros.

Art. 4º Para os ingressantes nos cursos de medicina a partir de 1º de janeiro de 2015, a formação do médico abrangerá dois ciclos distintos e complementares entre si, correspondendo:

I - o primeiro ciclo, à observância das diretrizes curriculares nacionais, com o cumprimento da carga horária não inferior a sete mil e duzentas horas; e

II - o segundo ciclo, a treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos, conforme regulamentação do Conselho Nacional de Educação - CNE, homologada pelo Ministro de Estado da Educação. (BRASIL, Medida Provisória nº 621/2013)

Segundo a CNTU, a medida feria a autonomia universitária, garantida no artigo 207 da Constituição. No entender da defesa, *“Foram instauradas diversas alterações nos planos educacionais nacionais referentes aos cursos de medicina, que envolvem diretamente o funcionamento das universidades, e se desdobram inclusive em novos custos a serem implantados”*, alega.<sup>121</sup>

Ambas as Ações foram julgadas improcedentes pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em sessão realizada no dia 30 de novembro de 2017 que decidiu pela constitucionalidade da Lei nº 12.871/2013 que instituiu o Programa Mais Médicos. A decisão seguiu entendimento da Procuradoria-Geral da República (PGR).<sup>122</sup>

Além da disputa judicial, os conselhos tentaram desqualificar o Governo, o Programa e, principalmente os médicos contratados, por meio de ataques massivos na mídia.

Uma das tentativas frustradas de barrar o Mais Médicos foi noticiada pelo CFM ao afirmar que recorreria à Organização Mundial de Saúde (OMS) denunciando o contrato firmado pelo governo brasileiro com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). De acordo com o então presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto Luiz D’Avila, o Código Global de Conduta da OMS, que trata da contratação de pessoal da área da saúde, estaria sendo desrespeitado, pela falta de transparência no caso dos médicos cubanos.

"Vários artigos da OMS impediriam a OPAS de fazer essa intermediação. Tanto que nós vamos representar, na OMS, contra esse contrato de intermediação que a OPAS

<sup>120</sup> No Subcapítulo 3.3 serão abordadas as iniciativas engendradas com o objetivo de promover as mudanças m educação em medicina.

<sup>121</sup> “Programa Mais Médicos é questionado no Supremo” Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=246567&caixaBusca=N>> Acesso em: 13 jun. 2018.

<sup>122</sup> “Programa Mais Médicos é questionado no Supremo” Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=246567&caixaBusca=N>> Acesso em: 13 jun. 2018.

fez. Vamos alegar que a OPAS descumpre o Código de Conduta da própria OMS. Para nós, isso é o suficiente para uma denúncia."<sup>123</sup>

É importante mencionar que a (OPAS)<sup>124</sup> é um organismo internacional de saúde pública com trajetória centenária que, em parceria contínua com a Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolve ações em prol da melhoria das condições de saúde nas Américas considerando a situação sanitária e as prioridades em saúde por meio da execução de projetos de cooperação técnica com seus Estados-Membros.

Sobre a atuação da OPAS, a Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou uma nota em seu *site* afirmando que: “Seus projetos de cooperação com os países são implementados observando o cumprimento dos marcos legais e as normas internacionais, de forma transparente e com processos administrativos e financeiros rigorosos em todos os casos.” Vale citar que a ONU divulgou a referida nota ao afirmar que, o Programa Mais Médicos, seria potencialmente benéfico em qualquer país que decidisse adotá-lo.<sup>125</sup>

Tendo o exposto, ou seja, considerando a parceria contínua entre a OPAS e a OMS, e o posicionamento público da ONU, pode-se depreender que ambas sinalizaram positivamente acerca da implementação, manutenção e expansão do Programa não só no Brasil, mas também nos demais países que necessitavam da ampliação da oferta da mão de obra médica em seus territórios.

### 2.3 – O papel da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

Conforme constatado ao longo do trabalho, a maior parcela dos médicos que ingressaram no Programa Mais Médicos, o fizeram a partir da cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS por meio do TC<sup>126</sup> n° 80.

---

<sup>123</sup> “CFM recorrerá à OMS contra contratação de médicos cubanos” Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24208:cfm-recorrera-a-oms-contratacao-de-medicos-cubanos&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24208:cfm-recorrera-a-oms-contratacao-de-medicos-cubanos&catid=3)> Acesso em: 13 jun. 2018.

<sup>124</sup> Em tópico específico iremos abordar a atuação da OPAS, e sua fundamental contribuição para a viabilização do Programa Mais Médicos.

<sup>125</sup> “Mais Médicos é destaque em publicação das Nações Unidas” Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/mais-medicos-e-destaque-em-publicacao-das-nacoes-unidas/>> Acesso em: 29 jun. 2016.

<sup>126</sup> Os Termos de Cooperação (TC) são projetos que definem resultados, indicadores e ações a serem executadas de forma alinhada às prioridades da Organização e aos objetivos estratégicos do país. Essas ações visam contribuir para a superação dos desafios e para o fortalecimento e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, além de consolidar iniciativas governamentais na esfera da cooperação Sul-Sul. “Termos de cooperação técnica” Disponível em:

De acordo com o Relatório Técnico 2016:

A cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS por meio do TC 80 está norteada pelos princípios da relação internacional, nos princípios dos direitos humanos e pelo comprometimento do País com ações de promoção e prevenção da saúde, no âmbito da atenção básica e da redução da pobreza. A OPAS/OMS, por sua vez, visa impulsionar as ações de saúde conforme orientado nos instrumentos e resoluções internacionais.<sup>127</sup>

Data de 1902 a criação da Organização Pan-Americana da Saúde, organismo internacional de saúde pública integrado com Organização das Nações Unidas (ONU) e Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS). A OPAS/OMS também faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA).

A Organização exerce um papel de destaque na melhoria de políticas e serviços públicos de saúde, por meio da transferência de tecnologia e da difusão do conhecimento acumulado por meio de experiências produzidas nos Países-Membros, um trabalho de cooperação internacional promovido por técnicos e cientistas vinculados à OPAS/OMS, especializados em epidemiologia, saúde e ambiente, recursos humanos, comunicação, serviços, controle de zoonoses, medicamentos e promoção da saúde.

Este esforço é direcionado para o alcance de metas comuns, tais como iniciativas sanitárias multilaterais, traçadas pelos governos que fazem parte da OPAS/OMS, sempre com uma atenção especial aos grupos mais vulneráveis: mães e crianças, trabalhadores, idosos, pobres, refugiados e desabrigados.

Até o ano de 2018, o Brasil tinha firmado 98 Termos de Cooperação com a OPAS/OMS numa trajetória de décadas de parcerias com o país tratando especialmente de temas como o desenvolvimento da Atenção Básica em Saúde e a qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde. Em 2018, conforme dados divulgados no Plano de Trabalho Bianual 2018-2019 (PTB 18-19)<sup>128</sup>, haviam 40 Termos de Cooperação vigentes em atividades envolvendo secretarias vinculadas ao Ministério da Saúde e também à secretarias de saúde de diversas Unidades da Federação.

Para a viabilização da contratação dos médicos cubanos, OPAS/OMS estabeleceu cooperação com o governo de Cuba, que disponibilizou médicos com experiência e formação

<[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=756&Itemid=610](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=756&Itemid=610)> Acesso em: 14 jun. 2018.

<sup>127</sup> Relatório Técnico 2016 – TC 80. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1673-rt-tc-80-d&category\\_slug=relatorio-tecnico-2016&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1673-rt-tc-80-d&category_slug=relatorio-tecnico-2016&Itemid=965)> Acesse em 14 jun. 2018.

<sup>128</sup> “Plano de Trabalho Bianual 2018-2019 (PTB 18-19)” Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1q2qfoguJ-xinGO4CGQtzVqWbXglfDaf/view>> Acesso em: 15 jun. 2018.

para atuação na Atenção Básica, funcionários de carreira do Ministério da Saúde Pública de Cuba e que já haviam atuado em missões internacionais. Os médicos que participaram do Programa Mais Médicos por meio da Cooperação Internacional são chamados de médicos cooperados justamente porque não entravam no programa individualmente, mas sim por meio da cooperação com a Organização.

Conforme informações contidas na Cartilha publicada pelo Ministério da Saúde sobre o Programa Mais Médicos:

A República de Cuba opera cooperações desta natureza em diversos países, por meio de empresa pública cubana, Comercializadora de Serviços Médicos Cubanos S.A. (CSMC), para a qual os médicos formados pelo sistema público de ensino de Cuba e segundo as normas deste país são contratados para cumprimento temporário de missões. (BRASIL, 2017, p. 20)

Ao pesquisar sobre a CSMC constata-se que é uma empresa estatal cubana que oferta diversos serviços na área da saúde. No seu *site* consta a missão da empresa bem como os principais serviços ofertados.

La Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos,S.A. constituye una oferta integral para la exportación de servicios asociados a la salud. La empresa lleva el concepto de “Servicios Médicos y de Salud” más allá del concepto de “Turismo de Salud”, ofreciendo siete modalidades de servicios:  
 Servicios Médicos Asistenciales en Cuba.  
 Servicios Académicos y Docentes dentro del perfil de Salud.  
 Servicios de salud, para el bienestar y la calidad de vida en Cuba.  
 Servicios médicos y de salud en frontera.  
 Servicios de salud asociados a productos ópticos, farmacéuticos y medicina natural y tradicional.  
 Servicios de eventos científicos.  
 Servicios Profesionales asociados a los servicios médicos y de salud, en el exterior.<sup>129</sup>

Ainda conforme informações no *site*, as equipes multidisciplinares são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos, engenheiros, tecnólogos, psicólogos, que se distinguem pelo tratamento humanizado de cada paciente e suas famílias, respeito e ética em sua prática diária.

Num primeiro momento do Programa Mais Médicos, mais precisamente nos primeiros cinco ciclos de chamamento, os médicos estrangeiros de mais de 40 países, incluindo os profissionais cubanos que participam da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ocuparam quase 85% das vagas demandas pelos municípios. No Quadro 11 apresentamos a distribuição dos médicos cooperados nos ciclos de chamamento.

---

<sup>129</sup> “QUIÉNES SOMOS” Disponível em: <<http://www.smcsalud.cu/smc/es/qsomos>> Acesso em: 17 jun. 2018.

**Quadro 11 – Ocupação das vagas dos cinco ciclos iniciais de chamamento do PMMB**

Ciclo	Período	Vagas ofertadas	Médicos CRM	Cooperados
1º	Setembro de 2013	14.462	448	718
2º	Novembro de 2013	5.296	163	4574
3º	Fevereiro de 2014	2.998	600	1885
4º	Abril de 2014	3.757	201	4085
5º	Junho de 2014	1.298	459	145

Fonte: Apresentação elaborada por Paulo Ricardo Silva - Coordenador Geral de Execução de Ações Pedagógicas CGEAP/SGTES exibida no CONARES Temático e Oficina: Educação Permanente em Saúde realizado no dia 20/02/2018. Adaptado pelo autor, 2018.

De acordo com dados da Coordenação Geral de Execução de Ações Pedagógicas CGEAP/SGTES<sup>130</sup>, os médicos cooperados exerceram suas funções em 3.243 municípios, número que corresponde a 80% dos municípios atendidos pelo Programa, sendo que, em 3.228 deles sua presença era exclusiva, ou seja, não havia médicos dos perfis CRM, intercambista individual ou PROVAB. A presença dos médicos cooperados também foi maciça na saúde indígena, onde ocuparam 97% das vagas ofertadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Segundo dados do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), em 2013 o contingente de médicos brasileiros e intercambistas era de 1.280 profissionais. Em maio de 2017, o contingente desse perfil era de 9.569 profissionais, sendo insuficientes para o total de 18.240 vagas do Programa. O contingente de médicos cooperados era de 5.400 profissionais em 2013, tendo alcançado o patamar máximo de 11.429 em 2015 e, em maio de 2017, esse número era de 8.671 profissionais. (BRASIL, 2017, p. 21)

O número de médicos CRM Brasil inscritos nos editais foi elevado, porém, com um baixo quantitativo de vagas ocupadas nos primeiros anos do Programa Mais Médicos (2013 e 2014). O interesse dos médicos CRM Brasil cresceu consideravelmente a partir de 2015, sendo que no último Edital de 2016 houve ocupação de 89% das vagas.

No Quadro 12 é apresentado um balanço do ingresso e da saída dos médicos cooperados entre os meses de agosto de 2013 e junho de 2018. Os dados foram obtidos junto ao aplicativo gratuito “Sistema Integrado de Informação Mais Médicos (SIMM)”. Trata-se de uma ferramenta criada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para juntar os

130

Disponível em: <[http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/02/Mais-M%C3%A9dicos\\_2018\\_Paulo\\_Ricardo.pptx](http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/02/Mais-M%C3%A9dicos_2018_Paulo_Ricardo.pptx)> Acesso em: 15 jun. 2018.

principais bancos de dados do Projeto Mais Médicos para o Brasil e pode ser usada por qualquer cidadão<sup>131</sup>.

**Quadro 12 – Quantidade de médicos cooperados no Programa Mais Médicos 2013-2018**

Ano	Mês	Entrada	Saída	Saldo		Ano	Mês	Entrada	Saída	Saldo	
2013	ago	390	0	390		2016	jan	103	84	11134	↑
	set	329	1	718	↑		fev	168	87	11215	↑
	out	1637	0	2355	↑		mar	1	141	11075	↓
	nov	2937	8	5284	↑		abr	50	128	10997	↓
	dez	0	2	5282	↓		mai	0	597	10400	↓
2014	jan	674	19	5937	↑		jun	0	278	10122	↓
	fev	1211	13	7135	↑		jul	546	219	10449	↑
	mar	4073	19	11189	↑		ago	663	270	10842	↑
	abr	12	19	11182	↓		set	0	89	10753	↓
	mai	3	18	11167	↓		out	198	159	10792	↑
	jun	0	20	11147	↓		nov	459	2142	9109	↓
	jul	0	13	11134	↓		dez	917	1471	8555	↓
	ago	0	29	11105	↓	2017	jan	897	165	9287	↑
	set	142	21	11226	↑		fev	3	156	9134	↓
	out	0	9	11217	↓		mar	760	474	9420	↑
	nov	0	15	11202	↓		abr	118	839	8699	↓
	dez	1	26	11177	↓		mai	177	106	8770	↑
2105	jan	0	27	11150	↓		jun	786	671	8885	↓
	fev	3	32	11121	↓		jul	503	712	8676	↓
	mar	1	38	11084	↓		ago	706	652	8730	↓
	abr	8	35	11057	↓		set	1	117	8614	↓
	mai	96	44	11109	↑		out	0	21	8593	↓
	jun	1	27	11083	↓		nov	1	30	8564	↓
	jul	130	26	11187	↑		dez	12	29	8547	↓
	ago	0	46	11141	↓	2018	jan	5	35	8517	↓
	set	0	71	11070	↓		fev	78	38	8557	↑
	out	2	70	11002	↓		mar	23	22	8558	↑
nov	177	66	11113	↑	abr		1	117	8442	↓	
dez	144	142	11115		mai		185	31	8596	↑	
					jun		0	4	8592	↓	
Totais								19332	10740	8592	

Fonte: OPAS/OMS Brasil/Painel de Monitoramento/Linha do Tempo. Elaborado pelo autor, 2018.

<sup>131</sup> O SIMM traz também informações sobre os ciclos formativos (para aperfeiçoamento dos profissionais do Mais Médicos, em uma perspectiva de educação permanente), fotos, vídeos, notícias, links de interesse e informações gerais sobre o programa. Há ainda uma área com estudos, pesquisas de opinião, resultados e outras evidências científicas sobre o Mais Médicos, que demonstram, entre outras coisas, como o programa tem ajudado a aumentar o número de consultas e a reduzir os índices de mortalidade materna e infantil. Para conhecer a ferramenta acesse: <<https://simm.campusvirtualsp.org/pt-br>>.

O Quadro 12 aponta para algumas questões que merecem destaque. Em primeiro lugar nos cinco anos de Mais Médicos, 19.332 profissionais foram contratados. Destes, 10.740 deixaram o Programa. Em setembro de 2014 registra-se o ápice de médicos cooperados em atuação, 11.226 profissionais. Vale registrar que neste mesmo período o Programa contava com 14.462 médicos em atividade.<sup>132</sup> Destaque também aos meses de março de 2014 e novembro de 2013 que, respectivamente, concentraram a maior quantidade de novos médicos no Programa. Em relação à saída de médicos nota-se que, a partir de novembro de 2013, todos os meses que se seguiram registraram desligamentos sendo que as maiores incidências ocorreram nos meses de novembro e dezembro de 2016 tendo em vista que naquele período encerrava-se o primeiro ciclo de chamamento iniciado em 2013.

Essa condição começou a mudar a partir do sexto ciclo implementado em junho de 2015 e teria relação com duas situações distintas. A primeira delas é que devido à grande inserção dos médicos cooperados no programa, as vagas localizadas nas regiões mais críticas já teriam sido preenchidas. A segunda estaria relacionada ao fato de que 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 é única, mas o médico com registro profissional no Brasil poderia optar se queria ou não obter a pontuação adicional de 10% da prova de residência médica, caso permanecesse por um período de um ano atuando na ESF nas regiões prioritárias definidas pelo PMM.

Com isso, verificou-se um aumento considerável da adesão de médicos CRM Brasil, no entanto, a ocupação de vagas em municípios de maior vulnerabilidade e difícil acesso se manteve baixa com tempo de permanência dos médicos CRM Brasil nestes municípios inferior a 90 dias.

É importante citar que a boa aceitação social em relação à medicina preventiva, muito bem aplicada pelos médicos cubanos, acabou refletindo nas práticas dos profissionais que, mesmo tendo se formado em cursos anteriores às mudanças implementadas por meio da Lei. nº 12.871/2013, puderam perceber os benefícios oriundos de uma atenção focada no paciente, e não na doença.

Essa mudança de perspectiva ou de lógica pode ter sido um dos estopins para os atos de resistência contra o Programa Mais Médicos. De acordo com o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Ronald Ferreira dos Santos, o fato de o programa escancarar a lógica de saúde do país foi o principal motivo para o surgimento de tantas polêmicas. “A *saúde hoje é*

---

<sup>132</sup> Fonte: Ministério da Saúde e OPAS/OMS (Dez. 2017) Vide Gráfico 11.

*sustentada na doença, na prática de tratamentos e de atendimentos hospitalares, e não na prevenção. O programa modifica essa lógica, e por isso levantou tantas críticas*”.<sup>133</sup>

O tema resistência pode, inclusive, ser explorado em diversas perspectivas, sendo que uma delas chama especial atenção da pesquisadora Patricia Villen, que se dedicou à analisar os preconceitos vivenciados pelos profissionais cubanos, mais especificamente, as médicas cubanas.

As médicas cubanas - muitas delas mães, tendo que suportar a distância de seus filhos e da família - representam mais um caso que desmente essa visão sobre as migrações desatenta em relação ao sexo. Ao chegarem no Brasil, algumas dessas mulheres já estavam fazendo uma segunda experiência de imigração e de trabalho fora de Cuba.

Aqui, sua atuação profissional ocorreu em mais de dois mil municípios, sobretudo nas periferias - mesmo naquelas marcadas pela violência. Essas médicas também penetraram, por meio de sua profissão de prevenção e cura, o profundo do Brasil, na região árida do Nordeste e em zonas rurais e de floresta, onde estão as populações indígenas e quilombolas, dentre outros grupos sociais.<sup>134</sup>

A autora enfatiza os muitos obstáculos - sobretudo o racismo e a xenofobia - colocados à presença e à atuação profissional das médicas cubanas que, segundo ela, se somam às dificuldades de um machismo historicamente imperante na sociedade brasileira e por conseguinte no mercado de trabalho, colocando uma carga de peso adicional para essas médicas. (VILLEN, 2018).

É fato, porém, que em alguns casos os médicos estrangeiros foram recebidos de forma calorosa por gestores e pela própria sociedade. A então assessora técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Bernardo do Campo (SP), Débora Cristina Bertussi, elogiou a atuação dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos na sua região. Em suas palavras: *“O médico cubano olha mesmo para a pessoa; ele cuida, conversa, toca, faz anamnese. O cubano gosta de gente em essência*”.<sup>135</sup>

No entanto, houve também o desprezo e desconfiança da mídia corporativa, por parte da categoria médica brasileira, e parte da sociedade com interesses materiais e ideológicos e

---

<sup>133</sup> “Mais Médicos: é importante continuar com o programa?” Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/mais-medicos-e-importante-continuar-com-o-programa/>> Acesso em: 28 maio 2018.

<sup>134</sup> “As médicas-imigrantes cubanas e os preconceitos encadeados”. Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/as-medicas-imigrantes-cubanas-e-os-preconceitos-encadeados/>> Acesso em: 25 jun. 2018.

<sup>135</sup> “Principais pontos debatidos no seminário sobre o Programa Mais Médicos durante o XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde”. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4641:principais-pontos-debatidos-no-seminario-sobre-o-programa-mais-medicos-durante-o-xxx-congresso-nacional-de-secretarias-municipais-de-saude&Itemid=834](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4641:principais-pontos-debatidos-no-seminario-sobre-o-programa-mais-medicos-durante-o-xxx-congresso-nacional-de-secretarias-municipais-de-saude&Itemid=834) Acesso em: 04/07/2018.

também de alguns gestores públicos municipais que ficaram responsáveis pelo alojamento dos médicos recrutados.

Villen (2018) lembra que muitas manifestações hostis a esses médicos ocorreram no Brasil.

Talvez a mais significativa delas seja a carta aberta à população, intitulada “A saúde pública e a vergonha nacional”, escrita em conjunto por entidades representantes dos médicos no Brasil. A carta diz que a importação de médicos “simboliza a vergonha nacional” pois expõe os brasileiros “à ação de pessoas cujos conhecimentos e competências não foram comprovados”.

A autora afirma igualmente que esse estranhamento está sendo respondido, de forma a desmentir as acusações, tanto por parte dos próprios médicos e médicas cubanos, quanto também da sociedade brasileira, incluindo parte da categoria dos médicos.

Depois de mais de quatro anos da chegada dos médicos cubanos no Brasil, o quadro quase se inverteu. Os brasileiros usuários do SUS procuram os cubanos para se tratarem! A aprovação do serviço desses médicos é muito alta e está sendo documentada por diversas pesquisas, comprovando a excelência, reconhecida nacional e internacionalmente, e a extrema competência e humanidade desses profissionais. (VILLEN, 2018)

Ainda de acordo com a EMI nº 00018/2016 MS MEC, os médicos com registro no exterior se apresentavam como mais ativos, assíduos e pontuais.

Para avaliar a permanência dos profissionais no Programa levamos em conta o percentual médio de permanência do médico, indicador que expressa a proporção de médicos que vêm cumprindo no Programa o tempo contratualizado que é de 3 anos, no caso dos médicos com registro no exterior, e pode ser de 1 ano ou de 3 anos no caso dos médicos com registro no Brasil. Os médicos com registro no Brasil atingem o percentual de permanência de 60%, ou seja, 40% deles não ficam até o fim do tempo programado e contratualizado. Já no caso dos médicos intercambistas individuais o índice de permanência é de 85% e o de médicos cooperados chega a 92%. (BRASIL, EMI nº 00018/2016 MS MEC).

Esta afirmação foi corroborada pelos participantes das oficinas regionais do Mais Médicos realizadas em Mato Grosso do Sul. Na ocasião, as equipes discutiam, dentre outros temas já apontados na pesquisa, os pontos positivos e negativos do Programa, e a proatividade, assiduidade, pontualidade e cumprimento da carga horária de trabalho eram pontos comuns elencados por profissionais de UBS`s que, em seu quadro, contavam com a presença dos médicos intercambistas.

Um levantamento realizado pela Coordenação Geral de Execução de Ações Pedagógicas CGEAP/SGTES do Ministério da Saúde, constatou que os médicos cooperados permaneceram mais tempo ao longo dos ciclos de chamamento quando comparados com os perfis CRM e Intercambista Individual conforme de detalhado no Quadro 13.

**Quadro 13 – Permanência dos perfis no Mais Médicos ao longo dos 14 primeiros ciclos**

CICLOS	PERFIS MÉDICOS		
	CRM	INTERCAMBISTA	COOPERADO
1º CICLO	350	261	22
2º CICLO	126	164	300
3º CICLO	181	405	1179
4º CICLO	601	165	2159
5º CICLO	12	20	COMPLETAM 3 ANOS
6º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º CICLO	PERÍODO < A 3 ANOS	PERÍODO < A 3 ANOS	PERÍODO < A 3 ANOS
<b>TOTAL:</b>	<b>1270</b>	<b>1015</b>	<b>3300</b>

Fonte: Apresentação elaborada por Paulo Ricardo Silva - Coordenador Geral de Execução de Ações Pedagógicas CGEAP/SGTES exibida no CONARES Temático e Oficina: Educação Permanente em Saúde realizado no dia 20/02/2018. Adaptado pelo autor, 2018.

Com base no exposto no Quadro 13 conclui-se que os médicos com registro, “CRM”, até o 4º ciclo evadiam de forma muito significativa. É mister explicar que os números apresentados no quadro, correspondem ao total de médicos que permaneceu os três anos previstos em legislação. Nota-se um índice de permanência bastante elevado no perfil “cooperado”.

Para reforçar essa análise, a Coordenação Geral de Execução de Ações Pedagógicas CGEAP/SGTES do Ministério da Saúde realizou um levantamento das desistências dos perfis no Projeto Mais Médicos para o Brasil, que segue reproduzido no Quadro 14.

De acordo com os dados do DEPREPS (Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde)/Ministério da Saúde, os médicos cooperados apresentaram índice de desistência total equivalente à 5,5% da verificada nos perfis CRM e Intercambista que, neste caso, foram analisados em conjunto. Esse percentual tende à diminuir quando considerado o fato dos médicos cooperados terem representado cerca de 80% do total de profissionais contratados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil.

O Quadro 14 apresenta a desistência em todos os ciclos de chamamento indicando o número de desligamentos com até um mês, três meses e seis meses de atuação no PMMB.

**Quadro 14 – Desistência dos perfis no Mais Médicos ao longo dos 14 primeiros ciclos**

Permanência	1 MÊS		3 MESES		6 MESES	
	CRM/ INTERC	COOPERA DO	CRM/ INTERC	COOPERA DO	CRM/ INTERC	COOPER ADO
1º CICLO	21	0	12	0	46	1
2º CICLO	0	5	4	0	8	8
3º CICLO	20	0	9	1	3	0
4º CICLO	28	0	36	8	13	1
5º CICLO	1	0	03	0	5	0
6º CICLO	4	0	17	0	31	0
7º CICLO	0	0	0	0	8	0
8º CICLO	1	0	13	0	1	0
9º CICLO	32	0	15	0	10	0
10º CICLO	6	0	6	0	4	0
11º CICLO	0	0	0	0	1	0
12º CICLO	3	0	0	0	19	0
13º CICLO	81	0	1	0	0	0
14º CICLO	15	0	21	0	14	0
RESERVA	5	0	8	0	0	0
<b>TOTAIS</b>	<b>217</b>	<b>5</b>	<b>145</b>	<b>9</b>	<b>163</b>	<b>10</b>

Fonte: Apresentação elaborada por Paulo Ricardo Silva - Coordenador Geral de Execução de Ações Pedagógica CGEAP/SGTES exibida no CONARES Temático e Oficina: Educação Permanente em Saúde realizado no dia 20/02/2018. Adaptado pelo autor, 2018.

Ribas (2016) traz dados relevantes sobre a importância da atuação dos cubanos:

A estratégia de contar com a Força de Trabalho de profissionais graduados fora do Brasil foi, portanto, imprescindível para que o Programa atingisse o atual número de profissionais inscritos. Porém, mais do que mencionar a importância da força de trabalho estrangeira, é preciso enfatizar a representatividade dos médicos cubanos na amostra geral. Se a vinda de médicos estrangeiros ocorresse sem a cooperação internacional firmada com governo cubano, o PMM teria apenas 750 médicos a mais de outras nacionalidades (4% do total), deixando de contar com 11.620 cubanos que estão atuando em 86% dos municípios inscritos no Programa. Outro dado que merece destaque com relação aos cubanos é que eles foram massivamente lotados nas localidades mais vulneráveis: ocuparam 88% das vagas disponibilizadas nos Distritos Sanitários Indígenas e 71% nos municípios de extrema pobreza. Estas áreas, [...], apresentam historicamente os maiores índices de escassez médica no país e, portanto, não fosse pelos médicos cubanos, os seus habitantes muito provavelmente seguiriam desprovidos de assistência médica na Atenção Básica. (RIBAS, 2016, p.82)

Acerca da operacionalização da cooperação vale mencionar que foram implementadas as atividades dos processos de movimentação dos médicos cooperados que

consistem basicamente na oferta do Módulo de Acolhimento, do Recurso, e também do Fim de Missão e por desempenho insatisfatório na formação, totalizando 7.300 movimentos.

O processo de movimentação implicou um planejamento conjunto e consensuado entre a OPAS/OMS, Ministério da Saúde do Brasil (MS), Ministério da Saúde Pública de Cuba (MINSAP) e gestores locais para garantir o contingente de profissionais atuando no Projeto conforme pactuações realizadas.

Quando se analisa a distribuição dos médicos por perfil, novamente os cooperados se destacam. No Quadro 15 são apresentados os resultados com referência ao mês de dezembro de 2017.

**Quadro 15 – Distribuição perfis médicos / municípios 2017**

<b>Perfil</b>	<b>Cooperado</b>	<b>CRM Brasil PMM</b>	<b>CRM Brasil PROVAB</b>	<b>Intercambista individual</b>	<b>Desocupadas</b>
1 - Grupos III e IV do PAB	760	399	2	256	98
2 - Grupo II do PAB	788	312	0	272	78
3 - Capitais e RM	1476	1752	6	1224	429
4 - Grupo I do PAB	870	351	0	417	100
5 - G100	558	763	0	286	149
6 - Áreas vulneráveis	835	433	0	225	74
7 - Extrema Pobreza	2968	1215	1	563	238
8 - Saúde Indígena	300	14	0	28	0
<b>Total:</b>	<b>8555</b>	<b>5239</b>	<b>9</b>	<b>3271</b>	<b>1166</b>

Fonte: OPAS/OMS Brasil/Painel de Monitoramento/Linha do Tempo. Elaborado pelo autor, 2018.

De acordo com os Relatórios Técnicos de Termos de Cooperação elaborado e disponibilizados anualmente pela OPAS/OMS, o Módulo de Acolhimento e Avaliação é dividido pela origem dos profissionais:

1.1 - Internacional: realizado com a participação das equipes do MS, Ministério da Educação do Brasil, MINSAP e OPAS/OMS, é executado na modalidade presencial assegurando a formação referente à legislação do sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS e Língua Portuguesa para Estrangeiros e posterior análise prévia da documentação necessária para ingresso no Programa.

1.2 - Nacional: realizado a partir do número de vagas disponíveis decorrentes de saídas por desempenho insatisfatório na formação, abandono por enfermidade ou por questões pessoais, óbito e indisciplina, apresentadas mensalmente pelo MS. O processo requer logística contemplando hospedagem, alimentação, *transfer*, equipe de apoio, deslocamento aéreo nacional e internacional e tempo de permanência nestes Polos, para adoção de medidas junto a órgãos nacionais (Banco do Brasil, Polícia Federal, Ministério das Relações Exteriores e MS) e análise final da documentação obrigatória. (OPAS/OMS 2016, p. 7/8)

Ainda de acordo com o Relatório Técnico TC 80/2016, os médicos cooperados têm direito a usufruir de um recesso de trinta dias a cada 11 meses de trabalho no Programa. O recesso que implica na necessidade de deslocamento de ida e retorno do profissional cooperado do seu município de lotação até Havana, Cuba. Esse processo requer uma articulação prévia entre o MS, MINSAP, os gestores municipais e a OPAS/OMS.

Por fim, a OPAS/OMS tem que realizar, juntamente com o Ministério da Saúde, os processos de Fim de Missão que ocorrem tanto quando do término do tempo de permanência do profissional, como também quando o profissional cooperado não atinge índices satisfatórios de avaliação junto ao Programa. Em ambos os casos o processo consiste na identificação dos profissionais que cumpriram o prazo do exercício das suas atividades de ensino-serviço, retornando a Cuba. Esse processo requer uma articulação prévia entre o MS, MINSAP, dos gestores municipais e a OPAS/OMS. A logística necessária contempla a definição de Polos para concentração e saída dos médicos. No caso de Mato Grosso do Sul, o Polo era a capital estadual Campo Grande, devido à oferta de voos com destino à Brasília.

#### **2.4 – Formação médica: novo currículo na graduação e residência médica**

Voltando a tratar sobre o teor da Lei 12.871/2013, verifica-se que a questão, referente às mudanças na formação médica por meio de alterações na estrutura curricular dos cursos de graduação e oferta cursos de residência médica na área da atenção básica em saúde, ganhou materialidade no Capítulo 3 que foi integralmente redigido com vistas a compreender essas alterações.

Já no primeiro parágrafo do artigo 4º, o legislador estabeleceu a meta de que ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico<sup>136</sup> na graduação devem ser desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS.

Cabe mencionar que o internato, como etapa final do curso de graduação em medicina, teve sua primeira regulamentação no Brasil por meio de uma resolução de 1969, do

---

<sup>136</sup> O internato se configura como um estágio obrigatório em serviços de saúde, realizado nos últimos dois anos de graduação. Essa etapa tem como objetivo aprimorar as habilidades médicas e conhecimentos adquiridos nos quatro primeiros anos da faculdade de medicina. Durante o internato médico, o estudante deve participar de equipes multiprofissionais de saúde e desenvolver atitudes éticas ligadas à profissão. Esse estágio começou a ser realizado durante a década de 1940, seguindo o modelo utilizado nos Estados Unidos. Somente 29 anos depois, ele passou a ser obrigatório, sendo oficializado pelo Conselho Federal de Educação (CFE) do Ministério da Educação e Cultura (MEC) em 1969, e regulamentado após duas décadas, em 1983, pelo próprio CFE. Fonte: “Entenda como o internato médico funciona” Disponível em: <<http://www.medcel.com.br/blog/entenda-como-o-internato-medico-funciona>> Acesso em: 20 jun. 2018.

Conselho Federal de Educação (CFE) do Ministério da Educação e Cultura (MEC), que o tornou obrigatório como período especial de aprendizagem. Até então, existia um internato espontâneo ou informal, e só no final dos anos 1950 as escolas médicas começavam a oferecer internato rotatório obrigatório.

O livro “10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina” traz um capítulo dedicado à analisar o sistema de internato médico no Brasil. De acordo com seus autores:

As primeiras diretrizes para o internato foram estabelecidas pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) em 1974 e pelo MEC em 1976. Um grande estudo sobre o internato foi realizado pela ABEM e MEC em 1982, com o objetivo de diagnosticar suas características nas 75 escolas médicas da época e foi determinante para a resolução do CFE de 1983. O internato teve tratamento superficial nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCN) de 2001, sendo definido como etapa integrante da graduação na forma de estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes, com carga horária mínima de 35% da carga total do curso, devendo, necessariamente, incluir aspectos essenciais nas cinco grandes áreas da Medicina (Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Saúde Coletiva e Ginecologia/Obstetrícia), com atividades eminentemente práticas. (ZANOLLI, M. B et al. 2014 p. 57)

A publicação da Lei 12.871/2013 deu origem a uma reedição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina que foi publicada por meio da Resolução CNE/CES 3/2014<sup>137</sup>, cujo artigo 24 trata especificamente sobre as novas regras para o internato em medicina. Textualmente:

Art. 24. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. (BRASIL, 2014. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. MEC/CNE/CES, p. 11)

Os parágrafos 2º e 3º do mesmo artigo tratam sobre a determinação de carga horária mínima do estágio curricular de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina e no mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina para o desenvolvimento de atividades na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.

---

<sup>137</sup> Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)> Acesso em: 30 mar. 2018.

Já os parágrafos 4º e 5º regulamentam a importância de atividades na Atenção Básica, Medicina Geral, da Família e da Comunidade. Textualmente:

§ 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.

§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade. (BRASIL, 2014. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. MEC/CNE/CES, p. 11)

Vale mencionar que anterior à publicação da Resolução CNE/CES 3/2014, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina eram regidas pela Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001, a qual não trazia regulamentação específica sobre a destinação de carga horária mínima para execução das atividades relacionadas à Atenção Básica.

Além de regulamentar as mudanças na formação médica em nível de graduação, a Lei 12.871/2013 ainda traz as diretrizes para oferta de cursos em programas de Residência Médica. De acordo com a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981:

Art. 1º - A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (BRASIL. LEI nº 6.932 de 7 de julho de 1981)

A supracitada lei ganhou três novos parágrafos em seu artigo 1º por meio da Lei 12.871/2013. Textualmente:

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil;

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS);

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública. (BRASIL. LEI nº 6.932 de 7 de julho de 1981)

Ainda no interior da Lei 12.871/2013, foi estabelecido por meio do artigo 5º que os Programas de Residência Médica, de acordo com o parágrafo único deste mesmo artigo.

O artigo 6º traz a modalidade de Programas de Residência Médica que serão contadas para fins do que rege o artigo 5º, que são:

- I Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e
- II Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:

- 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. (BRASIL. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013) Grifo nosso

A duração do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade é tema do 7º artigo da Lei 12.871/2013, que determina que este terá duração mínima de 2 (dois) anos. Este mesmo artigo traz a regulamentação definindo que o primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

- I - Medicina Interna (Clínica Médica);
- II - Pediatria;
- III - Ginecologia e Obstetrícia;
- IV - Cirurgia Geral;
- V - Psiquiatria;
- VI - Medicina Preventiva e Social. (BRASIL. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013)

De acordo com a legislação, será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.

O dispositivo legal menciona que essa exigência só passará a ser cobrada quando os Programas de Residência Médica conseguirem ofertar anualmente a quantidade de vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior conforme previsto no artigo 5º lembrando que o prazo para essa adequação se encerra no final de 2018.

Mais um parágrafo do Artigo 7º é dedicado a regulamentar os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade conforme segue:

- § 6º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida. (BRASIL. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013)

Um dispositivo interessante da Lei, registrado no artigo 8º, cita a possibilidade de complementação financeira das bolsas recebidas pelos médicos que optarem pela participação nos programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade. “Art. 8º As

bolsas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade poderão receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.” ( Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013).

Nesse sentido, é oportuno trazer à tona que as iniciativas institucionais tomadas no âmbito do Governo Federal por meio dos Ministérios da Saúde e Educação, no que tange à necessidade de se reavaliar a formação médica no Brasil, não encontram em um passado recente nenhum tipo de tentativa similar.

Durante a realização deste trabalho, pesquisou-se em fontes da década de 1990, dentre elas o livro intitulado “Os médicos no Brasil: um retrato da realidade” que foi publicado pela editora Fiocruz em 1997. O livro, nas palavras de sua coordenadora:

[...] apresenta uma abordagem sociológica da profissão médica a partir do material empírico da pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Optou-se por uma análise no campo da sociologia das profissões, que permite tratar a medicina como uma singular atividade humana profissionalizada. (MACHADO (org.), 1997, p. 17)

Em seu primeiro capítulo, a autora analisa as características sociológicas da profissão médica. Em suas palavras:

De forma sucinta, podemos dizer que a medicina possui algumas prerrogativas monopolistas que a diferenciam da maioria das profissões que disputam o mercado de serviços especializados. Ela tem, por exemplo, um projeto profissional bem sucedido, no qual, ao longo de sua história, fez uma notável aliança com o Estado (concedendo-lhe prerrogativas legais para seu exercício exclusivo) e com a elite (vendendo-lhe serviços particulares a preço de mercado). Ao longo de sua história, adquiriu um vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática num sofisticado e complexo ato técnico-científico. A idéia do expert tornou-se, no caso da medicina, uma realidade incontestável. (MACHADO (org.), 1997, p. 22)

Para além deste tipo de visão, o texto ainda apresenta os resultados de uma pesquisa realizada pela Fiocruz em parceria com o Conselho Federal de Medicina que traz dentre outros, uma classificação das especialidades médicas na década de 1990.

Na Figura 11 está reproduzida uma cópia do quadro elaborado no bojo do livro supracitado, no qual são apontadas as principais especialidades médicas, classificadas em três grupos: cognitivas; técnico-cirúrgicas e de habilidades; intermediárias; tecnológicas; burocráticas; O que chama a atenção é ausência total de cursos com enfoque na saúde coletiva, saúde da família e atenção básica em saúde.

**Figura 11 – Quadro de classificação das especialidade médicas no Brasil - 1990**

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
Cognitivas	Técnico-cirúrgicas e de Habilidades	Intermediárias	Tecnológicas e Burocráticas
Alergia e Imunoterapia	Cirurgia cardiovascular	Acupuntura	Adm. Hospitalar
Angiologia	Cirurgia da mão	Anestesiologia	Citopatologia
Cardiologia	Cir. de cabeça e pescoço	Broncoesofagologia	Eletroencefalografia
Endocrinologia e Metabolía	Cirurgia geral	Cancerologia	Hemoterapia
Foniatría	Cirurgia pediátrica	Dermatologia	Medicina do tráfego
Geriatría e Gerontologia	Cirurgia plástica	Endoscopia digestiva	Medicina nuclear
Genética clínica	Cirurgia torácica	Fisiatría	Medicina sanitária
Hansenologia	Cirurgia vascular	Gastroenterologia	Neurofisiologia clínica
Homeopatia	Mastologia	Ginecologia	Patologia
Infectologia	Neurocirurgia	Obstetrícia	Patologia clínica
Medicina do trabalho		Hematologia	Radiologia
Medicina esportiva		Nefrologia	Radioterapia
Med. geral comunitária		Medicina legal	
Medicina interna		Oftalmologia	
Neurologia		Ortopedia e Traumatologia	
Neurologia pediátrica		Otorrinolaringologia	
Nutrologia		Proctologia	
Pediatria		Terapia intensiva	
Pneumologia		Urologia	
Psiquiatria			
Reumatologia			
Sexologia			
Tisiologia			
23 especialidades	10 especialidades	19 especialidades	12 especialidades
35,9% das especialidades	15,6% das especialidades	29,7% das especialidades	18,8% das especialidades
76.725 43,3% dos médicos	23.511 13,3% dos médicos	64.206 36,3% dos médicos	12.599 7,1% dos médicos

\* Excluíram-se os que não declararam a especialidade principal, bem como os que atuam em especialidades não reconhecidas pelo CFM.

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil", Fiocruz/CFM.

Fonte: (MACHADO (org.), 1997, p. 28)

Nesse escopo, a criação do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, por meio do Decreto 7.385, de 8 de dezembro de 2010, ofereceu condições à capacitação e à educação permanente dos profissionais integrantes do Sistema Único de Saúde, através da modalidade de educação à distância na área da saúde.

Conforme explicitado no referido decreto, são objetivos do UNA-SUS:

- I - propor ações visando atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS;
- II - induzir e orientar a oferta de cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras espécies de qualificação dirigida aos trabalhadores do SUS, pelas instituições que integram a Rede UNA-SUS;

III - fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala e o alcance das atividades educativas;

IV - contribuir para a redução das desigualdades entre as diferentes regiões do País, por meio da equalização da oferta de cursos para capacitação e educação permanente;

V - contribuir com a integração ensino-serviço na área da atenção à saúde (BRASIL. Decreto nº 7.385, de dezembro de 2010).

Durante levantamentos realizados junto a UNA-SUS, constatou-se que desde sua implementação, 5.511 municípios foram contemplados com 1.236.263 vagas, ofertadas em 193 cursos presenciais e/ou à distância nas categorias de aperfeiçoamento, atualização, educação profissional técnica, especialização, formação inicial, mestrado profissional e qualificação profissional.<sup>138</sup>

Constatou-se também que as vagas foram ofertadas por 20 instituições, sendo 18 universidades federais, uma universidade estadual e a Secretaria Executiva da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.

É importante salientar que os cursos ofertados têm foco em demandas relativas à Atenção Básica em Saúde, nos quais os temas variam entre enfermidades específicas como, por exemplo, hanseníase, tuberculose e HIV, passando por doenças epidêmicas como, dengue, chikungunha, zica vírus. Os grupos específicos tais como, idosos, crianças, populações do campo também constituem temas dos cursos, bem como as populações negras chegando a cursos na área de gestão como, por exemplo, regulação nas redes de atenção à saúde, monitoramento e avaliação das ações em saúde, licitação e contratos administrativos, dentre outros.

Para fins da pesquisa elencou-se os cursos que foram ofertados e tiveram como foco os profissionais do programa Mais Médicos e constatou-se que desde o ano de 2013, a UNA-SUS ofertou sete cursos de especialização, num total de 6.527 vagas, conforme detalhado no Quadro 16.

---

<sup>138</sup> Fonte: Plataforma Arouca / UNASUS referência ao dia 05/02/2018. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/numeros/arouca>> Acesso em: 20 jun. 2018

**Quadro 16 – Cursos ofertados pela UNA-SUS no âmbito do Programa Mais Médicos**

Ofertante	Modalidade	Curso	Matrículas
UNIFESP	Especialização	Saúde da Família – Profissionais da Atenção Básica – Mais Médicos (Pab3)*	438
		Saúde da Família – Profissionais da Atenção Básica – Mais Médicos (Pab4)*	1.010
		Saúde da Família – Profissionais da Atenção Básica – Mais Médicos (Pab5)*	1.646
		Saúde da Família – Profissionais da Atenção Básica – Mais Médicos (Pab6)* <sup>139</sup>	263
UFPE	Especialização	I Curso de Pós-Graduação (Especialização) em Saúde da Família, à Distância (1º e 2º Ciclo, 1ª Etapa – Mais Médicos)	345
		I Curso de Pós-Graduação (Especialização) em Saúde da Família, à Distância (2º Ciclo, 2ª Etapa – Mais Médicos)	346
UFCSPA	Especialização	Especialização em Saúde da Família – Mais Médicos	2.479
Total			6.527

Fonte: Plataforma Arouca / UNASUS – 05/02/2018. Organizado pelo autor, 2018.

Conforme demonstrado no Quadro 16, os cursos foram ofertados por instituições dos estados de São Paulo, Pernambuco e Rio Grande do Sul, mas, graças à oferta por Educação à Distância, profissionais de 765 municípios das cinco regiões geográficas puderam participar da formação.

Nota-se a preocupação sobre a necessidade de ofertar formação médica voltada à atuação na Atenção Básica em Saúde numa tentativa de promover, desde o ingresso dos acadêmicos nos cursos de medicina, o aperfeiçoamento dos médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS.

Foi neste contexto que se deu a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil criado por meio da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013 que traz em seu *caput* a justificativa acerca da necessidade de garantir atenção à saúde às parcelas da sociedade que vivem em áreas de difícil acesso e/ou de maior vulnerabilidade nos Municípios que concentram 20% ou mais de seus munícipes vivendo em extrema pobreza.<sup>140</sup>

O Projeto Mais Médicos para o Brasil é um dos vários componentes do Programa Mais Médicos, com a finalidade de aperfeiçoar a atenção básica em saúde, por meio de ações

<sup>139</sup> As indicações entre parênteses fazem referência ao número sequencial da oferta do curso. Trata-se de uma sigla utilizada pela UNIFESP sendo que Pab3 significa Terceira Oferta do Curso de Especialização em Saúde da Família – Profissionais da Atenção Básica (PAB) e assim sucessivamente. Além destes, a UNIFESP oferta cursos específicos para equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Saúde Mental (SM). Saiba mais em: <<http://www.unasus.unifesp.br/index.php/biblioteca>>

<sup>140</sup> De acordo com o IPEA, desde 2014, as linhas de elegibilidade foram reajustadas em 10%, ou seja, a renda per capita que define a extrema pobreza passou de R\$ 70 para R\$ 77. No que se refere à pobreza, o patamar de renda passou de R\$ 140 para R\$ 154 per capita. Assim encontram-se classificadas na faixa da extrema pobreza as pessoas que vivem com renda per capita menor que R\$ 77,00. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5149/1/bps\\_n.23\\_assistencia.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5149/1/bps_n.23_assistencia.pdf)>

formativas para médicos que atuam em regiões onde há escassez e ausência de profissionais de saúde. De acordo com o dispositivo legal, o Projeto tem como objetivos:

- 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. (BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013)

Para Almeida *et. al* (2017), o primeiro eixo do Programa Mais Médicos, conhecido como provimento emergencial, é realizado por intermédio do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Em suas palavras:

Os médicos vinculados ao PMMB atendem nas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família e são acompanhados periodicamente por uma instituição de ensino superior, que desenvolve ações de supervisão acadêmica. Denomina-se Supervisão Acadêmica o acompanhamento periódico e sistemático aos médicos participantes, por meio do qual é concedido apoio pedagógico, realizado de forma presencial e a distância. Embora essas atividades de supervisão sejam monitoradas pelo Ministério da Educação (MEC) via sistemas informatizados, elas são parte da coordenação e avaliação do programa, realizadas em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). No âmbito do MEC, a gestão do PMMB se dá na Coordenação Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde (CGEGES), alocada na Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior (DDES/SESu). (ALMEIDA, et al. 2017, p. 1292)

A CGEGES realiza o acompanhamento das ações relacionadas à supervisão acadêmica dos médicos participantes, bem como coordena os Módulos de Acolhimento e Avaliação, o primeiro momento formativo dos médicos no projeto.

De acordo com Almeida *et. al* (2017), os médicos contratados pelo Programa participam de processos de formação profissional durante a permanência no PMMB, em uma perspectiva de educação permanente, organizada em dois ciclos. Textualmente:

O primeiro ciclo formativo está subdividido nos eixos educacionais Especialização e Supervisão Acadêmica. O segundo ciclo formativo está subdividido em Aperfeiçoamento e Extensão, além da continuidade das atividades da Supervisão Acadêmica. Para os médicos formados no exterior, faz-se necessária a participação no Módulo de Acolhimento e Avaliação antes de iniciar o primeiro ciclo. (ALMEIDA, et al. 2017, p. 1292)

Trata-se de um componente relevante do Programa Mais Médicos ao proporcionar aos médicos contratados por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil, a oferta de curso de especialização, além da supervisão da prática do médico participante, visitas técnicas de acompanhamento e instrumentos próprios de monitoramento e avaliação.

Durante a supervisão, os médicos contratados pelo PMMB têm a possibilidade de trocar experiências, sanar dúvidas, expor dificuldades ou apresentar soluções a problemas identificados em sua área de atuação. Cabe mencionar que os médicos supervisores recebem formação específica e são acompanhados pela equipe designada pela Universidade que exerce o papel de tutora da ação.

Ainda sobre a temática supervisão, o Ministério da Saúde afirma que:

[...] o médico formado em instituição de educação superior estrangeira será submetido a processo de acolhimento e avaliação, a ser desenvolvido pelos Ministérios da Educação e da Saúde, a fim de garantir a adaptação aos princípios e diretrizes do SUS, a adequação à realidade epidemiológica brasileira e a capacidade de comunicação em língua portuguesa. (BRASIL. EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Medida Provisória Nº 621, de 8 julho 2013).

A periodicidade das visitas pode ser alterada quando o médico estiver atuando nos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Neste caso, as supervisões ocorrerão presencialmente e à distância, em meses intercalados. Também são realizadas reuniões regionais que ocorrem trimestralmente. Nestas reuniões médicos das cidades do entorno devem se deslocar até o polo para participação. No caso das visitas mensais, estas ocorrem em cada localidade de atuação dos médicos dos programas.

Dentro deste contexto, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação desenvolveu uma série de instrumentos para avaliação das atividades desempenhadas pelos médicos integrantes dos Programas. Assim, tanto o médico quanto o paciente, devem preencher formulários elaborados com a finalidade de permitir o acompanhamento das atividades.

Conforme consta no Portal do Ministério da Educação, são integrantes da Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil:

- I – O **médico participante**: médico formado em Instituição de Educação Superior brasileira ou com diploma revalidado e os médicos intercambistas, com formação no exterior conforme o art.13, incisos I e II, da Lei nº 12.871, de 2013;
- II – O **supervisor** acadêmico: médico selecionado pelas Instituições Supervisoras, preferencialmente vinculado à área de Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade ou Clínica Médica, Pediatria ou áreas afins;

III – O **tutor acadêmico**: médico indicado e vinculado às Instituições Supervisoras, preferencialmente atuante na área de Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade ou Clínica Médica, Pediatria ou áreas afins<sup>141</sup>.

Sobre essa ação, Almeida *et. al* (2017) esclarecem que além das visitas presenciais realizadas individualmente, a supervisão se vale ainda de ferramentas de suporte e comunicação à distância que possibilitam ações de segunda opinião formativa, interconsulta ou outras atividades necessárias para o aprimoramento do médico participante. Sobre a atuação do supervisor a mesma autora destaca:

Cabe ao supervisor, igualmente, apoiar os médicos na elaboração e implementação dos projetos de intervenção desenvolvidos durante o Curso de Especialização realizado por todos os médicos do PMMB no primeiro ciclo formativo, assim como também compete a esse profissional avaliar os médicos participantes do Projeto e acompanhar, em apoio aos gestores do SUS, o cumprimento da carga horária dos supervisionados. (ALMEIDA, et al. 2017, p. 1292)

O médico deve preencher o **Relatório de Primeiras Impressões** em até 20 dias do início das atividades e, posteriormente, a cada mês, o **Relatório de Atendimentos** (formulário do SIAB<sup>142</sup> a ser enviado à Secretaria de Estado da Saúde até a implantação do e-SUS) com informações individualizadas dos atendimentos e o **Trabalho de Conclusão de Curso**.

Conforme explicitado na Medida Provisória Nº 621/2013 os médicos integrantes do Programa Mais Médicos deverão participar de um curso de especialização ofertado por instituição pública de educação superior devendo envolver atividades de ensino, pesquisa e extensão com componente assistencial.

§ 1º O aperfeiçoamento de que trata o **caput** terá prazo de até três anos, prorrogável por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º A aprovação do médico participante no curso de especialização será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à aprovação nas avaliações periódicas. (Medida Provisória Nº 621, de 8 de julho de 2013)

Conforme previsto em lei, os médicos em atuação no Mato Grosso do Sul tem todas as sextas-feiras dedicadas à realização do curso de especialização, ou seja, gozam de 8 horas da carga horária semanal de 40 horas para formação.

<sup>141</sup> Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-regulacao-e-supervisao-da-educacao-superiores/transparencia/30000-uncategorised/59451-projeto-mais-medicos-para-o-brasil>>.

<sup>142</sup> Sistema de Informação da Atenção Básica é um sistema especial para gerenciamento das informações obtidas em cada atendimento realizado. Ele produz relatórios que auxiliam as equipes e as unidades básicas de saúde e permitem que os gestores acompanhem o trabalho e avaliem sua qualidade. Fonte: SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica.

Já o supervisor é responsável por preencher o **Relatório de Primeira Visita de Supervisão**, o **Relatório de Supervisão Prática** deve ser preenchido em todas as visitas e reuniões regionais, a **Avaliação pelo Supervisor** realizada semestralmente e, por fim, a **Validação do pagamento das bolsas-supervisão**.

A efetivação do pagamento das bolsas é atribuição do Gestor Municipal, que mediante a confirmação da execução da jornada semanal de 32 horas, aprova o pagamento dos médicos. Além disso, também é responsável pela elaboração de uma avaliação semestral.

Por fim, todavia, o mais importante, temos o sujeito Paciente que responde uma **Pesquisa de Satisfação do Usuário**. Esta pesquisa que serve como linha de base pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e, posteriormente, semestral por amostragem.

A Figura 12 ilustra o fluxo de atuação dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) no processo de monitoramento das ações dos Programas Mais Médicos e PROVAB.

**Figura 12 – Escopo de atuação – Ministério da Educação e Ministério da Saúde**



Fonte: Material de orientação das oficinas estaduais. Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

Constata-se que a partir da implementação do Sistema UNA-SUS, e dos Programas PROVAB e Mais Médicos, há uma inserção cada vez mais ativa do Ministério da Educação nas questões relacionadas ao setor da saúde. Essa interação tem sido considerada vital para a viabilização das mudanças na formação médica.

No Quadro 17, é apresentada a divisão das tarefas que devem ser desempenhadas por cada um dos integrantes do processo de supervisão. Vejamos:

**Quadro 17 – Atividades dos integrantes dos Programas Mais Médicos e PROVAB**

<b>EXECUTOR</b>	<b>MÉDICO</b>	<b>SUPERVISOR</b>	<b>TUTOR</b>	<b>GESTOR</b>
<b>ROTINA</b>				
<b>ÚNICA/ INICIAL</b>		Relatório de 1ª visita de supervisão		
<b>DIÁRIA</b>	Atenção à Saúde	Disponível p/ dúvidas e 2ª opinião	Disponível p/ Dúvidas e 2ª opinião	
<b>SEMANAL</b>	Curso Especialização			
<b>MENSAL</b>	Participar da Supervisão Prática Relatório de atendimentos no e-SUS Relatório de Impressões	Realizar Supervisão Prática	Acompanhar Desempenho Supervisores Aprovar Pagamento Supervisores	Aprovar Pagamento Médicos
<b>TRIMESTRAL</b>	Participar das reuniões regionais	Preparar e participar das reuniões regionais	Preparar e participar das reuniões regionais	
<b>SEMESTRAL</b>	Realizar Auto-avaliação	Realizar Avaliação dos Médicos		Realizar Avaliação dos Médicos
<b>ANUAL</b>	Elaborar Trabalho de Conclusão			

Fonte: Material de orientação das oficinas estaduais. Ministério da Saúde, Brasília, 2013. Organizado pelo autor, 2018.

Apesar de não constar no Quadro de Atividades, os gestores são sempre convidados a participar das reuniões regionais, também chamadas de oficinas de trabalho regionais<sup>143</sup>. Estas oficinas têm sido realizadas desde 2013 em todas as Unidades da Federação e buscam promover o fortalecimento das ações do PMM e PROVAB e qualificação da Atenção Básica.

As oficinas de trabalho regionais vêm atender as necessidades identificadas e priorizadas nas Oficinas Regionais do PROVAB e Mais Médicos. Estas ações foram realizadas pelo Ministério da Saúde em parceria com Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) nos meses de maio e julho de 2013, conforme detalhado no Quadro 16, onde representantes das Secretarias estaduais, dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, das Comissões Coordenadoras, Instituições Supervisoras, OPAS, Ministério da Educação e Rede UNA-SUS, discutiram estratégias e iniciativas para ampliação da resolubilidade da

<sup>143</sup> Sobre esta temática traremos no capítulo 3 uma seção dedicada à detalhar a organização, o funcionamento e os resultados verificados a partir das oficinas realizadas em Mato Grosso do Sul, em especial nos anos de 2016 e 2017 nos quais tive a oportunidade de participar.

Atenção Básica, aperfeiçoamento da gestão pedagógica e qualificação do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

**Quadro 18 – Cronograma de realização das Oficinas Regionais PMM**

Região	Data	Local de realização	Estados convidados
Nordeste 1	16 e 17/05/2013	Fortaleza	Ceará, Maranhão, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte
Nordeste 2	03 e 04/07/2013	Salvador	Alagoas, Bahia, Pernambuco e Sergipe
Norte / Centro-Oeste	20 e 21/05/2013	Goiânia	Distrito Federal e estados: Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins
Sul	20 e 21/05/2013	Porto Alegre	Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina
Sudeste	23 e 24/05/2013	Belo Horizonte	Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo

Fonte: Ministério da Saúde.<sup>144</sup> Adaptado pelo autor, 2018.

Analisando esta temática, Almeida et al. (2017) explicam que para a realização das atividades de Supervisão Acadêmica, são previstos três momentos, caracterizados enquanto espaços de educação permanente:

- I) Supervisão *In Loco*, presencial e de caráter individual, com periodicidade mensal, a ser realizada no local de trabalho do profissional médico do PMMB;
- II) Supervisão Locoregional, de caráter coletivo, que se caracteriza pelo encontro presencial (a cada três meses) dos atores participantes do PMMB de uma determinada região trata-se de espaços coletivos de ensino-aprendizagem, nos quais as práticas e as realidades de saúde vivenciadas pelos médicos podem ser compartilhadas e aperfeiçoadas, levando em consideração as características e as singularidades de cada vivência, bem como as especificidades regionais; e
- III) Supervisão Longitudinal, caracterizada pelo diálogo constante entre supervisor e médico participante por meio da utilização de tecnologias de informação e comunicação, como internet e telefone. Esta última modalidade é permitida apenas para a supervisão de médicos alocados em território indígena e/ ou supervisionados pelo Grupo Especial de Supervisão<sup>5</sup> e/ou casos especiais autorizados pelo Núcleo Gestor do Projeto no MEC e é realizada no intervalo entre as visitas de Supervisão *In Loco*. (ALMEIDA, et al. 2017, p. 1293)

Para regulamentar o trabalho de acompanhamento e supervisão da atuação dos profissionais contratados no seio dos Programas Mais Médicos e PROVAB, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Interministerial nº 2.921, de 28 de novembro de 2013 que dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o

<sup>144</sup> “Coordenação Nacional do PROVAB promove oficinas regionais”. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/principal/provab/mais-sobre-provab?start=10>> Acesso em: 02 jul. 2016

Brasil e instituiu incentivo financeiro de custeio para a manutenção e execução de suas atividades.

Em seu artigo 2º, a supracitada Portaria define que as Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil, constituem instâncias de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do Projeto no âmbito da Unidade da Federação e reitera que as funções das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão ser desempenhadas pelas Comissões de Coordenação dos Estados e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) de que trata a Portaria nº 568/GM/MS, de 5 de abril de 2013, sem prejuízo de suas atribuições.

Ainda de acordo com a Portaria nº 2.291/2013, no caso das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não adotarem a Comissão de Coordenação dos Estados e do Distrito Federal do PROVAB, conforme autorização conferida pelos §§ 1º e 2º do art. 2º, terão a seguinte composição mínima:

- I - representação do Ministério da Saúde;
- II - representação da Secretaria Estadual de Saúde;
- III - Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); e
- IV - representação das instituições supervisoras do Projeto Mais Médicos para o Brasil. (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.921, de 28 de novembro de 2013)

Dentre outras atribuições, as Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil são responsáveis pela realização das oficinas de trabalho regionais de formação dos médicos participantes do Projeto, voltados para qualificação da atenção básica, em especial relacionados ao eSUS Atenção Básica (eSUS AB) e Telessaúde Brasil Redes.

A Portaria nº 2.291 também regulamenta a concessão de incentivo financeiro para o custeio, manutenção e execução das atividades das Comissões Estaduais e do Distrito Federal do Projeto Mais Médicos para o Brasil no valor total de R\$ 5.300.000,00 (cinco milhões e trezentos mil reais). O montante aportado pelo Governo Federal foi dividido entre as 26 Unidades da Federação mais o Distrito Federal. Observou-se que a realização da divisão foi considerado o número de vagas solicitadas pelos Municípios, em cada Estado, e pelo Distrito Federal, referentes aos 1º e 2º ciclos de adesão, conforme segue:

- Parágrafo único. O incentivo financeiro a ser repassado a cada ente federativo terá como parâmetros:
- I - o valor de R\$ 398,57 (trezentos e noventa e oito reais e cinquenta e sete centavos) por vaga solicitada por Município nos Estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, exceto o Distrito Federal, incluindo os Municípios que compõem o Vale do Jequitinhonha no Estado de Minas Gerais; e
  - II - o valor de R\$ 240,51 (duzentos e quarenta reais e cinquenta e um centavos) para os Estados das regiões Sul e Sudeste e o Distrito Federal, excluídos os municípios

que compõem o Vale do Jequitinhonha no Estado de Minas Gerais. (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.921, de 28 de novembro de 2013)

Os valores destinados às Comissões Estaduais e do Distrito Federal do Projeto Mais Médicos para o Brasil seguem detalhados no Quadro 19.

**Quadro 19 – Recursos financeiros por UF x quantidade de médicos com inscrição homologada no PMMB em 2013**

UF	Médicos Solicitados	Valor Total	UF	Médicos Solicitados	Valor Total
AC	184	R\$ 73.336,77	PB	254	R\$ 101.236,63
AL	204	R\$ 81.308,16	PE	704	R\$ 280.592,87
AM	444	R\$ 176.964,82	PI	416	R\$ 165.804,88
AP	129	R\$ 51.415,45	PR	1042	R\$ 250.616,32
BA	1476	R\$ 588.288,45	RJ	506	R\$ 121.700,44
CE	866	R\$ 345.161,11	RN	304	R\$ 121.165,10
DF	97	R\$ 23.329,93	RO	202	R\$ 80.511,02
ES	551	R\$ 132.523,60	RR	114	R\$ 45.436,91
GO	590	R\$ 235.155,95	RS	1399	R\$ 336.480,07
MA	747	R\$ 297.731,35	SC	549	R\$ 132.042,57
MG	1918	R\$ 485.647,62	SE	152	R\$ 60.582,55
MS	243	R\$ 96.852,37	SP	2498	R\$ 600.805,72
MT	267	R\$ 106.418,03	TO	180	R\$ 71.742,49
PA	595	R\$ 237.148,80	<b>TOTAL</b>	<b>16.631</b>	<b>R\$ 5.300.000,00</b>

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.921, de 28 de novembro de 2013. Adaptado pelo autor, 2018.

Analisando os dados do Quadro 19, constata-se que no contexto do Centro-Oeste, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul solicitaram um número relativamente semelhante em relação à quantidade de médicos e tiveram, portanto, a destinação aproximada de valores. Neste contexto, o estado de Goiás aparece com um número bem maior de solicitação de médicos, que representou mais que a soma dos valores solicitados por Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. (as oficinas regionais serão objeto de análise no Capítulo 3).

De acordo com dados extraídos do portal do Ministério da Educação, em 2018, Mato Grosso do Sul contava com a atuação de dois médicos tutores, responsáveis pela coordenação das atividades, e vinte e cinco médicos supervisores. Em valores a equipe perfazia um custo total de R\$ 110.000,00 mensais para acompanhamento das ações junto ao PMMB.<sup>145</sup>

No próximo capítulo, realizar-se-á uma análise do contexto no qual se deu a inserção de Mato Grosso do Sul no Programa Mais Médicos, identificando os desdobramentos obtidos

<sup>145</sup> Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-regulacao-e-supervisao-da-educacao-superiores/transparencia/30000-uncategorised/59451-projeto-mais-medicos-para-o-brasil>>

a partir da chegada dos 209 profissionais contratados para atuar nesta Unidade da Federação a partir de 2013, bem como as intervenções realizadas nos eixos de infraestrutura e educação.

## Capítulo 3

### Mato Grosso do Sul no Contexto do Programa Mais Médicos

Neste terceiro e último capítulo do trabalho a proposta é apresentar e discutir as ações implementadas através do Programa Mais Médicos no estado de Mato Grosso do Sul, destacando intervenções planejadas e executadas, no bojo dos três eixos ou pilares de atuação do Programa, a saber: provimento emergencial, ampliação e melhoria da infraestrutura e formação para o SUS.

Para organizar a análise, o presente capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos, sendo o primeiro dedicado à apresentação e discussão acerca das intervenções na ampliação e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde por meio do Programa Requalifica UBS.

No segundo subcapítulo serão apresentados os dados relativos ao eixo do provimento emergencial, com detalhamento das contratações de profissionais médicos em todos os ciclos do Programa desde 2013 até 2018.

No terceiro subcapítulo serão analisadas as ações empreendidas no eixo da formação para o SUS, trazendo dados acerca da ampliação de vagas nos cursos de graduação em medicina, nos cursos de residências médicas e relatos sobre as oficinas de formação.

Vale ressaltar que ao longo da pesquisa, quando feitas as análises acerca do Programa em nível de Brasil, Mato Grosso do Sul figurou, juntamente com as demais Unidades da Federação na apresentação, discussão e análise dos dados macros sem, porém, o devido aprofundamento requerido quando reportado o objetivo principal do trabalho que é de compreender os desdobramentos do Programa Mais Médicos neste estado.

Antes de iniciar as discussões pontuais acerca dos três citados eixos, serão apresentadas, de forma introdutória, algumas características dessa Unidade da Federação com o objetivo de contextualizar a inserção do estado junto ao Programa.

Data de 1º de janeiro de 1979 a instalação administrativa do estado, ocasião na qual foram empossados os primeiros representantes do executivo e legislativo estadual que assumiam o comando de 55 municípios dentre eles Campo Grande, a capital estadual. Ao longo destas quatro décadas, foram emancipados outros 24 municípios totalizando os atuais 79 que dividem os 357.194,96 Km<sup>2</sup> de área territorial do estado.

Mato Grosso do Sul apresenta uma característica peculiar no que se refere à divisão político administrativa, visto que apesar de ser o sexto maior estado brasileiro em extensão territorial, é apenas o décimo nono em número de municípios. Essa configuração resulta, em alguns casos, num fator complicador no que se refere à oferta dos serviços públicos à população. Um exemplo marcante é constatado no município de Corumbá<sup>146</sup>, que ocupa 64.962,854km<sup>2</sup> de área territorial, o que lhe garante a décima primeira posição no ranking nacional dos maiores municípios do Brasil, ficando atrás apenas de municípios localizados nos estados do Amazonas e Pará. Os municípios de Porto Murtinho<sup>147</sup>, Ribas do Rio Pardo<sup>148</sup>, Aquidauana<sup>149</sup> e Três Lagoas<sup>150</sup> também estão entre os maiores do país com territórios superiores a 10.000km<sup>2</sup>.

Quando analisamos a oferta de serviços de saúde, essa condição geográfica é fator determinante visto que a distância entre as populações e o atendimento médico, aliado às dificuldades de acesso, são obstáculos a serem superados por um programa como o Mais Médicos que visa, entre outros objetivos, interiorizar a presença de profissionais médicos no país.

Ainda sobre a configuração territorial, é importante mencionarmos que Mato Grosso do Sul faz fronteira ao norte com Mato Grosso e Goiás; ao sul com o Paraguai e o Paraná; ao leste com Minas Gerais e São Paulo, e a oeste com Paraguai e Bolívia. A situação fronteiriça internacional também surge como um desafio aos governantes visto que as populações dos países vizinhos, comumente, recorrem aos serviços públicos ofertados nas cidades de fronteira, principalmente no que se refere à saúde e educação. No Mapa 3 podemos visualizar a localização de Mato Grosso do Sul acerca de seus limites estaduais e internacionais

Sobre essa temática, Giovanella L. et al (2007) afirmam que a busca dos estrangeiros por atenção à saúde traz dificuldades para a gestão do SUS com repercussões sobre o financiamento das ações e serviços de saúde, uma vez que parte dos repasses federais é alocada na modalidade per capita, não sendo contabilizada a população itinerante.

No trabalho intitulado “Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde”, Giovanella L. et al. apresentam o resultado

---

<sup>146</sup> Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=downloads>> Acesso em: 20 jun. 2018.

<sup>147</sup> 17744,405 km<sup>2</sup> IBGE 2016

<sup>148</sup> 17308,805 km<sup>2</sup> IBGE 2016

<sup>149</sup> 16970,711 km<sup>2</sup> IBGE 2016

<sup>150</sup> 10206,949 km<sup>2</sup> IBGE 2016

de uma pesquisa que analisou as condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL.

Dentre as principais dificuldades apontadas pelos secretários municipais de saúde dos 67 municípios brasileiros localizados na linha de fronteira com Uruguai, Paraguai e Argentina, a sobrecarga sobre os serviços de saúde e a consequente escassez dos recursos foi apontada por 74% dos entrevistados como sendo o maior problema vivenciado em suas secretarias. Ainda de acordo com a pesquisa a busca de atendimento pelo SUS por parte dos estrangeiros resulta também em dificuldades na garantia da referência regional e na continuidade do tratamento no país de origem, apontadas por 68% dos secretários municipais de saúde.

Nas palavras das autoras:

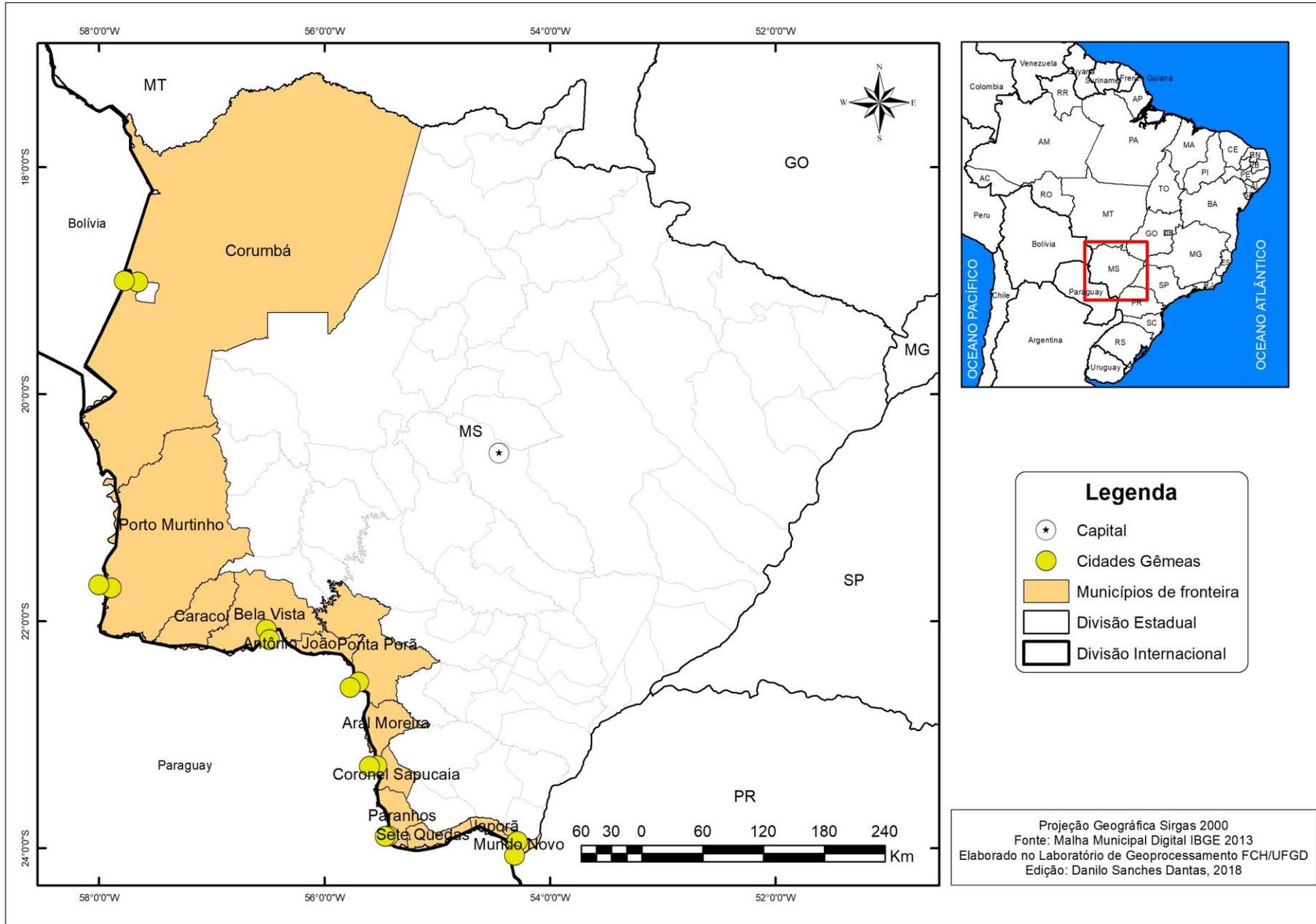
Como o atendimento ao estrangeiro não está regulamentado é difícil garantir, após o primeiro atendimento no município, a continuidade do tratamento, seja para os necessários encaminhamentos para atenção especializada em outras cidades brasileiras – dificuldade apontada por 90% dos secretários municipais de saúde de localidades de fronteira com o Uruguai e Mato Grosso do Sul com o Paraguai –, seja para a continuidade da atenção no país de origem. Esse foi o problema apontado pela totalidade dos secretários municipais de saúde de localidades de fronteira com o Paraguai, destacando empecilhos ao acesso naquele país. O retorno dos pacientes é também por vezes causa de conflito. Nas palavras de um dos secretários entrevistados na fronteira com o Paraguai, “a solicitação de alguma contrapartida para atendimento de pacientes do Paraguai, como auxílio para transporte de retorno, nem sempre é atendida pelas autoridades do país vizinho, ainda que a demanda seja frequente, causando aumento das filas e inclusive conflitos com pacientes brasileiros”. (GIOVANELLA L. et al, 2007, p. 260)

Por outro lado, a cooperação entre países pode ser imprescindível para garantia do cuidado integral aos brasileiros. Muitos municípios de fronteira são isolados dos grandes centros, sendo necessário percorrer longas distâncias para acessar serviços especializados, o que para pacientes crônicos pode ser uma via crucial.

Essa foi uma das implicações do fato do município estar localizado na fronteira para a gestão do SUS, apontada pelos secretários municipais de saúde. A formalização de acordos de fronteira poderia facilitar a continuidade de cuidados também para brasileiros, pois como enfatizou um secretário municipal de saúde, “muitas vezes o serviço de saúde necessitado mais próximo está em território estrangeiro”. (GIOVANELLA L. et al, 2007, p. 260)

O estudo supracitado não incluiu a Bolívia, desse modo, no caso de Mato Grosso do Sul foram entrevistados apenas os secretários dos onze municípios que fazem fronteira com o Paraguai, a saber: Mundo Novo, Japorã, Sete Quedas, Paranhos, Coronel Sapucaia, Aral Moreira, Ponta Porã, Antonio João Bela Vista e Porto Murtinho. Desse modo, Corumbá que faz fronteira com a Bolívia não figurou nos dados apresentados.

Mapa 3 – Mato Grosso do Sul, municípios de fronteira e cidades gêmeas



Dos onze municípios acima mencionados sete são classificados como cidades-gêmeas, conforme o artigo 1º da Portaria nº 213, de 19 de julho de 2016 do Ministério da Integração Nacional:

Serão considerados cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania.<sup>151</sup>

De acordo com a Portaria nº 213 no Brasil, 32 cidades foram classificadas como gêmeas, sendo que o Rio Grande do Sul é o estado com o maior número de municípios nesta condição, 12 no total, seguido por Mato Grosso do Sul com 7 cidades conforme listado a seguir:

- Bela Vista, que é vizinha de Bella Vista Norte (Paraguai);
- Coronel Sapucaia, que fica ao lado de Capitán Bado (Paraguai);
- Corumbá, que está ao lado de Puerto Quijarro (Bolívia);
- Mundo Novo, que tem Salto del Guairá (Paraguai) como vizinha;
- Paranhos, com Ypejhú (Paraguai) após a fronteira;
- Porto Murtinho, que é vizinha de Capitán Carmelo Peralta (Paraguai); e
- Ponta Porã, que fica ao lado de Pedro Juan Caballero (Paraguai).

Ainda tratando sobre a Portaria nº 213 em seu artigo 2º, o Ministério da Integração estabelece que não serão consideradas cidades-gêmeas aquelas que apresentem, individualmente, população inferior a 2.000 (dois mil) habitantes. Vale ratificar que Mato Grosso do Sul não apresenta municípios nesta condição.

É importante tratar dessa questão tendo em vista que ao analisar o contexto da regionalização da política de saúde sul-mato-grossense, verifica-se, por exemplo, que municípios localizados na zona de fronteira encontravam-se “lotados” em regiões de planejamento da saúde<sup>152</sup> que não atendem a condição fronteiriça como podemos observar nos quadros 20 a 22 que seguem.

<sup>151</sup> PORTARIA Nº 213, de 19 de julho de 2016: Estabelece o conceito de "cidades-gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades que se enquadram nesta condição. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=20/07/2016>> Acesso em: 30 abr. 2018.

<sup>152</sup> Portaria Ministério da Saúde nº 373/27/02/2002, que regulamentou a NOAS (Normas Operacionais de Assistência a Saúde), definiu: “a região em saúde é a base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando-

Mais especificamente nota-se o caso dos municípios de Corumbá e Porto Murtinho que, apesar da condição fronteiriça com a Bolívia estavam compartilhando as diretrizes adotadas para municípios localizados nas porções central e setentrional do estado pois fazem parte da Macrorregião de Campo Grande.

**Quadro 20 – Macrorregião de Campo Grande (2007)**

**32 municípios e 1.298.656 habitantes**

(OBS: A cor amarela indica o nome da Microrregião)

Aquidauana	Campo Grande	Coxim
Anastácio	Bandeirantes	Alcinópolis
Aquidauana	Campo Grande	Coxim
Bodoquena	Corguinho	Pedro Gomes
Dois Irmãos do Buriti	Camapuã	Sonora
Miranda	Costa Rica	Rio Verde de Mato Grosso
Nioaque	Jaraguari	
<b>Corumbá</b>	Maracajú	<b>Jardim</b>
Corumbá	Nova Alvorada do Sul	Bonito
Ladário	Ribas do Rio Pardo	Jardim
	Rochedo	Porto Murtinho
	Sidrolândia	Guia Lopes da Laguna
	São Gabriel do Oeste	
	Figueirão	
	Rio Negro	
	Terenos	

**Quadro 21 – Macrorregião de Dourados (2007)**

**35 municípios e 720.488 habitantes**

Dourados	Naviraí	Ponta Porã	Nova Andradina
Caarapó	Eldorado	Amambaí	Anaurilândia
Douradina	Iguatemi	Antonio João	Angélica
Dourados	Itaquiraí	Aral Moreira	Bataiporã
Itaporã	Japorã	Coronel Sapucaia	Ivinhema
Laguna Carapã	Jutí	Paranhos	Nova Andradina
Rio Brilhante	Mundo Novo	Ponta Porã	Novo Horizonte do Sul
Deodápolis	Naviraí	Sete Quedas	Taquarussu
Fátima do Sul		Tacuru	
Glória de Dourados		Bela Vista	
Jateí		Caracol	
Vicentina			

---

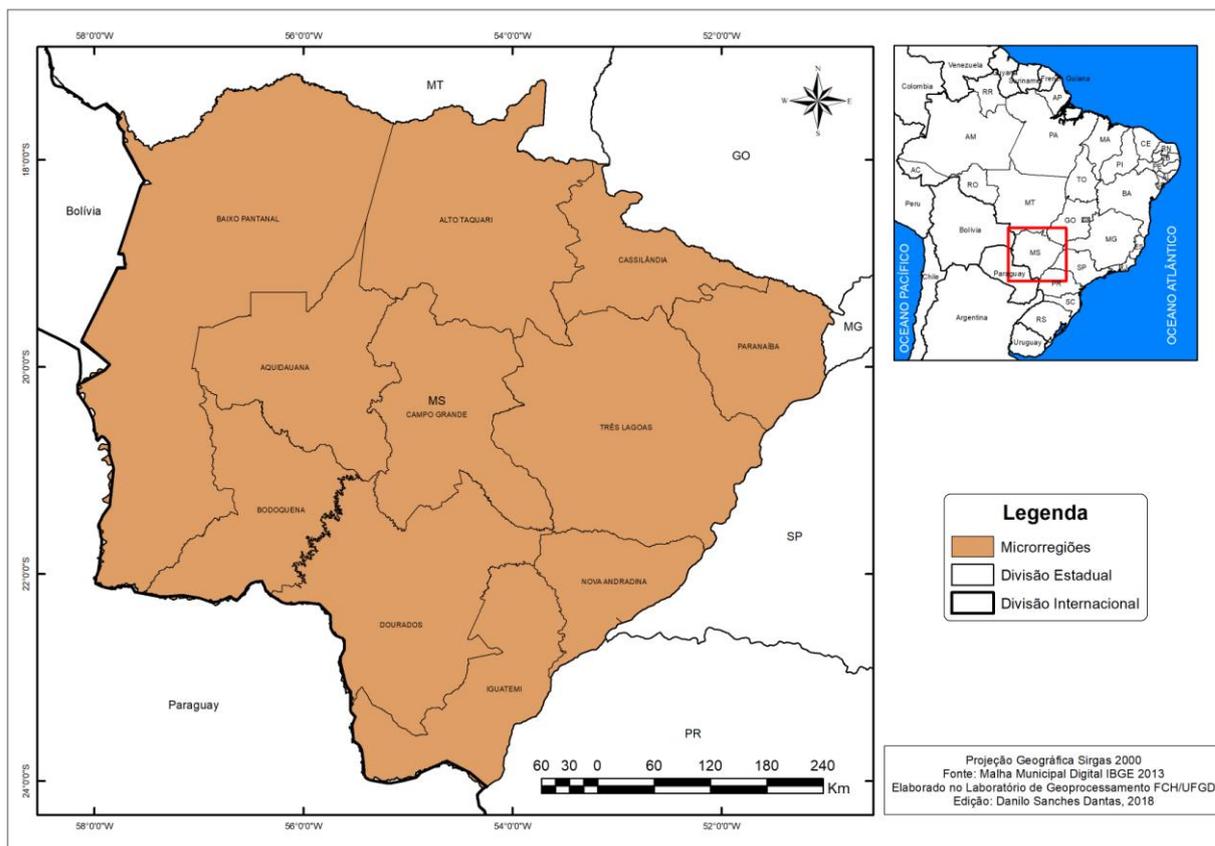
se as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (...).”

**Quadro 22 – Macrorregião de Três Lagoas (2007)****11 municípios e 245.337 habitantes**

Paranaíba	Três Lagoas
Aparecida do Taboado	Água Clara
Cassilândia	Bataguassu
Inocência	Brasilândia
Paranaíba	Santa Rita do Pardo
Chapadão do Sul	Selvíria
	Três Lagoas

Fonte: MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Saúde. Contexto sócio-econômico e demográfico. Snt.

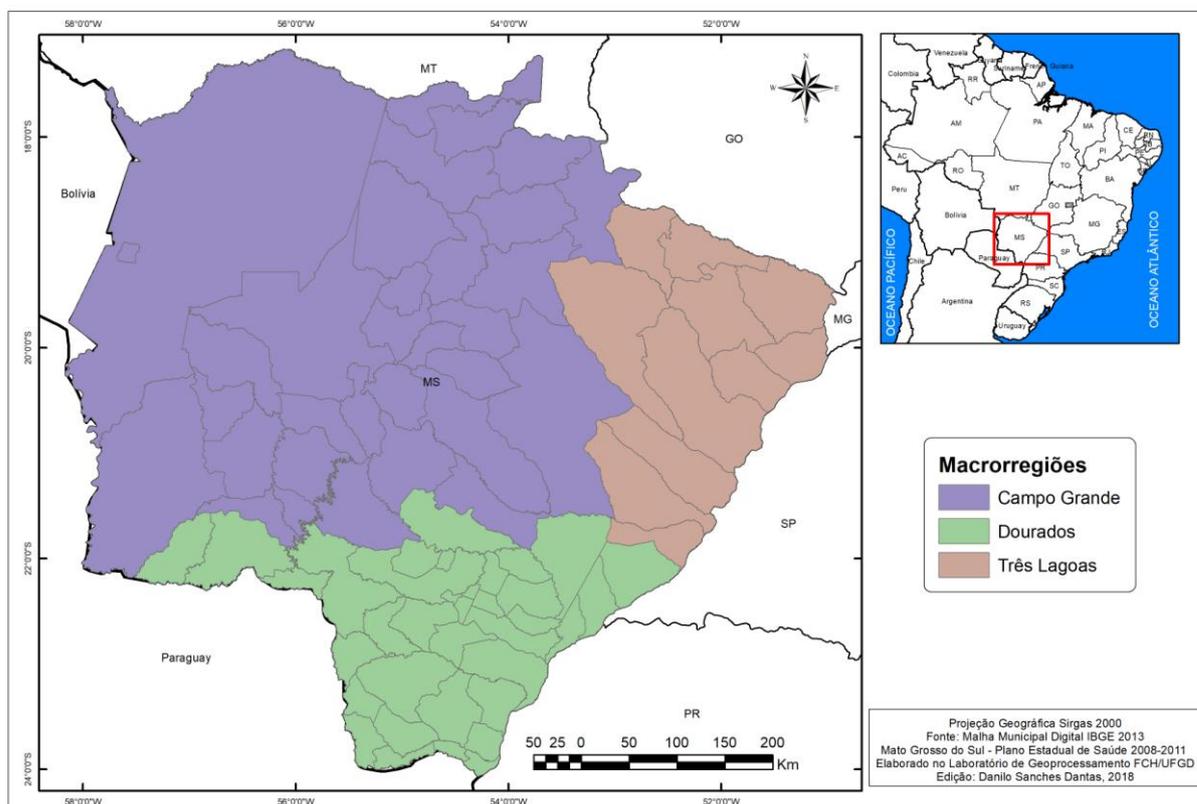
O Mapa 4 traz as 11 microrregiões de Mato Grosso do Sul de acordo com a divisão regional proposta pelo IBGE. Nota-se a partir da sua análise, que o planejamento em saúde adotou, em alguns casos, uma divisão própria, diversa da proposta pelo IBGE.

**Mapa 4 – Mato Grosso do Sul, microrregiões do IBGE**

Segundo o documento “Educação Permanente em Saúde: Plano Estadual de Mato Grosso do Sul”, o Plano Diretor de Regionalização do estado foi revisto e redesenhado de acordo com as condições de acesso e as ofertas de serviços de saúde, processo que contou com a participação presencial de todos os gestores municipais de saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2009, p.7).

Mato Grosso do Sul, através do seu Plano Estadual de Saúde (2008 – 2011) estabeleceu uma regionalização no interior da qual foram definidas 03 macrorregiões e 11 microrregiões detalhados nas Mapas 5 e 6.

**Mapa 5 – Mato Grosso do Sul, Plano Estadual de Saúde: divisão por Macrorregiões (2007)**

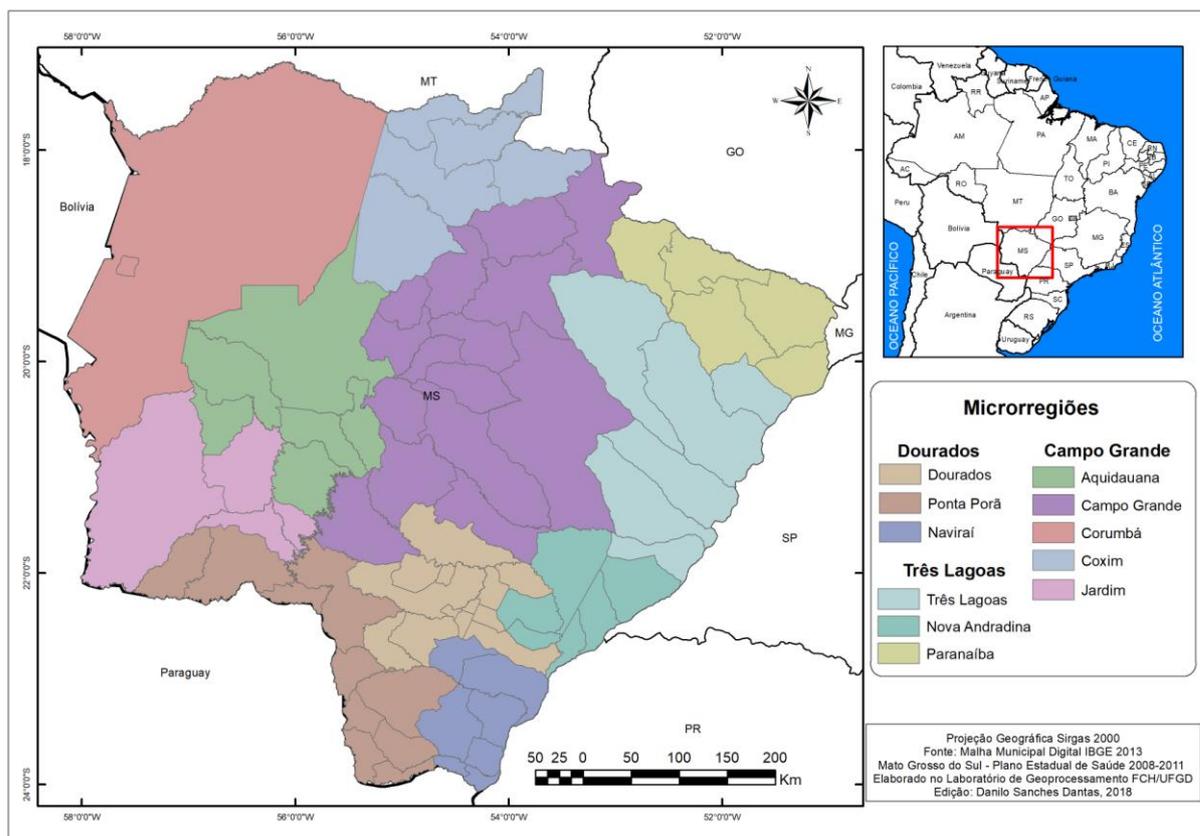


A divisão em macrorregiões utilizada pelo Plano Estadual de Saúde seguiu a proposta do IBGE, que organizou o país em regiões intermediárias. De acordo com o Instituto:

As Regiões Geográficas Intermediárias correspondem a uma escala intermediária entre as Unidades da Federação e as Regiões Geográficas Imediatas. Preferencialmente, buscou-se a delimitação das Regiões Geográficas Intermediárias com a inclusão de Metrôpoles ou Capitais Regionais do estudo de redes e hierarquia urbana Regiões de Influência das Cidades (REGIC 2007). Em alguns casos, principalmente onde não existiam Metrôpoles ou Capitais Regionais, foram utilizados centros urbanos de menor dimensão que fossem representativos para o conjunto das Regiões Geográficas Imediatas que compuseram as suas respectivas Regiões Geográficas Intermediárias.<sup>153</sup>

<sup>153</sup> “A Divisão Regional do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias 2017” Disponível em: <[https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/default\\_div\\_int.shtm?c=1](https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/default_div_int.shtm?c=1)> Acesso em: 30 jun. 2018.

Mapa 6 – Mato Grosso do Sul, Plano Estadual de Saúde: divisão por Microrregiões (2007)



Os processos de regionalização adotados para sistematização das políticas públicas na área da saúde em Mato Grosso do Sul seguem os modelos implementados pelos setores de planejamento governamental, em âmbito federal.<sup>154</sup>

Duarte, Contel e Balbim (2013, p.157) argumentam que:

A regionalização como estratégia da política de saúde somente ganha relevância no início dos anos 2000, com a edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) nº 1/2001 e nº 1/2002. (...) O objetivo da NOAS é apresentar diretrizes para o avanço do processo de descentralização em saúde, baseadas na regionalização, com vistas a garantir o acesso de todos os cidadãos brasileiros a ações de saúde resolutivas e de boa qualidade em todos os níveis de atenção.

E esses mesmos autores asseveram que:

A região de saúde é um dos conceitos-chave do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência, e abarca outros conceitos-chave, como módulo assistencial, município-sede do módulo assistencial, município-polo, unidade territorial de qualificação na assistência à saúde e microrregião. Apesar de o conceito de município “polo” ou “sede” guardar a noção de “centralidade” e “área de influência”, é importante ressaltar que, na NOAS, a classificação dos municípios nestas categorias dependia

<sup>154</sup> “No Brasil, nos anos 2000, a retomada do papel do Estado na condução do planejamento territorial se pautou pelo debate contemporâneo e se traduziu na elaboração de políticas regionais implícitas e explícitas, além do incentivo de processos de regionalização, inclusive na política de saúde.” (ALBUQUERQUE e D’AVILA VIANA, 2015, p.29)

da sua habilitação nas formas de gestão preestabelecidas: gestão plena no sistema municipal ou gestão plena na atenção básica. Assim, a centralidade do município sempre era medida por questões administrativas ou financeiras, e não pela real polarização que o município exercia na região da qual faz parte. Cabe também destacar que a norma indica conjuntos mínimos de procedimentos que sirvam de referência intermunicipal à definição dos módulos assistenciais e à qualificação das microrregiões. (DUARTE, CONTEL e BALBIM, 2013, p.157)

Neste sentido, concordamos com Guimarães (2015) ao ratificar que a relação entre espaço e território tem sido a principal discussão conceitual da Geografia da saúde no Brasil.

Em suas palavras:

A expansão físico-territorial dos serviços de saúde e da cobertura dos principais programas de saúde pública pelos municípios brasileiros, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, demanda a análise dos desafios operacionais da territorialização da política nacional de saúde [...] Nesse sentido, ganha ênfase o espaço sob controle da ordem administrativa, nos diversos níveis de poder (município, estado e União), o que também gerou o debate de outra forma de espaço, a região. (GUIMARÃES, 2015, p. 86/7)

O citado autor chama atenção para o fato que, ao se estabelecer uma determinada regionalização da saúde, é preciso considerar as disputas implícitas no processo. Ele cita a análise realizada no bojo do Plano Nacional de Saúde e conclui:

Podemos identificar nesse processo de significação do conceito de região uma tensão entre duas abordagens. A primeira delas compreende a região como uma unidade de planejamento e, por isso, entendida como um recorte territorial estabelecido pelos gestores para a intervenção na realidade local. A segunda abordagem, não menos importante, compreende a região como um ente histórico, resultado das múltiplas determinações da vida social, o que conforma a ideia de uma realidade em produção, que se organiza no caminhar da própria prática política. Poderíamos aqui identificar no campo do planejamento das políticas brasileiras de saúde vários programas e ações que evidenciam essas diferentes abordagens. (GUIMARÃES, 2015, P. 87)

Analisando a regionalização adotada para o Mato Grosso do Sul é possível identificar que fora utilizada a significação de região como unidade de planejamento cuja finalidade seria, de acordo com o autor facilitar o trâmite administrativo e o repasse de mais recursos para o nível local. (GUIMARÃES, 2015, p. 87)

O mesmo autor menciona como exemplo de regionalização com base nos entes históricos as ações executadas pela Secretaria de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde que fomentam os sujeitos locais no estabelecimento de seus próprios recortes regionais e exemplifica:

O SIS-Fronteira é um bom exemplo disso, uma vez que reconhece a existência de uma realidade social em movimento na zona de fronteira internacional, jogando luz para as práticas de saúde coletiva, tecidas por laços de solidariedade entre os povos vizinhos, que até então não apresentavam visibilidade nos dados oficiais. (GUIMARÃES, 2015, p. 87)

Conforme exposto no subcapítulo 3.2, os municípios de fronteira foram contemplados com a contratação de profissionais por meio da ação de provimento emergencial, amenizando um problema de décadas, relacionado à dificuldade de manutenção de médicos nessas localidades, devido a questões de localização e dificuldade de acesso, porém, agravadas por uma variável difícil de mensurar. Presente nas falas dos gestores municipais e dos próprios médicos contratados pelo Programa, a violência existente nestes municípios também propicia a não fixação de profissionais nestas localidades.

Enfim, acerca da questão da regionalização na política pública de saúde, concordamos com Duarte, Contel e Balbim (2013, p.158) os quais apontam:

Com a mudança político-partidária no comando do governo federal em 2002, passam a ser gestadas novas diretrizes para a política de saúde. Em 2006, é instituído o Pacto pela Saúde. (...) organizado em três diretrizes principais (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão), tem a regionalização como um dos seus eixos estruturantes.

As diretrizes voltadas para a regionalização foram detalhadas em um caderno chamado “Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS (...)”. Nesse caderno, um dos pressupostos da regionalização é a territorialização, que aponta para a importância na identificação do “território usado”<sup>155</sup>, uma vez que considera, além de indicadores demográficos e epidemiológicos, também os equipamentos sociais, as dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, os fluxos assistenciais seguidos pela população, bem como os fatores de identidade cultural regional.

A acepção teórica expressa na categoria de território usado<sup>156</sup> - sinônimo de espaço geográfico (Santos e Silveira, 2001) - apresenta consonância com a categoria de determinação social da saúde, pois, assim como o território é concebido teoricamente pelo seu uso social,

---

<sup>155</sup> Conforme explica Santos (2007, p. 14): “O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. O território em si não é uma categoria de análise em disciplinas históricas, como a geografia. É o território usado que é a categoria de análise.” Portanto, o território usado é constituído pelo território forma – espaço geográfico do Estado – e seu uso, apropriação, produção, ordenamento e organização pelos diversos agentes que o compõem: o mercado, as instituições – incluindo o próprio Estado – e os cidadãos.

<sup>156</sup> Faria e Bortolozzi (2009, p.39), estudando a contribuição de Milton Santos para a geografia da saúde, argumentam que: “Os conceitos de espaço e território em Milton Santos inauguram um forte movimento em torno das questões geográficas da saúde brasileira sob moldes renovados. Não se trata de um movimento único, tampouco pode ser comparado ao vigor da produção teórica de autores consagrados diretamente ao tema da Geografia Médica no país, como Josué de Castro, Samuel Bansley Pessoa, Carlos da Silva Lacaz, entre outros. Afinal, Milton Santos não esteve diretamente ligado à pesquisa em saúde, exceto em alguns poucos eventos em que esteve presente. No entanto, a sua preocupação com a natureza do espaço acabou por lhe permitir comunicar-se, não apenas com as ciências da saúde (...). De forma mais evidente a Epidemiologia, sobretudo depois da década de 1970, fez um movimento de aproximação com a Geografia, num momento de profundas mudanças na estrutura social e no pensamento. Processos relacionados à globalização e fragmentação, redes e fluxos, concentração populacional em áreas urbanas, entre outros, mudaram as formas de adoecer e morrer. Daí a necessidade de novos modelos teórico-metodológicos que possibilitassem pensar o processo saúde-doença como manifestação coletiva e social.”

igualmente a concreticidade da saúde coletiva como objeto de estudo é indissociável da compreensão teórica de sua determinação social.<sup>157</sup>

Nesse sentido, podemos fazer uma aproximação entre o sentido dos termos/conceitos territorialidade e cidadania. Por cidadania compreende-se os direitos sociais, o direito ao entorno, à moradia, à saúde, à educação, etc, em síntese, o direito ao território.

Refletindo acerca dessa temática, Faria e Bortolozzi (2009, p.32) argumentam:

As mudanças impostas pela “nova” sociedade que se desenvolve a partir da década de 1970 vêm fortalecer a categoria espaço e território nas pesquisas em saúde pública. Por um lado, as mudanças no perfil de morbimortalidade da população, caracterizada pela redução das doenças infecciosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas, e, por outro, a emergência de novas enfermidades, como a Aids, são responsáveis pela crise que se instaura na ciência epidemiológica no sentido de buscar formas mais eficientes de entender a doença como manifestação coletiva.

Com tais pressupostos, por um lado, o território - contexto das relações sociais - é essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, de outro, torna-se fundamental para o planejamento governamental de ações que permitam minimizar os impactos dessa apropriação na vida dos cidadãos. Como exemplo, podemos mencionar o planejamento territorial urbano que pode tanto evitar a produção de doenças, controlando a ocupação de áreas inadequadas e produzindo um ambiente saudável, quanto tornar mais eficiente as ações da saúde pública, instalando equipamentos e serviços que sejam condizentes com as realidades territoriais a que se destinam.

Na compreensão de Monken e Barcellos (2005), o reconhecimento desse território é um passo essencial para a caracterização da sociedade/usuários e de seus problemas de saúde, assim como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa sociedade. Ademais, possibilita o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e os usuários, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise geográfica.

Fica evidenciado, portanto, que a diretrizes estratégicas do SUS têm uma relação umbilical com a definição do território, sendo que o município representa a escala inferior onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. (DUTRA, 2011)

Nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de maneira que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993). A operacionalização

---

<sup>157</sup> “Ao mesmo tempo, que reconhecemos que o território é um componente indissociável de todos os processos sociais, devemos reconhecer também o caráter uno-múltiplo da especificidade das problemáticas que ele expressa”. (SANTOS, 2007, p.12)

desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde.

Fica constatada que a dimensão territorial da ação governamental está presente ao longo da formulação de sua política setorial, neste caso de saúde. Tal fato pode significar que a identificação da lógica de funcionamento do espaço geográfico – sua rede urbana, suas identidades regionais, suas infraestruturas e seus circuitos econômicos – é inescapável para a construção de uma política pública que tenha como princípios a universalidade, a acessibilidade e a integralidade da atenção à saúde, por meio da regionalização.

Retomando a discussão ao Mato Grosso do Sul, constata-se outro dado relevante referente à grande concentração de povos indígenas no estado que, aliás, abriga a segunda maior população indígena do Brasil.

De acordo com dados do Sistema de Informações da Atenção à Saúde – SIASI, da Funasa (BRASIL, 2010), em Mato Grosso do Sul havia 68.860 indígenas, residindo em aldeias distribuídas em 29 municípios sul-mato-grossenses, sendo eles das seguintes etnias: Atikum, Bororo, Cinta Larga, Guarani Guarani Kaiowa, Guato, Kadiweu, Kaiowa, Kinikinawa, Ofaie, Terena e Xavante. Quanto à concentração de população indígena por município, Dourados aparece em primeiro lugar com 12.132, seguido de Amambaí com 8.645, e Miranda, com 6.839 indígenas.

Com o objetivo de atender os povos indígenas com políticas de saúde, o Ministério da Saúde conta com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Criada em outubro de 2010, a SESAI surgiu a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, demanda reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

A incumbência da Secretaria é implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS (SasiSUS), descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), distribuídos territorialmente pelo País

Conforme divulgado oficialmente entre as atribuições da SESAI destacam-se:

- Desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas;

- Planejar e coordenar as ações de saneamento e edificações de saúde indígena;
- Articular com estados e municípios e organizações não governamentais ações de atenção à saúde indígena, respeitando as especificidades culturais e o perfil epidemiológico de cada povo;
- Promover o fortalecimento do Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.<sup>158</sup>

Para executar essas ações, a estrutura administrativa da SESAI conta com três departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI); de Atenção à Saúde Indígena (DASI) e de Saneamento e Edificações de Saúde (DSESI). Conta, igualmente, com 34 DSEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas): unidade gestora descentralizada do Subsistema, responsável pela execução de ações de atenção à saúde nas aldeias e de saneamento ambiental e edificações de saúde indígena. Os Distritos foram divididos por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Os DSEIs abrangem mais de um município e em alguns casos mais de um estado. Além dos DSEIs, há, ainda, os Polos Base<sup>159</sup>, Casas de Saúde Indígena (CASAI's)<sup>160</sup> e postos de saúde.

Para realização da presente pesquisa, foram analisados os dados disponibilizados tanto pelo Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), como também pelo Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) que forneceram informações acerca do quantitativo e da distribuição dos povos indígenas em Mato Grosso do Sul.

No Mapa 7 estão identificados os 34 DSEIs existentes no Brasil, já no Mapa 8 é apresentado em detalhe o DSEI nº 20 que se encontra em Mato Grosso do Sul com sede em Campo Grande:

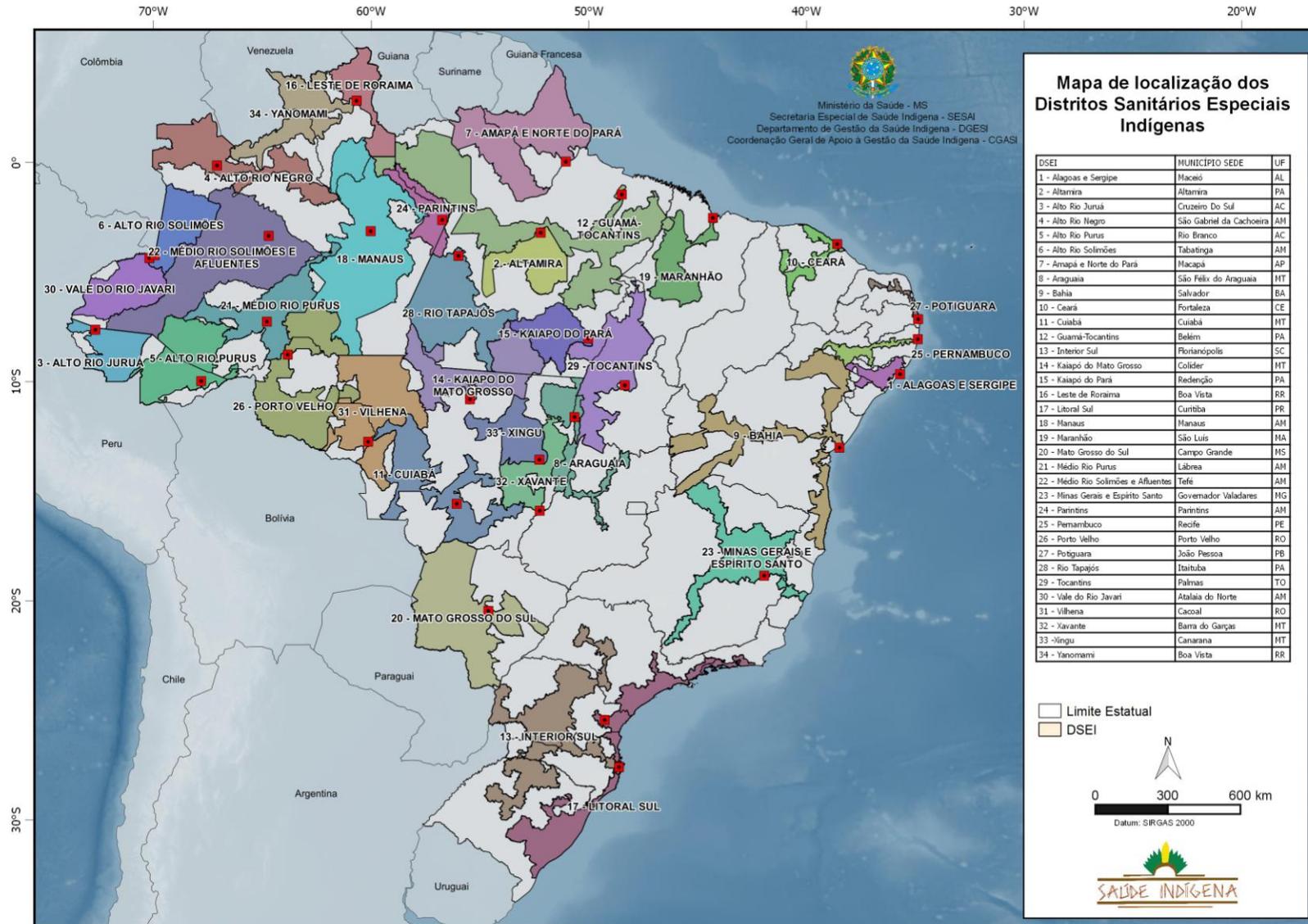
---

<sup>158</sup> Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>> Acesso em: 20 abr. 2018.

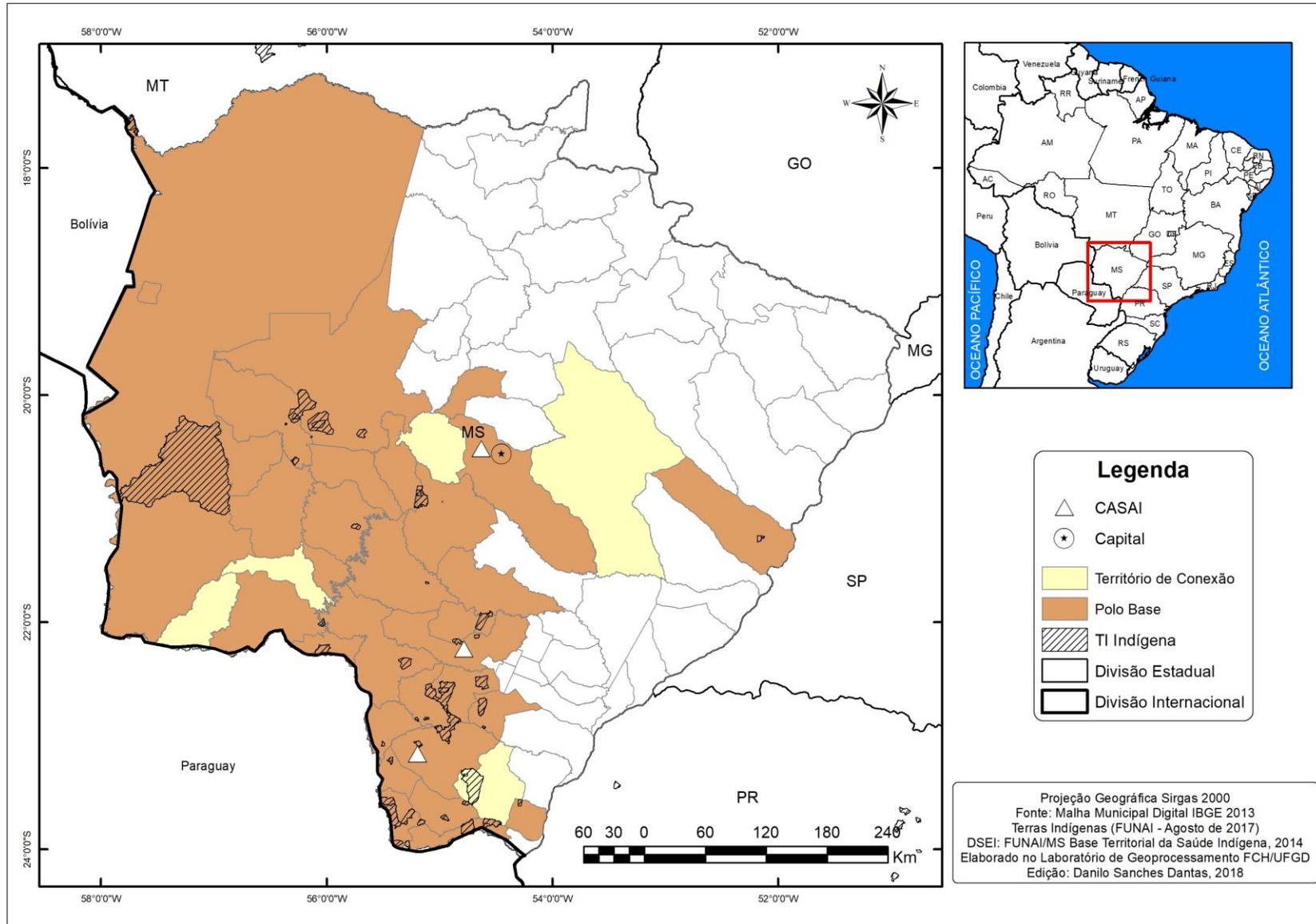
<sup>159</sup> Os polos são a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam nas aldeias. Cada Polo Base cobre um conjunto de aldeias. No Brasil, os 34 DSEIs abrigam 351 Polos Base. Existem dois tipos, que são classificados de acordo com a complexidade de ações que executa: O Polo Base Tipo II localiza-se no município de referência. A sua estrutura física é de apoio técnico e administrativo à Equipe Multidisciplinar, não devendo executar atividades de assistência à saúde. Estas atividades assistenciais serão realizadas em um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de referência. O Polo Base Tipo I caracteriza-se por sua localização em terras indígenas. Fonte: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>>. Acesso em: 28 abr. 2018

<sup>160</sup> Atualmente no Brasil existem cerca de 66 CASAI's, localizadas em municípios de referência dos distritos indígenas distribuídas em todo o país. Essas casas oferecem cuidados de saúde como: alojamento e alimentação para pacientes e acompanhantes, marcação de consultas, exames e internações hospitalares. Quando o problema de saúde não é resolvido nas aldeias, o indígena é encaminhado para as Casais. Fonte: "CASAI's: Ministério da Saúde quer aprimorar Casas de Apoio à Saúde Indígena" Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/sesai/14600-casais-ministerio-da-saude-quer-aprimorar-casas-de-apoio-a-saude-indigena>>. Acesso em: 28 abr. 2018

Mapa 7 – Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - Brasil - 2018



Mapa 8 – Distrito Sanitário Especial Indígena - Mato Grosso do Sul



Analisando o Mapa 8 constata-se que o DSEI Mato Grosso do Sul está sediado em 15 polos base que abrangem um total de 38 municípios. Além destes, verificou-se a existência de cinco municípios classificados como “território de conexão”, são eles: Ribas do Rio Pardo, Terenos, Jardim, Caracol e Iguatemi. Buscando compreender a classificação destes cinco municípios, recorreu-se novamente ao Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC). A resposta desta vez não veio por meio de Nota Técnica, no entanto, trouxe a explicação sobre a metodologia utilizada para a classificação.

De acordo com a resposta da CGASI/DGESI/SESAI/MS os Territórios de Conexão têm por finalidade representar de forma integrada os territórios da Saúde Indígena (Polos Base e DSEI). São áreas contíguas aos Polos Bases que representam importância na abrangência do território do DSEI, onde não possuem aldeias ou Terras Indígenas, porém são importantes na organização das comunidades indígenas e para a organização e fluxo dos serviços da saúde indígena, podendo servir de escoamento por meio de estradas ou rios, ou possuir unidades de saúde do SUS que são referência para atendimentos de Média e Alta Complexidade para o DSEI ou Polo Base.

Ainda de acordo com a CGASI/DGESI/SESAI/MS entende-se que o Território é algo dinâmico e em constante mudança. A territorialidade indígena independe das configurações políticas (municipais e estaduais) existentes no país. Os limites políticos são apenas um dos critérios de definição territorial da saúde indígena.

Os critérios para a vetorização do Território de Conexão são: não possuir, até a produção da cartográfica, aldeias ou Terras Indígenas, ou seja, não fazer parte de um território de organização de saúde indígena (Polo Base) devendo ser contíguas aos Polos Base e representar importância dentro do território de um DSEI.

Vale destacar que a grande maioria dos municípios encontra-se localizados do centro do estado até os limites de fronteira numa imagem que nos remete sobremaneira ao Mapa 3 onde temos destacados os municípios de fronteira. Existiam em 2018, no Brasil, 964 municípios integrantes da classificação Território de Conexão distribuídos em 24 Unidades da Federação

De acordo com dados referentes ao levantamento realizado em 2013 disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) no DSEI Mato Grosso do Sul viviam 71.658 indígenas de 8 distintas etnias residindo em 99 aldeias. Vale destacar que o DSEI do estado conta com três unidades das Casas de Saúde Indígena (CASAI).

Sobre os distritos sanitários, o Ministério da Saúde esclarece que:

[...] trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado –, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social.

No Brasil, são 34 DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os Polos base e as Casas de Saúde Indígena (CASAI's).<sup>161</sup>

Acerca da infraestrutura, Mato Grosso do Sul conta com 66 Unidades Básicas de Saúde Indígenas instaladas em 23 municípios conforme detalhado no Mapa 09.

Analisando o Mapa 09 o destaque fica por conta dos municípios de Miranda e Aquidauana que possuem, respectivamente, 11 e 10 Unidades Básicas de Saúde à Atenção Indígena. Na sequência aparece Paranhos com seis unidades, Amambai, Dourados e Porto Murtinho com cinco unidades cada.

Conforme mencionado por Alessio (2015, p.58) “Pela primeira vez, todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DISEI) existentes no Brasil registraram a presença de médicos de maneira ininterrupta nos seus territórios.”

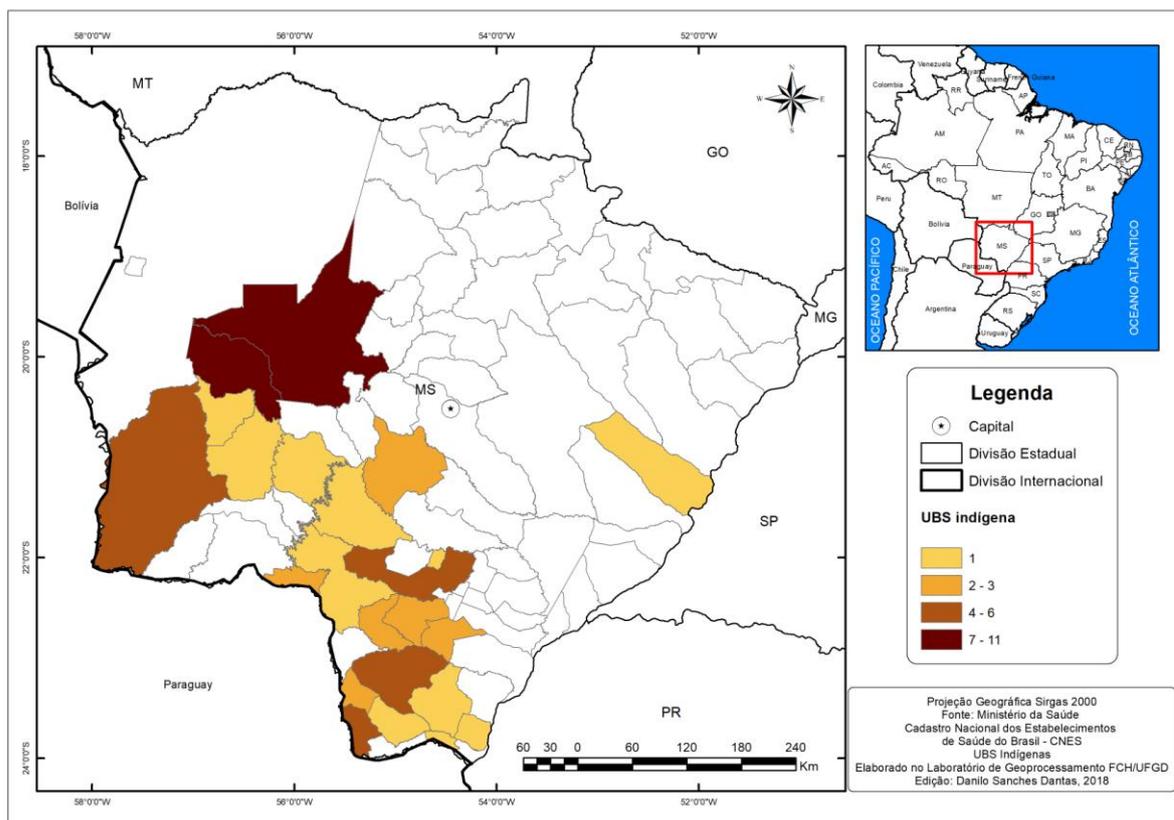
Indubitavelmente tal constatação é um fato/conquista histórica.<sup>162</sup> A soma da condição geográfica de fronteira com a expressiva presença dos povos indígenas cria uma demanda ainda mais específica aos gestores públicos para garantir a oferta dos serviços de saúde – universal e de qualidade às ações. No subcapítulo 3.2 é discutida a contratação de profissionais por meio do provimento emergencial para atendimento da demanda dos DSEIs.

---

<sup>161</sup> Fonte: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>> Acesso em: 20 abr. 2018.

<sup>162</sup> “A avaliação do provimento emergencial do Programa conduzida nesta pesquisa demonstrou que, mesmo sob um olhar conservador e rigoroso acerca definição dos critérios e, conseqüentemente, dos municípios e localidades prioritárias, o PMM de fato provisionou médicos para áreas que combinam os mais altos índices de escassez médica e também de desigualdade social. Neste sentido, por mais que a participação dos brasileiros tenha aumentado progressivamente com o passar dos ciclos, há de se destacar a representatividade dos médicos cubanos (63% do total), mas, acima de tudo, a imprescindibilidade deles no provimento para as localidades mais vulneráveis do país. Se o Programa foi capaz de atender a todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas do país é porque 88% dos médicos atuando nesses territórios são cubanos. São cubanos também 71% dos médicos do PMM que atendem nos municípios com 20% ou mais da sua população vivendo em extrema pobreza.” RIBAS (2016, p.94)

**Mapa 9 – Distribuição das Unidade de Saúde à Atenção Indígena em MS - 2018**



Ainda tratando sobre a população sul-mato-grossense, de acordo com dados disponibilizados pelo IBGE, em 2017 o estado contava com 2.713.147 habitantes<sup>163</sup> o que lhe confere à 21ª colocação no ranking nacional no quesito populacional. Quando da criação do Mais Médicos em 2013, os indicadores populacionais foram utilizados pelo Ministério da Saúde estabelecimento da Relação Médico x Número de 1.000 habitantes.

Conforme detalhado no Quadro 02, em 2012, Mato Grosso do Sul tinha uma população estimada em 2.426.518 habitantes frente a uma contingente de 3.733 médicos cadastrados no Ministério da Saúde o que resultava numa relação de 1,54 médicos para cada grupo e 1.000 habitantes.

Neste contexto, pode-se afirmar que Mato Grosso do Sul foi inserido no Programa Mais Médicos como uma das 22 Unidades da Federação que apresentava a relação médico/mil habitantes menor que a média nacional que, em 2013 era de 1,83 médicos para cada grupo de mil habitantes. Trata-se de uma realidade comum à Região Centro-Oeste - exceto o Distrito Federal - onde Goiás possuía 1,45, e Mato Grosso, 1,1 médicos para cada

<sup>163</sup> Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/panorama>> Acesso em: 19 abr. 2018.

mil habitantes.<sup>164</sup> A figura 13 traz um levantamento realizado pelo Conselho Federal e Medicina que aponta a relação médico x grupo de mil habitantes por Unidade da Federação.<sup>165</sup>

**Figura 13 – Relação médico/mil habitantes por UF no ano de 2012**



Fonte: Apresentação do Ministro da Saúde. Dois anos do Mais Médicos

Atendida a proposta inicial de contextualizar as principais características do estado de Mato Grosso do Sul que, no nosso entendimento, dialogam diretamente com a implementação do Programa Mais Médicos, a saber, área, localização, divisão territorial e perfil populacional, passaremos a discutir de maneira mais detalhada os três eixos / pilares do Programa e seus desdobramentos no Estado.

<sup>164</sup> SOARES NETO, MACHADO e ALVES (2016, p.2710): “No decorrer da primeira década do presente século, estudos apontaram escassez de médicos no Brasil. Um relatório publicado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG), em 2010, constatou que 97,6% dos municípios apresentavam escassez médica e que 400 deles eram totalmente carentes da atuação de médicos.”

<sup>165</sup> Sobre essa temática, Alessio (2015, p.61), argumenta que: “Em recente artigo do *The New England Journal of Medicine*, são feitas importantes considerações a respeito da crise de severa diminuição e evidente má distribuição de profissionais de saúde em diversos países de diferentes graus de desenvolvimento social e econômico. Transições demográficas, epidemiológicas e de custos das doenças influem nesta crise e exercem força importante em mudanças nos sistemas de saúde, no papel dos diferentes profissionais de saúde e na maneira de formar estes profissionais. Os autores ponderam, ainda, que “profissionais de saúde estão migrando, assim como pacientes viajam a procura de tratamento”; desta forma, “profissionais da saúde estão interligados, encarando desafios compartilhados (Crisp e Chen, 2014, p. 950)”. CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. *New England Journal of Medicine*, v. 370, n. 10, p. 950–957, 5 mar. 2014.

### **3.1 – Intervenções na ampliação e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde por meio do Programa Requalifica UBS**

Instituído através das portarias 2.206 de 14 de setembro de 2011 com o componente “Reforma” e 2.394 de 11 de outubro de 2011 com o componente “Ampliação”, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde foi concebido pelo Ministério da Saúde para implementar ações para melhoria da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

De acordo com o discurso oficial, o objetivo do Programa era implementar uma infraestrutura adequada às necessidades das equipes de Atenção Básica. Vale destacar que o componente “Ampliação” destinou recursos federais, através de um incentivo específico, para que estados e municípios no âmbito de cada Unidade da Federação, através da Comissão Intergestora Bipartite (CIB)<sup>166</sup>, decidissem a alocação dos recursos respeitando as diretrizes e regras do Programa.

Ainda de acordo com Ministério da Saúde, cerca de 80% dos problemas de saúde da sociedade brasileira podem ser resolvidos na Atenção Básica, fato que por si só já justificaria a necessidade de ampliação dos investimentos nesse setor com o objetivo de diminuir a demanda por atendimento em hospitais gerais e instituições habilitadas para serviços de média e alta complexidade.

Analisando os objetivos do Programa Requalifica UBS, identifica-se que as ações de intervenção nas Unidades Básicas de Saúde visam oferecer uma melhor estrutura física dotada de recursos que auxiliem o trabalho das Equipes de Saúde das Unidades.

Durante os levantamentos inerentes à presente pesquisa, constatou-se que nos últimos quinze anos os investimentos aportados para ações que envolvem a manutenção da Atenção Básica tiveram um expressivo incremento.

De acordo com dados disponibilizados no portal do Ministério da Saúde em 2002, o Governo Federal destinou R\$ 3,2 bilhões à Atenção Básica, sendo que em 2015 o investimento alcançou R\$ 18,7 bilhões.

---

<sup>166</sup> Para saber mais sobre as Comissões Intergestoras acesse <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/gestao-do-suas/comissoes-intergestores>>

Outro dado que merece atenção diz respeito ao crescimento no número de Unidades Básicas de Saúde no Brasil. Em 2010, havia cerca de 32,8 mil unidades<sup>167</sup> em funcionamento. Em abril de 2018 já somavam 36.989 unidades.<sup>168</sup>

Acerca da composição de orçamento para implementação do Programa Requalifica UBS, identificamos que, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2) foram 14.053 unidades apoiadas, com R\$ 3,6 bilhões em investimentos, beneficiando 4.089 municípios. Deste total, 10.540 unidades foram finalizadas com R\$ 2,4 bilhões em investimentos, sendo 6.918 unidades concluídas a partir de janeiro de 2015.<sup>169</sup>

Ao todo foram contratadas 27.015 obras de construção, ampliação e/ou reforma de Unidades Básica de Saúde em mais de 5.000 municípios brasileiro, num investimento total na ordem de 5,8 bilhões de reais.

Em Mato Grosso do Sul, conforme se divulgou oficialmente, foram destinados recursos na ordem de R\$ 42 milhões para realização de obras de construção e/ou ampliação de Unidade Básicas de Saúde localizadas em 72 dos seus 79 municípios.

O contexto histórico recente de implementação das Políticas Públicas de saúde no Brasil nos permite identificar um conjunto de ações que, somadas, visam promover a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS). Podemos destacar os Programas Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), Mais Médicos (PMM) e Requalificação das UBS (Requalifica UBS). Este conjunto de políticas somadas a outra série de ações marcam uma mudança em relação à atenção dispensada pelo Estado brasileiro acerca da Atenção Básica em Saúde, a partir do ano de 2011.

Contatou-se que as ações propostas pelo Programa Requalifica UBS também tem como objetivo promover a permanência dos profissionais médicos nas Unidades Básicas de Saúde contribuindo para enfrentar a grande rotatividade existente, considerando a constante reclamação por parte dos integrantes das equipes das UBS, acerca das más condições de trabalho.<sup>170</sup>

---

<sup>167</sup> “Ministério libera R\$ 12,5 milhões para unidades básicas de saúde” Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/24945-ministerio-libera-r-12-5-milhoes-para-unidades-basicas-de-saude>> Acesso em: 20 jun. 2017.

<sup>168</sup> <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>> Acesso em: 20 jun. 2018.

<sup>169</sup> “6º Balanço do PAC 2015 – 2018, p. 61. Dados de referência à 31 de dezembro de 2017”. Disponível em <<http://pac.gov.br/pub/up/relatorio/11f9b2f7cbe3c3ec5c1f9f67b5f3be.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2018.

<sup>170</sup> “[...] em relação ao escore de infraestrutura, tanto na localização Norte/Nordeste quanto na Sudeste/Sul/Centro-Oeste, a infraestrutura média das UBS que receberam médicos do PMM é maior que o das que não receberam. Este fato mostra um esforço em propiciar condições mínimas (ou mais adequadas) ao trabalho dos médicos do programa, embora estes tenham sido alocados, como previsto, nos municípios prioritários que, em geral, vivenciam diversos tipos de vulnerabilidades.” (SOARES NETO, MACHADO e ALVES, 2016, p. 2716).

Reconhecendo a importância de se ter recursos estruturais e equipamentos que possibilitem atender as necessidades em saúde na atenção básica, o Ministério da Saúde lançou o “Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família”<sup>171</sup>. O manual sugere que a estrutura física das UBS atue como agente facilitador de mudanças das práticas em saúde. (SOARES NETO, MACHADO e ALVES, 2016)

O Manual<sup>172</sup> define que a estrutura física mínima (para uma equipe de saúde da família) deve ser composta de sala de recepção/arquivo de prontuários; sala de espera; sala de administração, gerência e ACS; sala de reuniões e educação em saúde; almoxarifado; consultório com sanitário; consultório sem sanitário; sala de vacina; sala de curativo/procedimento; sala de nebulização; farmácia (sala de armazenamento de medicamentos); equipamento odontológico; área de compressor; sanitário para usuário; sanitário para deficiente; banheiro para funcionários; copa/cozinha; depósito de materiais de limpeza; sala de recepção lavagem e descontaminação; sala de esterilização; abrigo de resíduos sólidos; depósito de lixo.

Os resultados da pesquisa “Saúde da Família no Brasil. situação atual e perspectivas - estudo amostral 2008” sinalizaram a necessidade de melhorar a estruturação das UBS. Ademais, a Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (AMS- IBGE), realizada em 2009, permitiu ao Ministério da Saúde constatar que, em todo o país, 73,6 % das UBS existentes não estavam adequadas à metragem para autorização de funcionamento de uma UBS.

O diagnóstico das precárias condições das Unidades Básicas de Saúde agilizou a reestruturação da referida política pública com o início, ainda no ano de 2009, do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde. O Plano tinha como objetivo criar mecanismos de financiamento para construção de Unidades Básicas de Saúde como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Saúde da Família. Ainda de acordo com as diretrizes do supracitado Plano a partir da implementação de ações na infraestrutura das UBS, esperava-se melhorar o desempenho de suas ações e estimular a implantação de novas equipes, qualificando a Atenção Básica.

Em 2011, o Plano Nacional de Implantação da UBS foi contemplado com a inserção de recursos para a construção de mais 3 (três) mil Unidades Básicas de Saúde por meio do

---

<sup>171</sup> Para conhecer as diretrizes acesse: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf)>

<sup>172</sup> Vale citar que o referido manual foi elaborado com base nos princípios da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50/ANVISA/fevereiro/2002, que dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Acesse: <[http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf)> e saiba mais.

Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2) que também promoveu ampliação de mais de 10 mil unidades já existentes.

Além das ações específicas voltadas à melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, o Ministério da Saúde implementou políticas voltadas à requalificação da Atenção Básica e que associadas às ações de Requalifica UBS tem como objetivo melhorar os indicadores da AB.

Conforme o discurso oficial:

“com essas iniciativas, o Ministério da Saúde cumpre o seu papel de ser parceiro dos municípios em todas as frentes, oferecendo as condições necessárias para que a estrutura, o atendimento e a qualificação melhorem continuamente por meio de projetos de abrangência nacional, fortalecendo os mecanismos de controle e a transparência do SUS.”<sup>173</sup>

O Programa de Requalificação de Unidades Básica de Saúde refere-se ao financiamento para a adequação e ampliação da rede de serviços de Atenção Básica de saúde, apoio técnico e financiamento para melhoria e adequação da rede de serviços caracterizada como de primeira referência para a Atenção Básica. A finalidade do Programa é garantir o atendimento da população rural e urbana na rede de Atenção Básica de Saúde, assim como assegurar sua resolutividade, de forma articulada com os outros níveis de atenção, visando à integralidade das ações e a redução das desigualdades regionais.

Em relação ao sistema organizacional o Programa Requalifica UBS foi estruturado para três componentes, conforme detalhamento a seguir:

Componente Ampliação- Portaria nº 339, de 4 de março de 2013

Art. 3º O Componente Ampliação é definido pela quantidade e tipos de ambiente da UBS, obedecidos os regramentos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definida nos termos da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.

Parágrafo único. Serão financiadas ampliações de UBS implantadas em imóvel próprio do Município ou Distrito Federal ou a ele cedido por outro ente federativo, que possua documentação regular e que tenha metragem inferior a 153,24 m<sup>2</sup> (cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados) ou, desde que seja ampliada a oferta de serviços, metragem superior a 153,24 m<sup>2</sup> (cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados).

Componente Construção - Portaria nº 340, de 4 de março de 2013

Art. 2º O Componente Construção do Programa de Requalificação de UBS tem como objetivo permitir o repasse de incentivos financeiros para a construção de UBS municipais e distritais como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações.

Art. 3º As UBS construídas no âmbito deste Componente obrigatoriamente serão identificadas de acordo com os padrões visuais constantes da Portaria nº

---

<sup>173</sup> “Nos últimos 4 anos, Saúde destinou R\$ 5 bilhões para reforma e ampliação de 26 mil UBS”. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=1986>>. Acesso em: 24 maio 2018.

2.838/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS.

Componente Reforma - Portaria nº 341, de 4 de março de 2013

Art. 3º O Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) é composto pelos seguintes grupos de serviços:

- I - Demolições e Retiradas;
- II - Infraestrutura;
- III - Estrutura;
- IV - Alvenaria;
- V - Cobertura;
- VI - Esquadrias;
- VII - Instalações Hidrossanitárias;
- VIII - Instalações Elétricas;
- IX - Rede Lógica;
- X - Instalações Especiais;
- XI - Pisos;
- XII - Revestimentos;
- XIII - Vidros;
- XIV - Pinturas; e
- XV - Limpeza da Obra.

Parágrafo único. Serão financiadas as reformas de Unidades Básicas de Saúde implantadas em imóvel próprio do Município ou Distrito Federal ou a ele cedido por outro ente federativo, que possua documentação regular e cuja metragem seja superior a 153,24 m<sup>2</sup> (cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados).

Em relação ao componente “Construção” a legislação prevê uma classificação das Unidades Básicas de Saúde em relação ao seu porte. No artigo 4º da supracitada Portaria é feito o detalhamento conforme segue:

Art. 4º Ficam definidos 4 (quatro) Portes de UBS a serem financiadas por meio do Componente Construção:

- I - UBS Porte I: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 1 (uma) Equipe de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 1 (uma) Equipe de Atenção Básica;
- II - UBS Porte II: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 2 (duas) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica;
- III - UBS Porte III: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 3 (três) Equipes de Atenção Básica; e
- IV - UBS Porte IV: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica.

Ainda conforme a Portaria 340/2013 a destinação de recursos seguirá a classificação de porte das UBS conforme detalhamento que segue:

Art. 5º O valor dos incentivos financeiros a serem destinados pelo Ministério da Saúde para o financiamento da construção de cada UBS, de acordo com seu respectivo Porte, é de:

- I - UBS Porte I: R\$ 408.000,00 (quatrocentos e oito mil reais);
- II - UBS Porte II: R\$ 512.000,00 (quinhentos e doze mil reais);
- III - UBS Porte III: R\$ 659.000,00 (seiscentos e cinquenta e nove mil reais);
- IV - UBS Porte IV: R\$ 773.000,00 (setecentos e setenta e três mil reais).

A legislação também detalha que, caso o custo final da construção da UBS seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de montante deverá ser custeada por conta do próprio Município ou Distrito Federal, bem como se o custo final da construção da UBS for inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo Município ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo de ações de construção dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada.

A operacionalização financeira do Programa Requalifica UBS ocorre por meio de descentralização de recursos federais atendendo as diretrizes fundamentais do SUS de regionalização e de descentralização.

A Secretaria Federal de Controle Interno (SFC), quando da fiscalização federal a partir de Sorteio Público de Municípios identificou alguns problemas na execução dos recursos garantidos por meio do Requalifica UBS, dentre os quais se destaca o distanciamento entre quem planeja a política pública e quem a executa; a limitação, tanto em número quanto em capacitação, do quadro de pessoal, o que acarreta falhas formais dos procedimentos, possibilidades de fraude, corrupção e ilícitos penais.

**Foto 3 – Emplacamento oficial da obra de reforma na UBS Cuiabazinho Dourados(MS)**



Foto: Trabalho de campo do Autor, 2018.

Nesse sentido, é importante mencionar que a implementação do Programa de Requalificação de UBS ocorre por meio de transferência de recursos financeiros para estados, Distrito Federal e municípios, por meio de convênio, contrato de repasse ou de transferência

fundo a fundo. Assim, o Ministério transfere voluntariamente a estados, municípios e ONGs recursos destinados a investimentos na rede de atendimento por meio da Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Analisando a Gestão do Programa Requalifica UBS, Bicalho (2012) apresenta um mapeamento detalhado das etapas que devem ser cumpridas pelos envolvidos no processo.

Os Gestores encaminham propostas de investimentos ao Ministério, considerando a política pública de financiamento adequada à determinada necessidade. O MS analisa-as, técnica e financeiramente, relaciona aquelas adequadas, prioriza-as segundo critérios preestabelecidos e formaliza os instrumentos de transferência, em regra via transferências Fundo a Fundo. A definição sobre que instrumento de transferência será adequado para cada proposta obedece aos seguintes critérios: transferências a estados e municípios serão formalizadas Fundo a Fundo, com exceção de obras de grande porte, que terão seus recursos liberados e avaliados pela Caixa Econômica Federal, por meio de Contrato de Repasse; transferências a Organizações não Governamentais serão formalizadas como Convênio [...]. (BICALHO, 2012, p. 38)

A mesma autora explica que:

[...] de posse dos recursos, agentes responsáveis pela rede de atendimento os investem nos objetos previamente acordados com o Ministério e, tão logo seja concluída esta etapa de realização da despesa, devem oferecer o incremento no atendimento pretendido pelas partes, Ministério e agente responsável. (BICALHO, 2012, p. 38)

Após a execução das despesas o gestor responsável deve incluir as informações no Relatório Anual de Gestão, para que seja apreciado pelo conselho de saúde respectivo e, a fim de confirmar a adequação dos gastos, são realizadas verificações amostrais pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS).

Bicalho (2012) assevera, igualmente, que:

Se o instrumento de transferência utilizado for Convênio ou Contrato de Repasse, alteram-se as formas de prestação de contas pelos responsáveis pelas despesas, os tipos de verificações de cumprimento dos objetos e objetivos avençados e os responsáveis por essas verificações, sendo o FNS o responsável pelo controle primário, que é efetivado por meio das análises [...], com verificações “in loco” realizadas por amostra. A Caixa Econômica Federal é responsável pela fiscalização da totalidade dos recursos transferidos por meio de Contrato de Repasse, observando-se que, nesse caso, os objetos são sempre relacionados a obras de engenharia e as verificações não têm a finalidade de avaliar o cumprimento dos objetivos, apenas dos objetos, o que naturalmente irá requerer também mecanismos de controle dos objetivos por parte do MS. Após os recursos serem repassados aos entes beneficiados, os mecanismos de acompanhamento irão variar de acordo com o tipo de repasse.

Os repasses Fundo a Fundo são acompanhados pelos Conselhos de Saúde estaduais ou municipais. Posteriormente, os Relatórios de Gestão dos recursos são encaminhados para a Secretaria de Gestão Participativa, apenas para notificação. No caso dos recursos transferidos via convênio, a execução segue as disposições das normas vigentes, tais como o Decreto nº 6.170/07 e a Portaria Interministerial nº 507/2011. Por fim, os Contratos de Repasse contam com o acompanhamento da Caixa Econômica Federal. Percebe-se, pela complexidade da execução do programa, que o gestor responsável pela implementação da referida política pública necessita

de mecanismos de controles internos adequados a cada tipo de instrumento utilizado na liberação dos recursos. (BICALHO, 2012, p. 39)

Fica evidenciado, que o Programa Requalifica UBS permite que sejam firmadas parcerias com os municípios para que os gestores locais possam estruturar seus postos de saúde e oferecer melhor atendimento à sociedade.

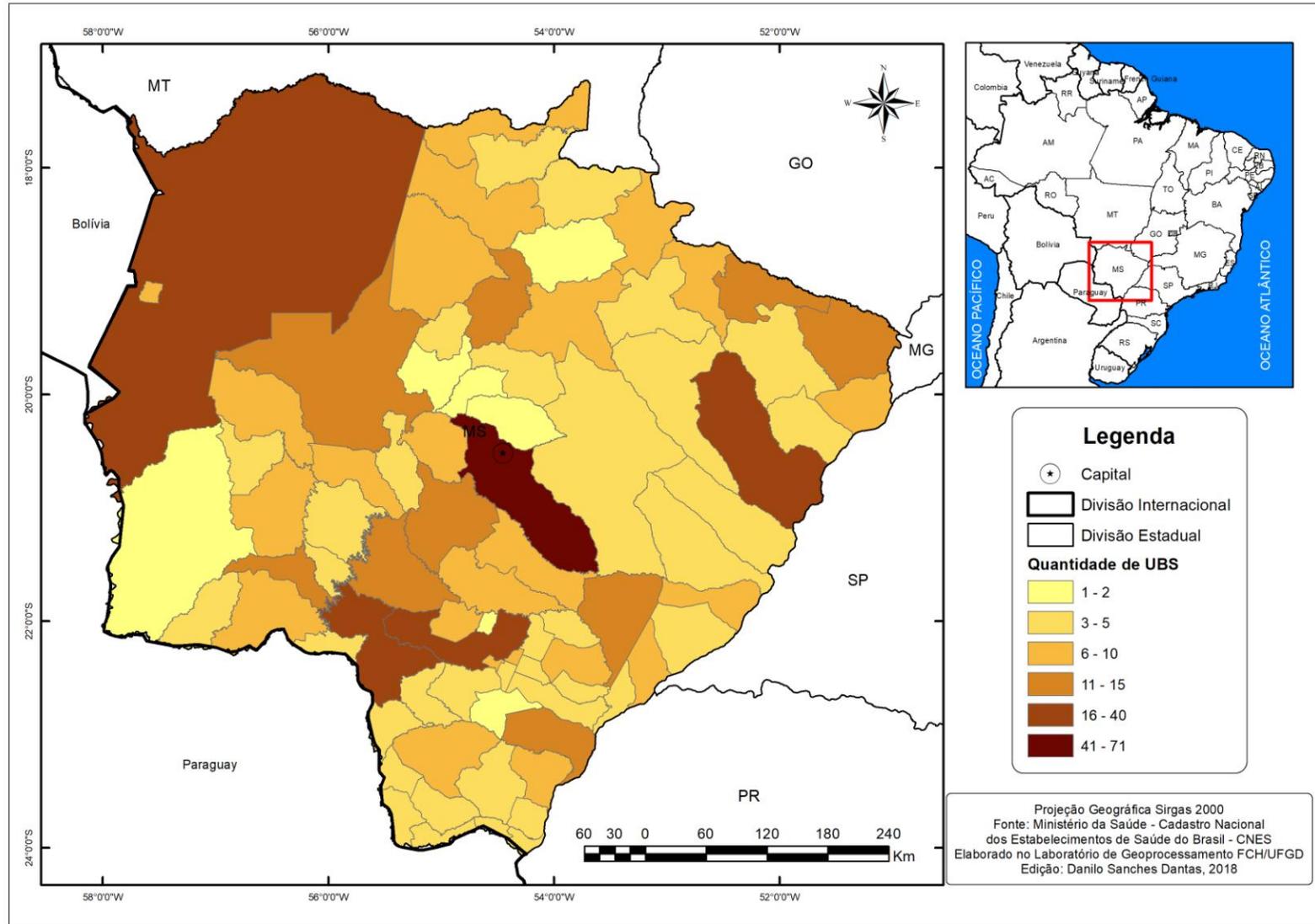
**Foto 4 – UBS Vila Rosa Dourados (MS) após reforma com recursos do Requalifica UBS**



Foto: Trabalho de campo do Autor, 2018.

Conforme dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, em abril de 2018 havia 592 Unidades Básicas de Saúde em funcionamento nos 79 municípios sul-mato-grossenses distribuídas de acordo com Mapa 10. Vale destacar que em fevereiro de 2017, ao realizar esta mesma consulta junto ao CNES, constatou-se que Mato Grosso do Sul contava com 581 UBS em funcionamento. Trata-se de um incremento de aproximadamente 2% no total de unidades num período de 15 meses.

Mapa 10 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde em Mato Grosso do Sul



Analisando o Mapa 10 é possível identificar que as cinco cidades polo aparecem em destaque com o maior número de Unidade Básicas de Saúde sendo 68 em Campo Grande, seguida por Dourados com 31, Corumbá com 21, Ponta Porã com 20 e Três Lagoas com 15. Por outro lado, verificamos a existência de sete municípios com até duas Unidades Básicas, são eles, Corguinho, Douradina, Figueirão, Jaraguari, Juti, Porto Murtinho e Rochedo. Ademais, nota-se que os 79 municípios sul-mato-grossenses estão contemplados com UBS em funcionamento.

Neste período (02/2017 a 05/2018), 17 municípios sul-mato-grossenses foram contemplados com a abertura de novas Unidades Básicas de Saúde, no entanto, o dado que chama a atenção se refere, ao contrário, à redução no número de UBS em oito municípios. Os casos mais drásticos foram verificados em Rio Brillhante e Porto Murtinho que perderam quatro e três Unidades respectivamente. Além destes, Aparecida do Taboado, Itaporã, Pedro Gomes, Ribas do Rio Pardo e São Gabriel do Oeste também perderam uma (01) UBS cada e Deodápolis perdeu duas (02) Unidades.

De acordo com a análise realizada mês a mês de fevereiro de 2017 a maio de 2018, contata-se que a redução se deu entre agosto e setembro de 2017 no caso de Porto Murtinho e, a partir de fevereiro de 2017, no caso de Rio Brillhante.

Um fato que merece ser destacado é que, realizando uma busca nos *sites* das prefeituras e câmaras municipais de vereadores dos municípios acima citados, não foi possível localizar nenhuma informação oficial acerca do fechamento das UBS, não tendo sido divulgada qualquer tipo de nota, matéria ou notícia.

É importante destacar que a pesquisa realizada junto ao CNES se baseia em diversos filtros de classificação dos estabelecimentos de saúde, sendo que para este trabalho aplicamos os seguintes parâmetros:

- Quantidade por Tipo de Estabelecimento segundo Município;
- Tipo de Estabelecimento = Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde;
- Município;
- Período.

Ao se constatar a redução no número dos Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde nos municípios supracitados, fora realizada uma pesquisa mais detalhada, cujo objetivo era identificar se houve mudança no cadastramento dos estabelecimentos o que resultaria numa outra classificação e poderia, por tanto, explicar a redução no quantitativo total. Para cumprir essa finalidade, o filtro do “Tipo de Estabelecimento” deixou de ser “Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde” passando à ser “Todas as Categorias”.

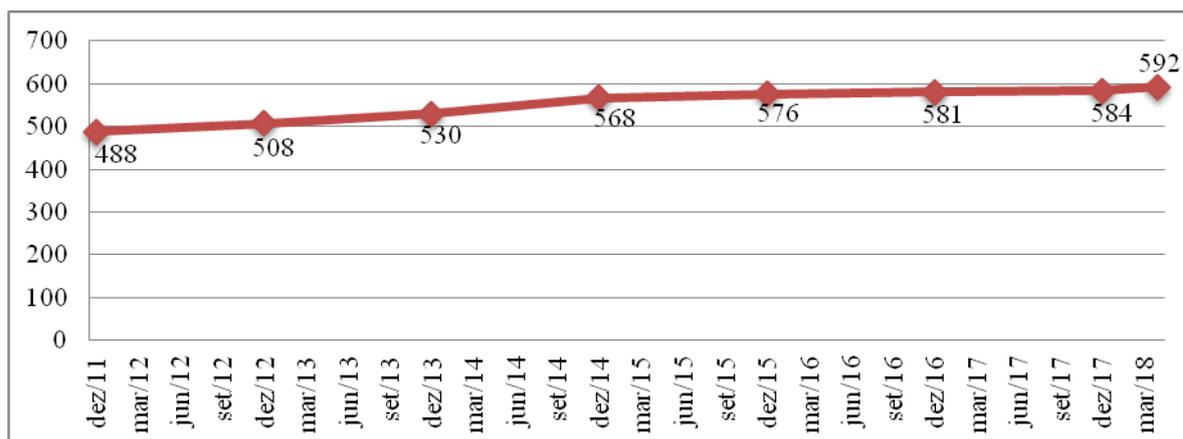
Ao realizar a alteração no parâmetro de pesquisa, constatou-se que em Porto Murtinho, o total de estabelecimentos de saúde caiu de 16 em 2016 para 13 em 2018. Já em Rio Brilhante foi verificado um aumento de 58 em 2016 para 63 em 2018 conforme detalhado no Quadro 23.

**Quadro 23 – Estabelecimentos de Saúde em Rio Brilhante e Porto Murtinho - 2016 a 2018**

Tipo de estabelecimento	Rio Brilhante			Porto Murtinho		
	dez/16	dez/17	abr/18	dez/16	dez/17	abr/18
<b>Academia da saúde</b>	1	1	1	0	0	0
<b>Central de regulação</b>	1	1	1	0	0	0
<b>Centro de apoio a saúde da família - CASF</b>	0	1	1	0	0	0
<b>Centro de saúde/unidade básica de saúde</b>	13	9	9	5	2	2
<b>Clinica especializada/ambulatório especializado</b>	3	2	2	0	0	0
<b>Consultório</b>	30	35	36	3	3	3
<b>Hospital geral</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Posto de saúde</b>	1	3	3			
<b>Secretaria de saúde</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia</b>	7	7	7	0	0	0
<b>Unidade de atenção à saúde indígena</b>	0	0	0	5	5	5
<b>Unidade mista</b>	0	1	1	0	0	0
<b>Total</b>	58	62	63	16	13	13

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Elaborado pelo autor, 2018.

Quando nos remetemos ao fato do Programa Requalifica UBS ter sido lançado no ano de 2011, nos surgiu a ideia, tendo em vista a divergência de dados constatada nas análises de 2016 e 2017, de verificarmos como se comportava o quantitativo de Unidades Básicas de Saúde em funcionamento em Mato Grosso do Sul naquele mesmo ano, ou seja, 2011. O resultado está detalhado no Gráfico 10.

**Gráfico 10 – Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde MS 2011/2018**

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Elaborado pelo autor, 2018.

Conforme citado anteriormente, Mato Grosso do Sul teria sido contemplado com recursos na ordem dos R\$ 42 milhões para obras em Unidades Básicas de Saúde em 72 municípios. A maior parte dos recursos foi garantida por meio da Portaria 1.380, de 9 de julho de 2013, na qual foram destinados cerca de R\$ 27,5 milhões contemplando ações em 40 municípios sul-mato-grossenses.

Além desta, constatou-se que municípios do estado tiveram participação garantida no Programa Requalifica UBS por meio das Portarias listadas no Quadro 24.

**Quadro 24 – Portarias que contemplaram o MS com recursos do Requalifica UBS**

Portaria	Nº Municípios Contemplados	Nº Ações Contempladas	Total aportado
PORTARIA Nº 2.814, de 29 de novembro de 2011	17	20	R\$ 2.221.723,39
PORTARIA Nº 1.170, de 5 de junho de 2012	49	106	R\$ 9.851.399,00
PORTARIA Nº 1.380, de 9 de julho de 2013	40	65	R\$ 27.499.000,00
PORTARIA Nº 1.381, de 9 de julho de 2013	16	38	R\$ 4.042.425,00
PORTARIA Nº 1.382, de 9 de julho de 2013	26	63	R\$ 10.326.850,80
PORTARIA Nº 2.081, de 23 de setembro de 2013	2	2	R\$ 816.000,00
PORTARIA Nº 2.093, de 24 de setembro de 2013	8	10	R\$ 1.170.281,75
PORTARIA Nº 2.154, de 26 de setembro de 2013	9	17	R\$ 1.709.520,00

Fonte: Ministério da Saúde<sup>174</sup>. Elaborado pelo autor, 2018.

Analisando os dados apresentados no Quadro 24, é possível identificar um número de ações bem maior (321) do que o número de municípios (167) que por sua vez é muito superior ao quantitativo mencionado anteriormente (72) e até mesmo do que o total de municípios existente no estado (79). Isso se deve ao fato de que alguns municípios tiveram

<sup>174</sup> Disponível em: -<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>>

ações aceitas pelo Ministério da Saúde nos três diferentes componentes do Programa Requalifica UBS, como já citado, ampliação, construção e reforma de Unidades de Saúde.

Como exemplo citamos o município de Dourados que recebeu recursos para o Componente Ampliação em onze (11) UBS e quatro (4) foram contempladas pelo Componente Reforma totalizando 16 ações somente neste município.

Ainda analisando os dados do Quadro 24 verificamos uma disparidade entre os recursos divulgados (R\$ 42 milhões) e os efetivamente destinados por meio das Portarias (R\$ 57.637.199,94). Essa divergência pode ser explicada pelo fato de que, no caso das Portarias consta os recursos oriundos das ações previstas pelo Programa de Aceleração do Crescimento - PAC 2, recursos estes que não haviam sido aportados na ocasião da inclusão do Mato Grosso do Sul no bojo do Programa Requalifica UBS.

Para analisar o andamento das obras do Programa Requalifica UBS, os gestores tem acesso ao Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB. De acordo com o Ministério da Saúde: Trata-se de um sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com o intuito de monitorar todas as obras de engenharia e infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e Academias da Saúde financiadas com recurso Federal, tornando-se uma ferramenta para o gerenciamento de todas as fases da obra. Através do SISMOB é possível alimentar as informações de planejamento, execução e monitoramento das obras contempladas nos municípios e para os Estados, acompanhamento dos pareceres emitidos pela área técnica. (Ministério da Saúde – Tutorial do Estado para acesso ao SISMOB)

No entanto, para fins de realização da presente pesquisa, não pudemos fazer uso dos relatórios gerados pelo supracitado sistema visto que para realização do cadastro dos usuários no SISMOB, é necessário inserir o CNPJ e a senha do Fundo Estadual de Saúde (FES), para que a partir deste primeiro *login*, seja possível preencher os dados dos usuários que utilizarão o sistema, com CPF, endereço, e-mail.

Diante o exposto, recorreremos à Ferramenta de Monitoramento disponibilizada pelo Programa de Aceleração do Crescimento através do qual é possível obter dados sobre o andamento dos empreendimentos nas mais diversas etapas da execução. Assim, elaboramos o Quadro 25 a partir da extração dos dados da Ferramenta disponibilizada pelo PAC 2.

**Quadro 25 – Acompanhamento das Obras do Programa Requalifica UBS em MS - 2016**

Estágio da obra	Nº Municípios Contemplados	Nº Ações Contempladas	Componente
Ação Preparatória	01	01	Construção
Em Licitação de Projeto	00	00	--
Em Licitação de Obra	01	04	Ampliação
Em Execução	00	00	--
Em Contratação	00	00	--
Em Obras	33	75	Ampliação/Construção/Reforma
Concluído	39	71	Ampliação/ Reforma

Fonte: Programa de Aceleração do Crescimento.<sup>175</sup> Elaborado pelo autor. 2018.

Comparando os Quadros 23 e 25, identificamos divergência entre os números apresentados. Enquanto as portarias indicavam a execução (321) em (167) municípios, os dados extraídos pelo sistema de acompanhamento dos empreendimentos do PAC 2 nos mostram que 74 municípios foram contemplados com a execução de 151 ações.

Como já havíamos alertado anteriormente, esta divergência é explicada pela existência de um grande número de ações propostas no seio do programa Requalifica UBS mas não inseridas no Programa de Aceleração do Crescimento.

Por um lado, a divergência nos dados também se justifica devido à dificuldade em visualizar as informações inerentes ao processo, exceto pela publicidade dada pela publicação das portarias de Habilitação dos municípios.

Este fato contraria em termos, ainda que parciais, a lógica da transparência defendida constantemente pelo Ministério da Saúde quando afirma que o Governo Federal tem investido na transparência para reforçar o monitoramento e controle social das construções, reformas e ampliações de UBS através do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB).

Por outro lado, concordamos que a partir da disponibilização das orientações mínimas necessárias à elaboração do projeto básico de arquitetura por parte do Ministério da Saúde proporciona mais segurança aos gestores durante o processo de execução, uma vez que as diretrizes seguem uma padronização contínua que levam em conta as normativas já vigentes de órgãos como Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

No entanto, enquanto pesquisador, ficamos limitados à acompanhar o andamento das ações por meio do que se divulga na imprensa oficial e também em sites de notícias e jornais. Neste caso, ficamos suscetíveis à manipulação das informações sejam pelos órgãos oficiais ou mesmo pela mídia.

<sup>175</sup> Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude/ms/60>>

A ausência de dados mais atuais é sentida ao longo do trabalho, no entanto, buscamos selecionar as fontes para garantir mais fidedignidade aos dados aqui apresentados, qualificando sobremaneira as informações discutidas e registradas.

Acerca da execução do Programa, verificamos a partir da análise dos dados disponibilizados pelo PAC 2 que cerca de 50% das ações previstas com recursos deste Programa, já haviam sido concluídas em meados de 2016 e outros 50% estavam em fase de execução o que demonstra equilíbrio no andamento dos empreendimentos.

Em maio de 2018 realizamos um novo levantamento na Ferramenta de Monitoramento disponibilizada pelo Programa de Aceleração do Crescimento. Os dados disponibilizados na ocasião tinham como data de referência 31 de dezembro de 2017. Com o desiderato de comparar a situação das obras com aquelas verificadas em 2016 e apresentadas no quadro 25 elaboramos o Quadro 26 que segue:

**Quadro 26 – Acompanhamento das Obras do Programa Requalifica UBS em MS - 2017**

Estágio da obra	Nº Municípios Contemplados		Nº Ações Contempladas	
	2016	2017	2016	2017
Ação Preparatória	01	00	01	00
Em Licitação de Projeto	00	00	00	00
Em Licitação de Obra	01	00	04	00
Em Execução	00	00	00	00
Em Contratação	00	00	00	00
Em Obras	33	19	75	43
Concluído	39	44	71	106

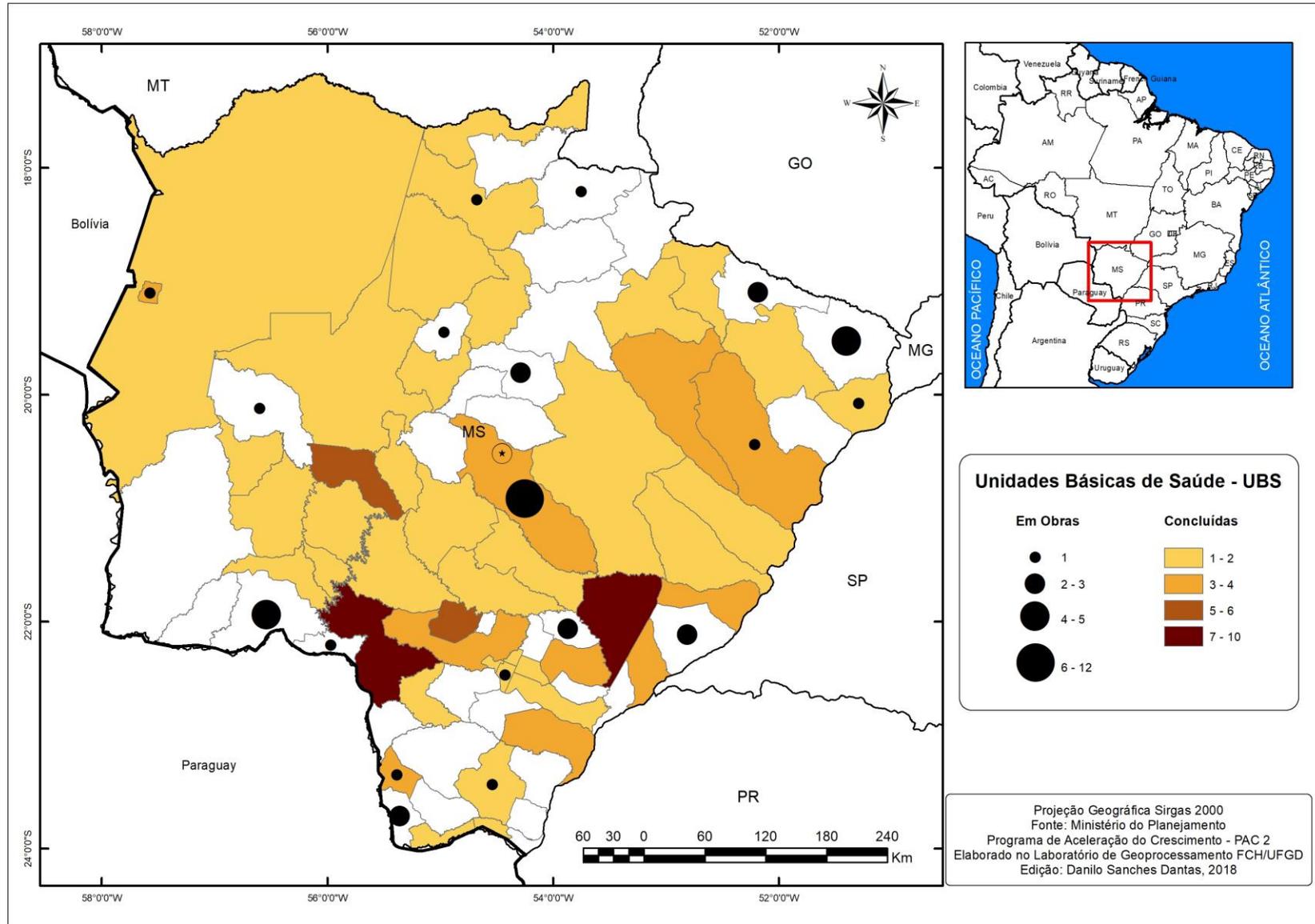
Fonte: Programa de Aceleração do Crescimento.<sup>176</sup> Elaborado pelo autor, 2018.

Novamente, constatou-se divergências nos números das ações divulgadas pelo Governo Federal. Ao confrontar os dados de 2016 com os de 2017 verifica-se que há discrepância nos números dos municípios contemplados, 74 em 2016 contra 63 em 2017. Se considerarmos a possibilidade de que as ações que encontravam-se em fase de licitação e ação preparatória em 2016 foram abortadas, ainda assim teríamos 72 ações entre construção e obras concluídas, contra as já citadas 63.

O mesmo ocorre quando se analisa o número de ações que em 2016 era de 151 caindo para 149 em 2017. Neste caso se considerarmos que algumas das ações em fase de licitação ou em fase preparatória não tiverem sido levadas à diante, encontraríamos equilíbrio nos dados.

<sup>176</sup> Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude/ms/60>>

Mapa 11 – Distribuição das intervenções em UBS por município do MS - 2017



A partir dos dados compilados junto ao Programa de Aceleração do Crescimento, elaboramos o Mapa 11 que traz a espacialização das obras em UBS. Vale ratificar que entende-se por obras, as ações de construção, reforma e ampliação das Unidades.

No Mapa 11 as cores indicam de forma gradual os municípios que foram contemplados com obras, já concluídas até 31 de dezembro de 2017, de Unidades Básicas de Saúde. Neste caso o destaque fica com Ponta Porã que teve dez Unidades concluídas, seguido por Nova Andradina com oito Unidades, Itaporã aparece com seis Unidades e Anastácio com cinco.

Os círculos representam, também de forma gradual, as obras das UBS em andamento em 31 de dezembro de 2017. Desta vez Campo Grande aparece em destaque com doze obras em andamento, seguido por Paranaíba com cinco, Bela Vista quatro e Paranhos com três Unidades em Construção. Ao todo são 44 obras em andamento em 19 municípios sul-mato-grossenses.

O que chama a atenção nesta análise é que os municípios polo (Campo Grande (03), Corumbá (02), Dourados (04) e Três Lagoas (04)) não figuram entre os com o maior número de obras concluídas. Isso mostra uma tendência pela interiorização das ações por parte do Programa.

Tais dados, que expressam aspectos dessa política governamental, permitem afirmar também que há um diálogo entre os princípios e diretrizes estabelecidas no interior do SUS – descentralização, regionalização, hierarquização, acessibilidade – a qual evidencia a materialização de uma estrutura de suporte às atividades da Atenção Básica que, como demonstrado ao longo deste, é caracterizada por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Foi o que denominamos inclusive, de contexto de fortalecimento da Atenção Básica.<sup>177</sup>

Destarte, em um país de dimensão continental como o Brasil e com elevada desigualdade – realidade na qual se insere igualmente o Mato Grosso do Sul – é ponto pacífico o papel da saúde pública para a desconcentração espacial dos recursos e para a redução das desigualdades sociais e regionais. Inclusive, a gritante desigualdade na

---

<sup>177</sup> “Estudos apontam que a rede de atenção básica, se bem estruturada, possibilita a resolução de até 85% dos problemas de saúde e, conseqüentemente, contribui para organizar a demanda por outros serviços de saúde, tais como o atendimento especializado ou de urgência e emergência.” COUTO (2015, p.61).

distribuição dos médicos entre os sistemas público e privado de saúde. Nesse sentido, podemos apontar o SUS e em particular as ações estruturantes do Mais Médicos como uma conquista histórica da sociedade brasileira.

Ademais, em termos de síntese desta subunidade vale mencionar o estudo realizado por Santos, Costa e Giradi (2015), no qual levantam evidências de que o Programa Mais Médicos é uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Tais autores, argumentam – com o que concordamos – que o Programa deu passos importantes para viabilizar o direito à saúde ao tornar obrigatória a adesão do município ao Requalifica UBS que envolve investimentos na (re)construção de Unidades Básicas de Saúde, conforme demonstrado neste trabalho.

Ao incorporar essa dimensão/eixo no Programa, o governo reconhece que as condições de infraestrutura encontradas pelos profissionais do Mais Médicos têm efeito nos resultados de suas atuações e nesse sentido, passa a acompanhar e investir nesse setor, ou seja, passa a ser um dos eixos centrais do PMM. Além disso, para que novas políticas públicas possam ser planejadas visando à melhoria das condições de atendimento, é necessário o aprofundamento do conhecimento da realidade específica de cada UBS em que os profissionais do Programa atuam.<sup>178</sup>

Feita a análise dos investimentos no eixo da infraestrutura, passamos ao subcapítulo 3.2 que se dedica a apresentar as ações do eixo do provimento emergencial, abordando as nuances do processo.

### **3.2 – Provimento Emergencial**

Neste momento, o trabalho aborda o ponto que, ideologicamente, produziu a maior das polêmicas inerentes ao processo de implementação do Programa Mais Médicos. Durante algum tempo, o que a sociedade brasileira concebia sobre o Programa, estava intimamente relacionado à chegada dos médicos cubanos.

Em outras palavras, as notícias veiculadas à mídia impressa, eletrônica ou televisiva, principalmente, no ano de 2013, tratavam quase que exclusivamente da “importação” de médicos cubanos.

---

<sup>178</sup> O mencionado documento é referenciado: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2ª ed. Brasília: MS; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Também chamado de provimento emergencial, a contratação de médicos para atuar em regiões periféricas das grandes cidades, municípios do interior do país, áreas indígenas e de fronteira foi alvo de duras críticas emanadas, principalmente, pelos conselhos de medicina, pelas associações médicas e sindicatos que, na tentativa de inviabilizar a implementação do Programa, se organizaram e impetraram dezenas de ações junto à justiça brasileira.

Para fins de organização da tese, este subcapítulo segue dividido em duas seções, sendo a primeira destinada à análise dos dispositivos legais que alicerçam a contratação de profissionais, em especial Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, o “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, a Lei nº 12.871/2013, a EMI nº 00018/2016 MS MEC e a Medida Provisória 723/2016. Além destes serão citadas outras leis, além de decretos e instrumentos legais que regem a contratação dos médicos por meio do provimento emergencial.

A segunda seção deste subcapítulo traz os resultados do provimento emergencial no estado de Mato Grosso do Sul, com o detalhamento dos ciclos de chamamento, nacionalidade e local de formação dos médicos, bem como a distribuição por município.

### **3.2.1 – O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)**

O provimento emergencial, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), foi instituído pela Medida Provisória nº 621/2013 implementado pela Portaria GM/MS 1369 de 08 de julho de 2013, numa ação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação.

A experiência gerencial acumulada na execução do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi essencial para iniciar a implantação do PMMB, com destaque para a utilização da categorização de municípios a partir de perfis geográficos e socioeconômicos para a alocação de médicos, cujo detalhamento é apresentado no Quadro 27.

**Quadro 27 – Municípios elegíveis ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), segundo critérios de prioridade previstos nos atos normativos – Brasil - 2013-2014**

<b>Perfil do Município</b>	<b>Descrição</b>	<b>Normativa</b>
Capitais (Perfil 1)	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 nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/ MS
Região Metropolitana (Perfil 2)	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 nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
G-100 (Perfil 3)	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 <i>per capita</i> e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G-100).	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
20% de pobreza (Perfil 4)	Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico <a href="http://www.mds.gov.br/sagi">www.mds.gov.br/sagi</a> .	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
DSEI (Perfil 5)	Município que está situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40/2013/SGTES/MS
Demais Municípios (Perfil 6)	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 nº 40 de 2013 da 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 nº 22 de 2014 da SGTES/MS, Item 2.2.3

Fonte: Adaptado de Oliveira et al., 2016.

A implantação do PMMB se deu através de chamamentos por meio da abertura de editais de adesão, tanto dos médicos, como dos municípios demandantes por profissionais da área da medicina. Até o primeiro semestre de 2018 foram realizados quinze chamamentos sendo que até o quinto ciclo, foi necessário utilizar toda a ordem de prioridade prevista na Lei nº 12.871/2013, na qual cada vaga, primeiro, deveria ser ofertada aos médicos com registro

(CRM) no Brasil, havendo vagas não ocupadas chamava-se então os médicos brasileiros formados fora do Brasil, na sequência, médicos estrangeiros e, por fim, acionava-se a cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

As regras para a contratação dos profissionais estão expressas no Capítulo IV da Lei nº 12.871/2013, intitulado de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Como já abordado ao longo da pesquisa, o PMMB traçou as ações para a contratação dos profissionais bem como para a formação continuada na área da Atenção Básica em Saúde.

Art. 13. É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:  
I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e  
II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional. (BRASIL, Lei nº 12.871/2013)

Nota-se neste regramento jurídico que o Projeto é voltado tanto a médicos brasileiros com diplomas expedidos no Brasil, e/ou com diploma expedido em instituições estrangeiras bem como a médicos estrangeiros. Vale ratificar que ao longo do dispositivo legal o legislador cuidou de detalhar esta dualidade, sendo expressa em todas as fases de contratação a preferência aos médicos brasileiros.

§ 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:  
I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;  
II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e  
III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior. (BRASIL, Lei nº 12.871/2013, grifo nosso)

Os médicos formados fora do Brasil poderiam exercer a medicina de duas formas: por intermédio de um intercâmbio individual, ou através da cooperação técnica entre países. Para ingressar no PMM, os intercambistas individuais, tal como os médicos formados no Brasil, precisavam realizar suas inscrições através do *site* do Ministério da Saúde.

No caso dos profissionais cubanos, a contratação seguia as normativas expressas no 80º Termo de Cooperação firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). Em ambos os casos, tanto os intercambistas individuais, quanto os cooperados, precisam aguardar a emissão dos seus registros provisórios nos respectivos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) antes de iniciarem suas atividades.

Ao considerar o país de formação, a modalidade de ingresso no Programa e o caráter do registro no CRM, os médicos poderiam ser divididos em quatro perfis distintos descritos no Quadro 28.

**Quadro 28 – Perfis dos Médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil**

CRM Brasil:	Médicos formados em Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil ou com diploma devidamente revalidado. Possuem um registro ativo em algum Conselho Regional de Medicina no país. Estão excluídos deste perfil os médicos que ingressaram no Programa optando pela bonificação na prova de Residência Médica (PROVAB);
Intercambista Individual	Médicos brasileiros e/ou estrangeiros que se formaram fora do Brasil. Deveriam se inscrever através do site, porém eram submetidos à outras etapas que incluíam procedimentos de imigração e curso preparatório.
Intercambista Cooperado	Médicos contratados por meio da Cooperação Internacional estabelecida entre o Governo Federal do Brasil e o Governo de Cuba. A seleção destes profissionais era feita pelo governo cubano que, por sua vez, repassava todos os dados necessários para que estes fossem inseridos no Programa.
PROVAB	Médicos que ingressaram no Programa fazendo a opção pela bonificação na prova de residência médica.

Fonte: Lei 12.871/2013. Elaborado pelo autor, 2018.

Mais uma vez, ao analisar a Lei 12.871/2013, verifica-se que existem apenas duas classificações sobre os participantes do Projeto, conforme segue:

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior. (BRASIL, Lei nº 12.871/2013).

Sobre esta questão, é oportuno observar que somente a partir de 2015, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi integrado ao Mais Médicos, de modo que, ao se inscrever no programa, o médico com registro no Brasil poderia escolher se aceitaria ou não as regras e ofertas educacionais específicas do PROVAB.

Se optasse e permanecesse pelo período mínimo de um ano, atingindo uma boa avaliação de sua atuação, o profissional receberia ao fim do período o benefício previsto em Lei e em Regulamentação da Comissão Nacional de Residência Médica, de pontuação adicional de 10% nos exames de seleção dos Programas de Residência Médica. Esta estratégia atraiu principalmente, os médicos recém-formados que tinham interesse em ingressar num programa de residência médica.

Além dos pontos citados acima, o Artigo 15 ainda detalha as condições para que os médicos intercambistas possam participar do Projeto.

Art. 15. Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III - o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica.

I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;

II - apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação; e

III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica. (BRASIL, Lei nº 12.871/2013).

O § 3º do mesmo artigo cita que a atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica. Conforme análise, este também foi um dos pontos questionados pelo CFM e que motivou ação judicial contra o Programa Mais Médicos.

Sobre a forma e o tempo de atuação dos médicos intercambistas o Art. 16 da Lei 12.871 assevera que estes poderiam exercer a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Para tanto, os médicos intercambistas estariam dispensados da revalidação do diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996<sup>179</sup> durante os 3 (três) primeiros anos de participação.

Conforme abordado anteriormente neste trabalho, o prazo acima previsto foi prorrogado por igual período por meio da Medida Provisória nº 723, de 2016, uma das últimas ações da Presidenta Dilma Rousseff antes do golpe político-institucional que a tirou do cargo naquele mesmo ano.

Na Exposição de Motivos EMI nº 00018/2016 MS MEC<sup>180</sup>, apresentada pelos, então Ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva e da Educação, Aloizio Mercadante Oliva, para justificar a necessidade de alteração parcial da Lei 12.871, é citada a dificuldade em se preencher as vagas disponíveis no Brasil na ocasião, por profissionais detentores de registro médico.

A Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, estipulou uma ordem para o chamamento de médicos no Programa, iniciando-se a oferta aos médicos com registro no Brasil, posteriormente brasileiros formados no exterior e na sequência médicos com registro no exterior. Caso não se verifique preenchimento das vagas por essas modalidades, a Lei autorizou a celebração de convênios com organismos internacionais, a exemplo do que foi celebrado com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e viabilizou a vinda de médicos cubanos. Evidencia-se na Lei PMM a preferência nas seleções aos médicos com registro profissional no Brasil. Contudo, tendo em vista a

<sup>179</sup> “§ 2º Os diplomas de graduação expedidos por universidades estrangeiras serão revalidados por universidades públicas que tenham curso do mesmo nível e área ou equivalente, respeitando-se os acordos internacionais de reciprocidade ou equiparação.” Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9394.htm#art48%C3%82%C2%A72](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm#art48%C3%82%C2%A72)> Acesso em: 14 jun. 2018.

<sup>180</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2015-2018/2016/Exm/Exm-MP-723-16.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2015-2018/2016/Exm/Exm-MP-723-16.pdf)> Acesso em: 13 jun. 2018.

inicial baixa procura dos médicos com registro profissional no Brasil, foram necessários 12.966 médicos com registro no exterior para possibilitar a ocupação das 18.240 vagas do Programa, que representam 71% dos médicos do Programa, sem os quais não teria sido possível suprir a necessidade por assistência à saúde de uma parcela importante da população brasileira. Todos os médicos com registro no exterior são intercambistas no Programa, sendo que 1.537 ingressaram individualmente através de edital, originários de mais de 40 países, sendo denominados intercambistas individuais, e 11.429 ingressaram por meio da Cooperação Internacional com a OPAS/OMS, de nacionalidade cubana, sendo denominados cooperados. (BRASIL, EMI nº 00018/2016 MS MEC).

Nota-se que o índice de ocupação das vagas ofertadas no Brasil entre 2013 e 2015 por médicos intercambistas foi elevado, mesmo respeitando a ordem de prioridade expressa na lei. A Exposição de Motivos ainda segue afirmando que, a partir de 2015, constatou-se uma maior atração de profissionais brasileiros, segundo os autores, relacionada à incorporação do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), como uma modalidade do Mais Médicos.

Neste caso, era atribuída uma pontuação adicional de 10% nos processos seletivos de residência médica para os participantes que cumprissem atividades ao longo de um ano junto ao Mais Médicos. Como já mencionado, aliado à permanência mínima, para fazer jus ao bônus, os profissionais tinham que obter uma boa avaliação<sup>181</sup> geral durante sua atuação no Programa.

Conforme o texto da EMI nº 00018/2016 MS MEC, essa medida, apesar de ter melhorado o cenário de participação dos médicos com registro no Brasil, não trouxe uma resolução satisfatória ao problema.

[...] é frequente que os médicos com registro no Brasil manifestem interesse no Programa e acabem não iniciando ou mantendo as atividades. O edital de janeiro de 2016 é bastante representativo dessa tendência. Apesar do recorde de mais de 13 mil médicos brasileiros inscritos e ocupação por esses profissionais de 100% das vagas, somente 72% dos brasileiros iniciaram efetivamente as atividades, deixando com isso 684 vagas em aberto logo na primeira semana em que deveriam estar nas Unidades Básicas de Saúde. Essas vagas estão predominantemente em periferias de capitais e regiões metropolitanas e nos municípios com mais de 20% da população em extrema pobreza. (BRASIL, EMI nº 00018/2016 MS MEC).

Naquele momento, ou seja, fevereiro de 2016, haviam 12.966 médicos do Programa com registro no exterior, isso significava que, ao atender o prazo previsto na Lei 12.871, os médicos que haviam sido contratados nos primeiros ciclos, ou seja, julho, agosto e novembro de 2013 e que, totalizam 7.005 profissionais, teriam que ser dispensados em junho, julho e outubro de 2016, respectivamente.

---

<sup>181</sup> Os critérios e formas de avaliação serão abordados no subcapítulo 3.3.

Havia ainda no ano de 2016 uma situação que, usualmente, traz dificuldades à gestão da saúde nos municípios: as eleições para prefeitos. De acordo com os ministros, eventuais descontinuidades do atendimento médico são agravadas pelas transições nas gestões municipais características desse período.

O texto ainda aborda a questão relativa à revalidação dos diplomas.

O exame de revalidação do diploma é uma alternativa importante para a atuação de médicos estrangeiros no Brasil e ele contribui com a ampliação de médicos no mercado de trabalho brasileiro para além daqueles formados nas escolas médicas brasileiras. Contudo, não devemos confundir a autorização do exercício da medicina no país em qualquer serviço de saúde público ou privado com a autorização concedida pelo Programa Mais Médicos que está condicionada à atuação do médico somente nas localidades de maior vulnerabilidade e de forma restrita à Atenção Básica, garantindo que o médico atue onde há maior necessidade. (BRASIL, EMI nº 00018/2016 MS MEC, grifo nosso).

Os ministros tinham a preocupação que, a partir da revalidação dos diplomas, os médicos deixassem de permanecer no Programa, tendo em vista que estariam autorizados à exercer a atividade médica em quaisquer outros locais distintos daqueles preconizados pelo Mais Médicos. Textualmente:

Habilitado o profissional mediante a revalidação do diploma, poderá este exercer a atividade profissional em qualquer localidade e serviço, sem garantia da sua permanência no Programa, e, considerando que o mercado de trabalho médico tem aberto mais vagas que o número de médicos formados é bem provável que muitos médicos saiam do Programa para aumentar a já importante concentração de médicos em grandes centros e em especialidades melhor remuneradas pelo mercado privado. (BRASIL, EMI nº 00018/2016 MS MEC).

Cabe ressaltar que ainda existia, no contexto do provimento emergencial, ações judiciais que requeriam o direito dos profissionais escolherem o local de atuação. Uma das ações foi impetrada contra o Edital 8/2016 do Mais Médicos com a alegação de que este feriria o princípio da isonomia na administração pública, na medida em que limitava as alternativas de municípios para participantes que tivessem previamente trabalhado nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sustentou que a distinção possui caráter arbitrário e penalizava justamente os médicos que já desempenharam seu trabalho em locais de maior vulnerabilidade.

Se os profissionais contratados pelo Programa Mais Médicos pudessem escolher o seu local de trabalho, a política pública estaria cedendo espaço a interesses particulares, prejudicando o coletivo. Por isso, a 4ª Vara Federal de Caxias do Sul (RS) julgou improcedente a ação civil pública na qual o Ministério Público Federal pede o fim das restrições para escolha de localidades nos editais do programa, que traz médicos estrangeiros

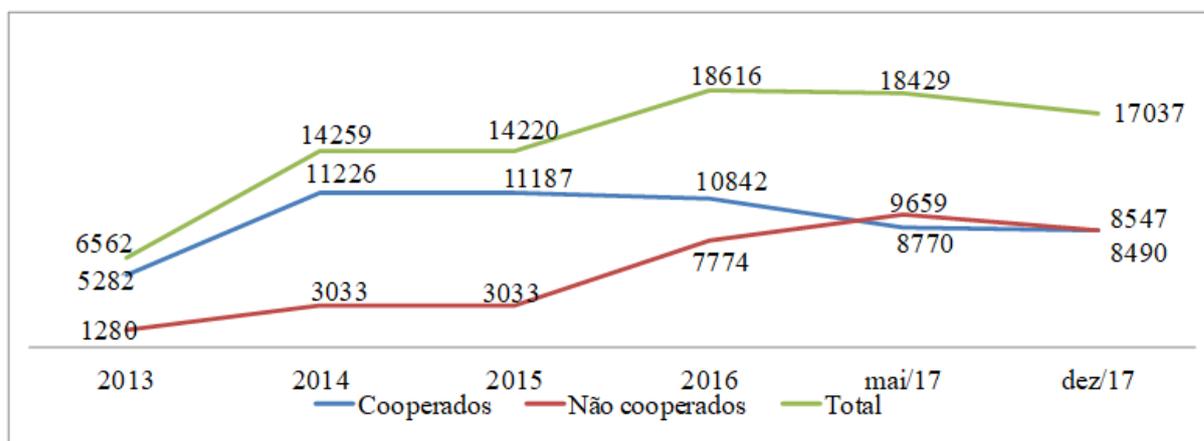
para atuar em localidades distantes e carentes. A decisão foi publicada no dia 2 de abril de 2018.

Para o autor da ação, a limitação, por si só, não iria diminuir a carência de profissionais da saúde nessas localidades. Com esses argumentos, o MPF pediu a eliminação das restrições e a condenação da União a deixar de reproduzir essas condições em futuros editais. O pedido liminar foi indeferido, e não houve conciliação.

O Governo Federal, por meio da AGU justificou que a “regra do perfil”, constante em todos os editais de chamamento público para os programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde, tem fundamento nas diretrizes do Sistema Único de Saúde e não viola o princípio da isonomia. Neste entendimento, o interesse individual dos candidatos que decidem voluntariamente participar do programa, de se fixar em determinado município, não pode se sobrepor ao interesse coletivo.

Com base em todas essas informações, foi proposta a alteração do Artigo 16 da Lei 12.871. Para justificar a urgência da Medida Provisória, os ministros citaram que o ciclo necessário para que um chamamento contemplasse a ordem prevista na Lei por meio de editais sucessivos, a saber: 1º médicos com registro no Brasil; 2º médicos brasileiros com registro profissional habilitado no exterior; 3º médicos estrangeiros com registro habilitado no exterior e, por fim; 4º uso da cooperação com a OPAS exigiria pelo menos três meses.

**Gráfico 11 – Linha do Tempo – Médicos no Programa Mais Médicos**



Fonte: Ministério da Saúde e OPAS/OMS (Dez. 2017) Elaborado pelo autor, 2018.

No Gráfico 11 estão compilados os dados acerca do número dos médicos intercambistas cooperados da OPAS *versus* médicos não cooperados. Os dados reforçam a argumentação presente na EMI nº 00018/2016 MS MEC, ao mostrarem uma ascensão, a partir de 2015, no número de médicos brasileiros ocupando vagas no Mais Médicos. Por outro lado,

o número de médicos cooperados aparece em supremacia desde 2013, deixando de ser maior em relação ao número de não cooperados somente em 2017.

Diante as informações expressas na EMI nº 00018/2016 MS MEC, a presidenta Dilma Rousseff publicou, no dia 29 de abril de 2016, a Medida Provisórias nº 723<sup>182</sup> que, além de alterar o prazo previsto no Artigo 16, também prorrogou por três anos o prazo previsto no parágrafo 1º do Artigo 18 da Lei 12.871, a saber: “O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o caput aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.”<sup>183</sup>

O Artigo 16 explicitava igualmente que, apesar das dezenas de ações contrárias impetradas na justiça pelos conselhos de medicina, que a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, desde que atestada pela coordenação do Projeto, era condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o Art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade. (Vide Medida Provisória nº 621, de 2013). (BRASIL, Lei nº 3.268/1957).

Para tanto, o Ministério da Saúde emitia um número de registro único e a respectiva carteira de identificação para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil, habilitando-o por tanto para o exercício da profissão. Este número de registro era informado ao Conselho Regional de Medicina (CRM) para que fosse jurisdicionado na área de atuação estando, a partir daquele momento, sujeito à fiscalização do Conselho.

Os Artigos 17 e 19 ratificavam que as atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criariam vínculo empregatício de qualquer natureza e que os pagamentos seriam feitos por meio de bolsas nas seguintes modalidades: I bolsa-formação; II bolsa-supervisão; e III bolsa-tutoria.

O Art. 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, estabelece que a participação dos municípios e do Distrito Federal na execução do Projeto era formalizada por

---

<sup>182</sup> Vale citar que a MP 723 ganhou força de lei ao ser convertida, em 12 de setembro de 2016 na Lei nº 13.333. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2016/Lei/L13333.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/Lei/L13333.htm)> Acesso em: 14 jun. 2018.

<sup>183</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2016/Mpv/mpv723.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/Mpv/mpv723.htm)> Acesso em: 14 jun. 2008

intermédio da celebração de termo de adesão e compromisso. Ademais, o referido termo deveria conter, entre outras cláusulas, a obrigação de esses entes federados oferecerem moradia para o médico participante do projeto e garantirem alimentação adequada e água potável. Esse tema também é tratado no artigo 19 da lei 12.871/2013:

§ 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação.

§ 2º É a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde. (BRASIL, Lei nº 12.871/2013).

Desde a chegada dos primeiros profissionais, em especial os médicos intercambistas cooperados, verificou-se que alguns municípios não vinham atendendo ao disposto na Lei acerca da oferta de moradia, transporte e alimentação, situação constatada por auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), a partir de documentos fornecidos pelas secretarias municipais de saúde, de dados colhidos em entrevistas e por meio de observação direta.

A Portaria SGTES/MS nº 30, de 2014, por sua vez, regulamenta o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e pelos municípios aos médicos participantes. Art. 9º dessa norma dispunha que caberia ao ente federado o fornecimento de alimentação ao médico participante, mediante a entrega de recursos pecuniários ou de alimentos *in natura*. No caso do repasse de dinheiro, o ente federativo deveria adotar como parâmetros mínimo e máximo os valores de R\$ 500,00 e R\$ 700,00, conforme disposto no Art. 10 da portaria.

O Distrito Federal e os municípios deveriam adotar algumas das seguintes modalidades de fornecimento de moradia: cessão de imóvel, entrega de numerário ou acomodação em hotel ou pousada. Ainda segundo consta dessa norma, o ente federado poderia adotar como referência para o pagamento de aluguel de imóvel os valores mínimo e máximo de R\$ 500,00 e R\$ 2.500,00.

Com efeito, o gestor distrital ou municipal poderia adotar valores superiores a esse limite, desde que fossem adequados à realidade do mercado imobiliário local. Nessa hipótese, a comprovação do custo da locação deveria ser feita por meio de três cotações de custo no mercado imobiliário do município ou do Distrito Federal.

A Portaria SGTES/MS nº 30, de 2014, estabelece também que a oferta de moradia aos médicos participantes deveria atender a condições mínimas de habitabilidade e segurança,

sendo critérios para aferição de condições mínimas de habitabilidade: infraestrutura física e sanitária do imóvel em boas condições, disponibilidade de energia elétrica e abastecimento de água.

Sobre a situação previdenciária do médico participante a lei o enquadrava como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, na forma da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 com ressalvas no caso dos médicos intercambistas conforme incisos do artigo 20 da Lei nº 12.871/2013:

- I - selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou
- II - filiados a regime de seguridade social em seu país de origem, o qual mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil. (BRASIL, Lei nº 12.871/2013).

Vale mencionar que os médicos participantes do Mais Médicos estavam sujeitos à penalidades bastante severas que seriam aplicadas nos casos de descumprimento da Lei e das demais normas complementares ao Programa. Além da advertência e da suspensão, o médico poderia ser desligado das ações de aperfeiçoamento e, neste caso, teria que restituir os valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo e aquisição de passagens, acrescidos de atualização monetária, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

### **3.2.4 – O processo de contratação de profissionais em Mato Grosso do Sul**

Com a meta inicial estimada para contratar 177 profissionais, Mato Grosso do Sul se inseriu no Programa Mais Médicos com a perspectiva de levar atendimento a 610 mil pessoas, isso na fase inicial do Programa.<sup>184</sup>

Ao longo dos 14 ciclos de chamamentos ocorridos entre 2013 e 2017, os municípios sul-mato-grossenses, gradativamente, se inscreveram no Programa e, respeitando as prioridades estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 1.369/2013, mais especificamente os incisos IV e V do artigo 4º.

- IV - Municípios elegíveis: são aqueles que possuam áreas em uma das situações elencadas no inciso III,

---

<sup>184</sup> “Com reforço, Mais Médicos atinge meta e chega a 177 profissionais em MS” Disponível em: <<http://www.campograndenews.com.br/cidades/com-reforco-mais-medicos-atinge-meta-e-chega-a-177-profissionais-em-ms>> Acesso em: 29 jul. /2016.

podendo participar do Projeto mediante manifestação de interesse e celebração de termo de adesão e compromisso;

V - Municípios participantes: Municípios elegíveis que tiveram aprovados o seu pedido de adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e que celebraram os respectivos termos de adesão e compromisso para participação no Projeto; (BRASIL, Portaria Interministerial 1.369/ 2013)

O Inciso III citado no artigo 4º trata sobre a classificação das regiões prioritárias para o SUS, a saber: áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das condições elencadas na página 122 deste tese:

Recorre-se novamente à Nota Técnica nº 23/2013, elaborada e fornecida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), constata-se uma reunião dos instrumentos normativos que regulamentam o Programa Mais Médicos com o objetivo de orientar os gestores municipais acerca dos procedimentos necessários à viabilização da participação no mesmo.

De acordo com a Nota Técnica nº 23/2013:

O Ministério da Saúde informa em sua página oficial que todos os municípios poderão se inscrever e aqueles que possuam áreas em uma das situações elencadas acima, poderão participar do Projeto mediante manifestação de interesse e celebração de termo de adesão e compromisso. Além disso, os Municípios classificados dentre os Perfis "1" a "5"<sup>185</sup> serão considerados prioritários para fins de indicação e seleção dos médicos participantes do Projeto. (BRASIL. CONASS, 2013, p. 8)

A supracitada Nota Técnica traz a relação de todos os municípios brasileiros conforme enquadramento nos critérios estabelecidos, a partir de dados fornecidos pela própria SGTES/MS. Ao analisar a citada relação, verifica-se que Mato Grosso do Sul teve seus municípios classificados conforme detalhamento do Quadro 29.

---

<sup>185</sup> Vide Quadro 27.

**Quadro 29 – Distribuição dos municípios sul-mato-grossenses de acordo com perfil**

Perfis	Nº de Municípios
(Perfil 1) Capitais	01
(Perfil 2) Região Metropolitana	00
(Perfil 3) G-100 <sup>186</sup>	00
(Perfil 4) 20% de pobreza	09
(Perfil 5) DSEI	00
(Perfil 6) Demais Municípios	65
Total	75

Fonte: Nota Técnica CONASS nº 23/2013. Elaborado pelo autor, 2018.

No Quadro 29 constam apenas 75 dos 79 municípios de Mato Grosso do Sul, constata-se, em primeiro lugar, que na lista dos municípios segundo perfis da Nota Técnica nº 23/2013, não está computado o município de Paraíso das Águas, que foi instalado, segundo o IBGE, no ano de 2013.

Outro ponto observado diz respeito à existência de uma categoria “Fronteira” na lista dos municípios segundo perfis da Nota Técnica nº 23/2013, na qual constam os municípios de Antônio João, Aral Moreira, Bela Vista e Caracol. No entanto, “Fronteira” não aparece como um dos cinco perfis citados pelo Ministério da Saúde.

O município de Caracol teve sua inscrição homologada por meio da Portaria nº 7 de 25 de julho de 2013 do Ministério da Saúde tendo sido classificado como “20% Extrema Pobreza”, enquanto os demais municípios, apesar de integrarem o Programa a partir do terceiro ciclo, não constam com detalhamento de perfil na Portaria de homologação. Diante o exposto, fica constatada a divergência entre os perfis e o total de municípios do estado.

Outra questão observada no que diz respeito à adesão dos municípios ao Programa Mais Médicos está exposta no Artigo 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013 que assevera que a participação dos Municípios e do Distrito Federal na execução do Projeto será formalizada com a celebração de termo de adesão e compromisso.

O Termo de Adesão a que se refere o supracitado artigo conta com cinco incisos que seguem transcritos a seguir:

- I não substituir os médicos que já compõem as equipes de Atenção Básica pelos participantes deste Projeto;
- II manter, durante a execução do Projeto, as equipes de Atenção Básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto;
- III oferecer moradia para o médico participante do Projeto, conforme critérios estabelecidos no edital;

<sup>186</sup> Define-se como G100 os municípios mais populosos que combinam baixa receita per capita com alta vulnerabilidade social. Segundo a Frente Nacional dos Prefeitos (FNP), estes municípios se localizam às margens de grandes centros urbanos e tem como característica serem cidades-polo de regiões economicamente deprimidas. Concentram cerca de 12% da população brasileira (FNP, 2015). Isso explica o fato de Mato Grosso do Sul não ter nenhum município nesta condição.

IV garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável; e  
V compromisso de adesão ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), do Ministério da Saúde, em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do Projeto. (BRASIL, Portaria Interministerial 1.369/ 2013).

Ao elaborar a Portaria, os ministérios anteviram uma possível estratégia do gestor municipal que, visando reduzir os custos com o pagamento de médicos contratados, poderia pensar em promover a substituição de médicos pelos contratados e custeados pelo Programa Mais Médicos. A vedação exposta no inciso I do artigo 11º inviabilizou essa ação.

Do mesmo modo, o inciso II veda a desmobilização de equipes da ABS em atuação na ocasião do credenciamento do município junto ao Programa, tendo em vista que, o objetivo era promover a expansão da cobertura do atendimento da Atenção Básica e não a substituição.

Os incisos III e IV tratam da necessidade de oferta da moradia aos médicos contratados pelo Programa, ficando os municípios obrigados a oferecer, também, condições de água e alimentação. Apesar de parecer uma demanda óbvia, e de não se ter relatos de casos no Mato Grosso do Sul, é possível que em estados das regiões Amazônica e Nordeste, estes pré-requisitos tenham tido certa dificuldade em serem garantidos pelas prefeituras.

Feitos os apontamentos acerca dos pré-requisitos necessários à participação no Programa, para fins do levantamento do cenário verificado em Mato Grosso do Sul, utilizou-se como fonte final de pesquisa, dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde por meio do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS/SGTES/MS).

A consulta realizada no dia 26 de março de 2018 por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) foi respondida no dia 16 de abril de 2018 por meio da Nota Técnica nº 90/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS.

Cabe registrar a eficiência no atendimento à demanda bem como destacar que, a orientação para que os dados fossem solicitados por meio do e-SIC veio da equipe Referência Descentralizada Programa Mais Médicos/DEPREPS/SGTES por meio da Senhora Elza Helena Krawiec que, já vinha nos orientando acerca dos dados sobre o Programa.

Com base nos dados fornecidos, constata-se que 60 dos 79 municípios sul-mato-grossenses se inscreveram para participação no Programa Mais Médicos, mais especificamente, para serem contemplados com médicos contratados por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil, sendo que os mesmos 60 foram contemplados em, pelo menos, um dos 14 ciclos de chamamento conforme detalhado no Quadro 30.

**Quadro 30 – Inscrição e contemplação dos municípios sul-mato-grossenses por ciclo**

Ciclo	Ano	Municípios Inscritos	Municípios Contemplados
1º	2013	45	2
2º	2013	14	26
3º	2014	0	35
4º	2014	0	30
5º	2014	0	8
6º	2015	1	13
7º	2015	0	3
8º	2015	0	4
9º	2016	0	9
10º	2016	0	6
12º	2016	0	4
13º	2017	0	11
14º	2017	0	25
15º	2017	0	2
Total		60	178

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 90/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS Elaborado pelo autor, 2018.

Analisando o Quadro 30 constata-se que apenas um (01) dos 60 municípios participantes do Mais Médicos não se inscreveu no primeiro ano do Programa. Trata-se do município de Cassilândia que realizou sua inscrição no sexto ciclo de chamamento ocorrido no ano de 2015. Ademais, analisando o número de contemplações, pode-se concluir que os municípios inscritos foram contemplados com a contratação de profissionais mais de uma vez no período analisado.

Também foi realizado um levantamento do número de médicos contratados em cada ciclo de chamamento, bem como os municípios contemplados. Estes dados estão no Quadro 31 que detalha a chegada de médicos nos 60 municípios contemplados. Os dados fornecidos através da Nota Técnica nº 90/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS e foram compilados por ano, ou seja, de 2013 até 2018, e apontam, por exemplo, a participação da cidade de Campo Grande em 13 dos 14 ciclos de chamamento, Corumbá em 10, Dourados e Miranda em 7 cada um. Por outro lado municípios como Alcinoópolis, Aral Moreira, Brasilândia, Coronel Sapucaia, Eldorado, Figueirão, Guia Lopes da Laguna, Glória de Dourados, Jateí e Ribas do Rio Pardo foram contemplados em apenas um dos ciclos de chamamento.

Quadro 31 – Médicos por municípios Mato Grosso do Sul - 2013 a 2018

(Continua)

Seq.	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Município	Méd.	Município	Méd.								
1	Antonio João	1	Alcinópolis	1	Amambai	2	Aquidauana	2	Amambai	2	Campo Grande	3
2	Aral Moreira	1	Amambai	1	Aquidauana	1	Caarapó	2	Angélica	1	Cassilândia	1
3	Bela Vista	3	Angélica	1	Caarapó	2	Campo Grande	9	Bataguassu	1	-	-
4	Bonito	1	Antonio João	1	Campo Grande	8	Corguinho	1	Bela Vista	2	-	-
5	Campo Grande	15	Aquidauana	3	Corumbá	2	Corumbá	1	Bodoquena	1	-	-
6	Caracol	1	Bandeirante	2	Coxim	1	Coxim	1	Bonito	1	-	-
7	Corguinho	1	Bataguassu	2	Deodápolis	2	DSEI	1	Caarapó	2	-	-
8	Cel Sapucaia	2	Bela Vista	1	DSEI	1	Dois Irmãos do	1	Campo Grande	11	-	-
9	Corumbá	17	Bodoquena	1	Dois Irmãos do	1	Dourados	2	Caracol	1	-	-
10	Dourados	1	Bonito	1	Jaraguari	1	Itaporã	1	Corguinho	1	-	-
11	Figueirão	1	Brasilândia	2	Jardim	2	Jaraguari	2	Corumbá	7	-	-
12	Japorã	2	Campo Grande	3	Ladário	3	Ladário	1	Costa Rica	1	-	-
13	Jaraguari	1	Caracol	1	Miranda	5	Miranda	3	Dois Irmãos do	2	-	-
14	Jardim	1	Cassilândia	3	Nioaque	1	Nioaque	1	Dourados	8	-	-
15	Mundo Novo	2	Chapadão do	3	Nova Andradina	4	Ponta Porã	4	Itaporã	2	-	-
16	Nioaque	1	Corumbá	10	Ponta Porã	2	-	-	Itaquiraí	1	-	-
17	Paranhos	1	Costa Rica	7	-	-	-	-	Japorã	1	-	-
18	Pedro Gomes	1	Coxim	5	-	-	-	-	Jaraguari	1	-	-
19	Ponta Porã	4	Deodápolis	2	-	-	-	-	Jardim	1	-	-
20	Porto Murtinho	3	DSEI	3	-	-	-	-	Ladário	1	-	-
21	Rio Brilhante	1	Dois Irmãos	1	-	-	-	-	Laguna Carapã	1	-	-
22	Rio Negro	1	Dourados	19	-	-	-	-	Miranda	1	-	-
23	São Gabriel do	2	Eldorado	1	-	-	-	-	Mundo Novo	1	-	-
24	Sete Quedas	3	Gloria de Ddos	2	-	-	-	-	Nioaque	1	-	-
25	Sonora	1	Guia Lopes da	1	-	-	-	-	Ponta Porã	5	-	-
26	Tacuru	2	Iguatemi	3	-	-	-	-	São Gabriel do	1	-	-

Quadro 31 – Médicos por municípios Mato Grosso do Sul 2013 a 2018

(Conclusão)

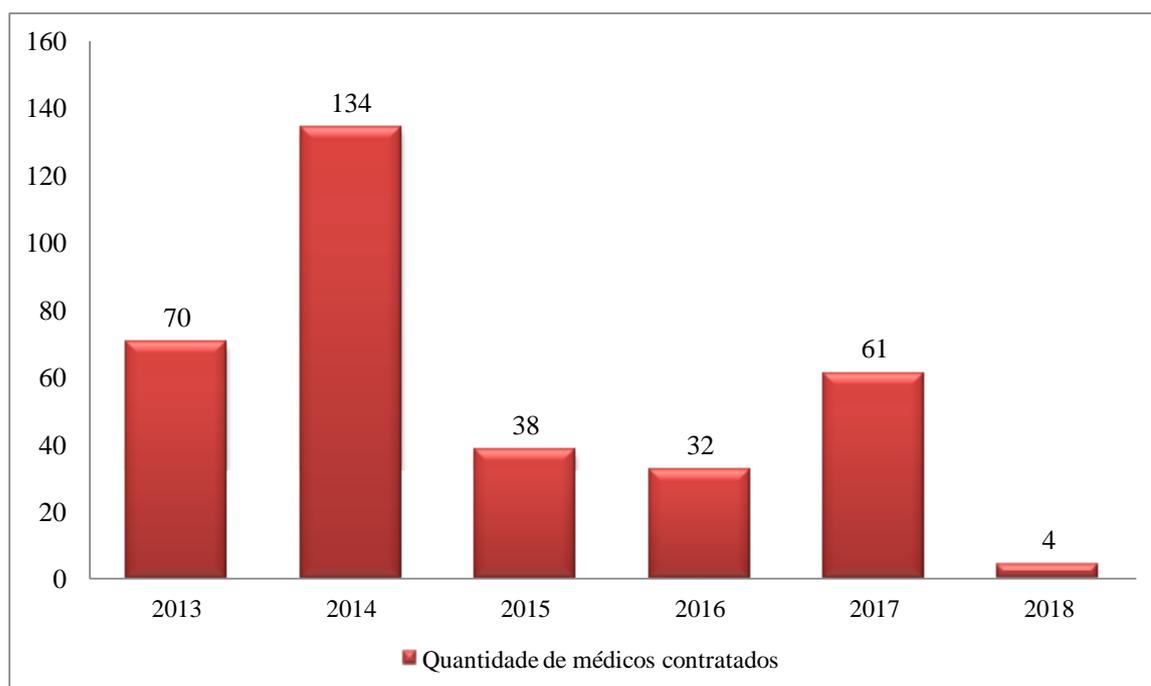
27	-	-	Itaporã	1	-	-	-	-	Selvíria	1	-	-
28	-	-	Itaquiraí	2	-	-	-	-	Sonora	1	-	-
29	-	-	Ivinhema	3	-	-	-	-	Taquarussu	1	-	-
30	-	-	Jaraguari	2	-	-	-	-	-	-	-	-
31	-	-	Jardim	2	-	-	-	-	-	-	-	-
32	-	-	Jateí	1	-	-	-	-	-	-	-	-
33	-	-	Ladário	5	-	-	-	-	-	-	-	-
34	-	-	Laguna cara	1	-	-	-	-	-	-	-	-
35	-	-	Miranda	1	-	-	-	-	-	-	-	-
36	-	-	Mundo Novo	2	-	-	-	-	-	-	-	-
37	-	-	Nioaque	1	-	-	-	-	-	-	-	-
38	-	-	Nova Andradina	1	-	-	-	-	-	-	-	-
39	-	-	Paranaíba	4	-	-	-	-	-	-	-	-
40	-	-	Paranhos	2	-	-	-	-	-	-	-	-
41	-	-	Pedro Gomes	1	-	-	-	-	-	-	-	-
42	-	-	Ponta Porã	6	-	-	-	-	-	-	-	-
43	-	-	Porto Murtinho	1	-	-	-	-	-	-	-	-
44	-	-	Ribas do Rio	1	-	-	-	-	-	-	-	-
45	-	-	Rio Brilhante	1	-	-	-	-	-	-	-	-
46	-	-	Rio Negro	1	-	-	-	-	-	-	-	-
47	-	-	Rio Verde de	4	-	-	-	-	-	-	-	-
48	-	-	Santa Rita do	2	-	-	-	-	-	-	-	-
49	-	-	São Gabriel do	3	-	-	-	-	-	-	-	-
50	-	-	Selvíria	2	-	-	-	-	-	-	-	-
51	-	-	Sete Quedas	1	-	-	-	-	-	-	-	-
52	-	-	Sonora	1	-	-	-	-	-	-	-	-
53	-	-	Tacuru	1	-	-	-	-	-	-	-	-
54	-	-	Taquarussu	1	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 90/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS Elaborado pelo autor, 2018.

Nota-se a partir da leitura do Quadro 31, que o ano de 2014 concentrou a chegada da maior quantidade de médicos no Mato Grosso do Sul, 134 profissionais, sendo o ano em que mais municípios foram contemplados, 54 no total.

Nota-se também que Campo Grande e Corumbá também se destacam quando analisados os quantitativos de médicos contratados ao longo dos 14 Ciclos. Vale ratificar que em 2013, foram implementados o 1º e 2º Ciclos de chamamentos sendo que, no 1º Ciclo, apenas os dois municípios foram contemplados. Ao todo Campo Grande foi contemplado com 49 médicos enquanto Corumbá recebeu 37 profissionais.

**Gráfico 12 – Médicos Contratados em Mato Grosso do Sul 2013 a 2018**

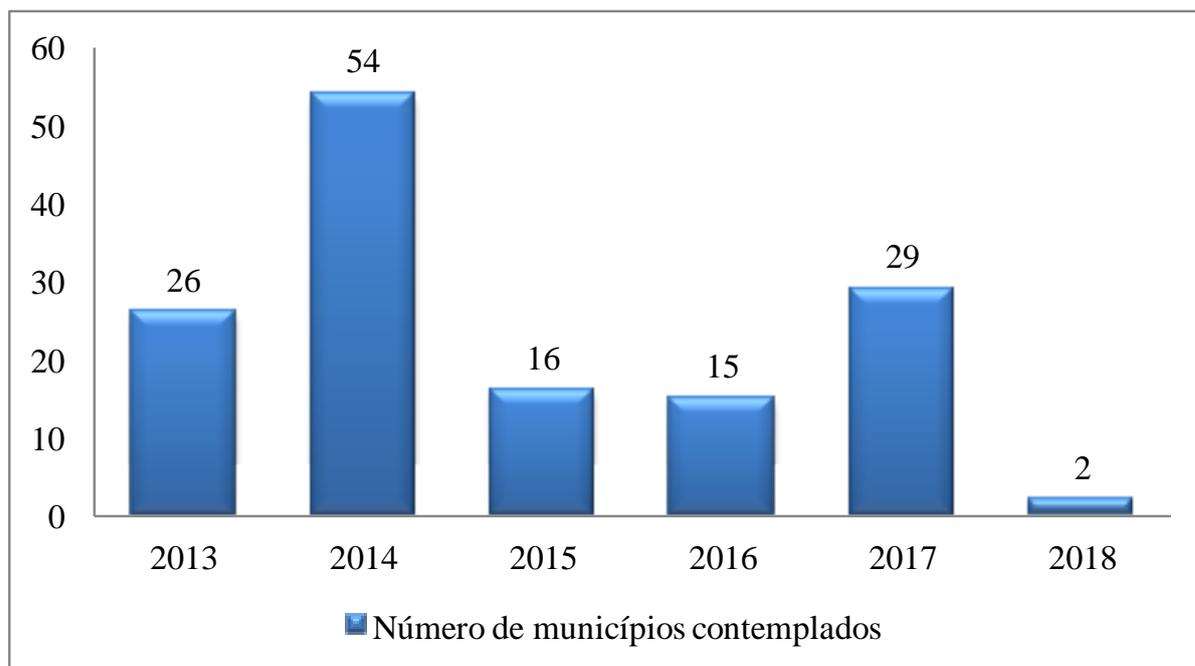


Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 90/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS Elaborado pelo autor, 2018.

O Gráfico 12 ilustra a distribuição de médicos entre 2013 e 2018, enquanto o Gráfico 13 apresenta o número de municípios contemplados no mesmo período.

Os dados apresentados nos Gráficos 12, 13 e no Quadro 31 apontam que Mato Grosso do Sul teve 339 médicos contratados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil no período analisado. Vale ratificar que estes dados não mostram os desligamentos ocorridos seja pelo vencimento do prazo de permanência, ou pelo desligamento voluntário do profissional e ainda por um possível desligamento ocorrido como punição prevista no Artigo 26 da Portaria Interministerial 1.369/2013.

**Gráfico 13 – Número de municípios de Mato Grosso do Sul contemplados com a contratação de médicos nos anos de 2013 a 2018**



Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 90/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS Elaborado pelo autor, 2018.

Conforme dados disponibilizados pela Referência Descentralizada Programa Mais Médicos/DEPREPS/SGTES, em março de 2014, Mato Grosso do Sul tinha 122 médicos em atuação, número que saltou para 205 médicos em julho de 2016, sendo que naquela ocasião, 59 municípios contavam com a presença de profissionais contratados pelo PMMB.

Outro elemento pesquisado diz respeito à nacionalidade dos profissionais contratados para atuação no estado. De acordo com levantamento realizado pela CGPS/DEPREPS/SGTES/MS, médicos de sete países participaram do PMMB nesta Unidade da Federação, a saber, Argentina, Bolívia, Brasil, Cuba, Espanha, Paraguai e Venezuela.

No Quadro 32 estão detalhadas as nacionalidades dos médicos e os municípios contemplados ao longo dos cinco anos do Projeto. Destaque à expressiva ocupação das vagas por médicos estrangeiros, principalmente cubanos, nos anos de 2013 e 2014.

Quadro 32 – Nacionalidade dos Médicos detalhada por ciclo e local de atuação

(Continua)

2013		2014		2015		2016		2017		2018	
Município	Nac.	Município	Nac.	Município	Nac.	Município	Nac.	Município	Nac.	Município	Nac.
Antonio João	Cuba	Alcinópolis	Cuba	Amambai	Brasil	Aquidauana	Brasil	Amambai	Brasil	Campo Grande	Brasil
Aral Moreira	Cuba	Amambai	Cuba	Aquidauana	Brasil	Caarapó	Brasil	Angélica	Brasil	Cassilândia	Brasil
Bela Vista	Cuba	Angélica	Cuba	Caarapó	Brasil	Campo Grande	Brasil	Bataguassu	Brasil	-	-
Bonito	Cuba	Antonio João	Cuba	Campo Grande	Brasil	Corguinho	Brasil	Bela Vista	Brasil	-	-
Campo Grande	Brasil	Aquidauana	Brasil	Corumbá	Brasil	Corumbá	Brasil	Bela Vista	Paragu	-	-
Campo Grande	Cuba	Aquidauana	Cuba	Coxim	Brasil	Coxim	Brasil	Bodoquena	Brasil	-	-
Caracol	Cuba	Bandeirante	Cuba	Deodápolis	Brasil	DSEI	Brasil	Bonito	Brasil	-	-
Corguinho	Cuba	Bataguassu	Cuba	Deodápolis	Paragu	Dois Irmãos do	Brasil	Caarapó	Brasil	-	-
Cel Sapucaia	Cuba	Bela Vista	Brasil	DSEI	Brasil	Dourados	Brasil	Campo Grande	Brasil	-	-
Corumbá	Bolívi	Bodoquena	Cuba	Dois Irmãos do	Brasil	Itaporã	Brasil	Caracol	Paragu	-	-
Corumbá	Brasil	Bonito	Brasil	Jaraguari	Brasil	Jaraguari	Brasil	Corguinho	Brasil	-	-
Corumbá	Cuba	Brasilândia	Cuba	Jardim	Brasil	Ladário	Brasil	Corumbá	Bolívia	-	-
Dourados	Cuba	Campo Grande	Brasil	Ladário	Brasil	Miranda	Brasil	Corumbá	Brasil	-	-
Figueirão	Cuba	Caracol	Cuba	Miranda	Brasil	Nioaque	Brasil	Costa Rica	Brasil	-	-
Japorã	Cuba	Cassilândia	Cuba	Nioaque	Brasil	Ponta Porã	Brasil	Dois Irmãos do	Brasil	-	-
Jaraguari	Cuba	Chapadão do	Cuba	Nova Andradina	Brasil	-	-	Dourados	Paragu	-	-
Jardim	Brasil	Corumbá	Argentina	Ponta Porã	Brasil	-	-	Dourados	Brasil	-	-
Mundo Novo	Brasil	Corumbá	Bolívia	-	-	-	-	Itaporã	Brasil	-	-
Mundo Novo	Cuba	Corumbá	Brasil	-	-	-	-	Itaquiraí	Paragu	-	-
Nioaque	Cuba	Corumbá	Cuba	-	-	-	-	Japorã	Cuba	-	-
Paranhos	Cuba	Corumbá	Espanha	-	-	-	-	Jaraguari	Brasil	-	-
Pedro Gomes	Cuba	Costa Rica	Cuba	-	-	-	-	Jardim	Brasil	-	-
Ponta Porã	Brasil	Coxim	Cuba	-	-	-	-	Ladário	Bolívia	-	-
Ponta Porã	Cuba	Deodápolis	Cuba	-	-	-	-	Laguna Carapã	Paragu	-	-
Porto Murtinho	Cuba	DSEI	Cuba	-	-	-	-	Miranda	Brasil	-	-
Rio Brillhante	Cuba	Dois Irmãos	Cuba	-	-	-	-	Mundo Novo	Brasil	-	-
Rio Negro	Cuba	Dourados	Brasil	-	-	-	-	Nioaque	Brasil	-	-
São Gabriel do	Cuba	Dourados	Cuba	-	-	-	-	Ponta Porã	Brasil	-	-
Sete Quedas	Cuba	Eldorado	Cuba	-	-	-	-	Ponta Porã	Paragu	-	-
Sonora	Cuba	Glória de Dourad	Cuba	-	-	-	-	São Gabriel do -	Brasil	-	-



**Quadro 32 – Nacionalidade dos Médicos detalhada por ciclo e local de atuação****(Conclusão)**

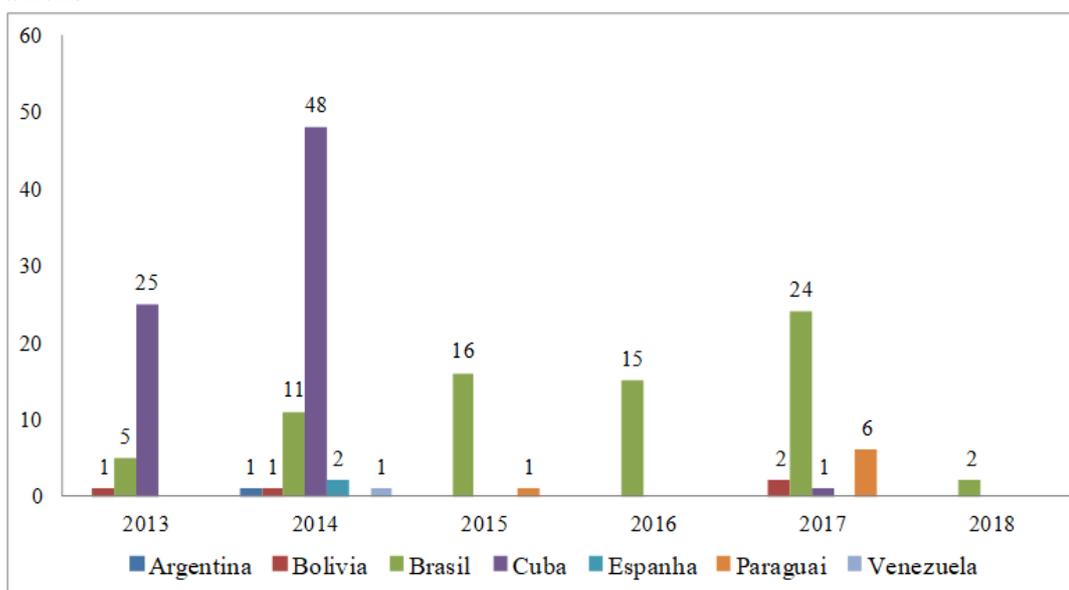
2013		2014		2015		2016		2017		2018	
Município	Nac.	Município	Nac.	Município	Nac.	Município	Nac.	Município	Nac.	Município	Nac.
		Rio Verde de	Cuba								
		Santa Rita do	Cuba								
		São Gabriel do	Cuba								
		Selvíria	Cuba								
		Sete Quedas	Cuba								
		Sonora	Cuba								
		Tacuru	Cuba								
		Taquarussu	Cuba								

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 90/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS Elaborado pelo autor, 2018.

Com base nos dados expostos no Quadro 32, constata-se que Cuba e Brasil foram as duas nacionalidades que mais figuraram ao longo destes cinco anos do Projeto. Com o objetivo de facilitar a visualização dos dados, haja vista que, devido à extensão do Quadro, torna-se difícil sua leitura na totalidade, foram elaborados dois gráficos. No Gráfico 14, é apresentada a quantidade de vezes em que cada um dos sete países figurou nos ciclos de chamamento. Um detalhe a se observar este número não corresponde ao número de médicos, por exemplo, de acordo com o Gráfico 12 e o Quadro 31 no ano de 2013 foram contratados 70 profissionais médicos contra 26 registros no Quadro 32 e Gráfico 14. O Gráfico 15 traz o total de participações de cada país no PMMB.

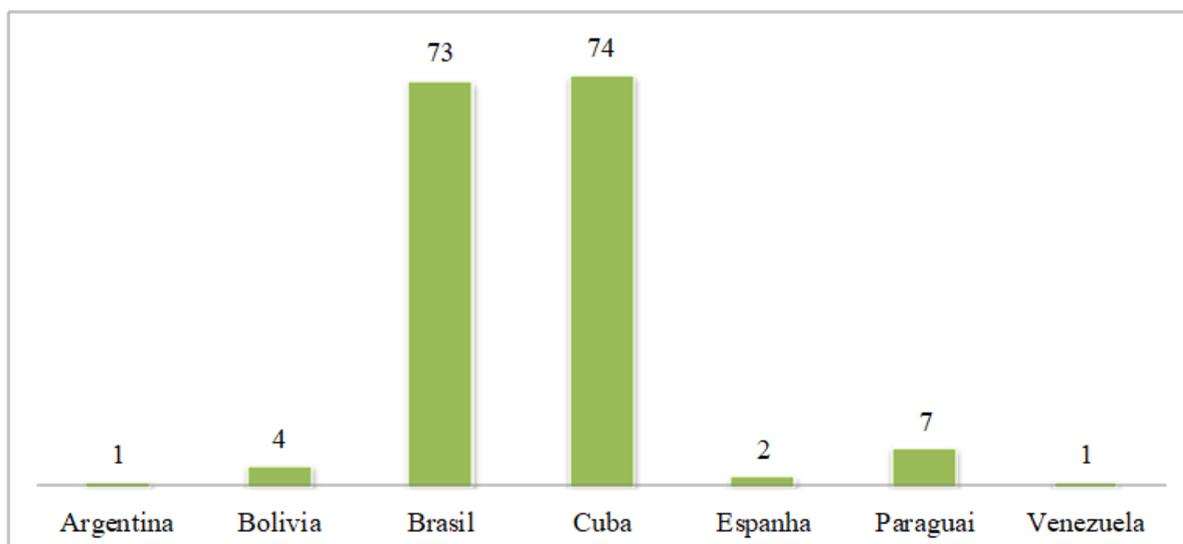
Os dados também corroboram com as análises feitas ao longo do trabalho principalmente em relação à maior participação dos brasileiros a partir do sexto ciclo, em especial nos anos de 2015 e 2016 quando, em Mato Grosso do Sul, apenas uma das 70 vagas disponibilizadas não foi preenchida por médicos brasileiros. O Gráfico 14 ilustra essa situação.

**Gráfico 14 – Presença dos países ao longo dos ciclos de chamamento em Mato Grosso do Sul – 2013 a 2018**



Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 90/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS Elaborado pelo autor, 2018.

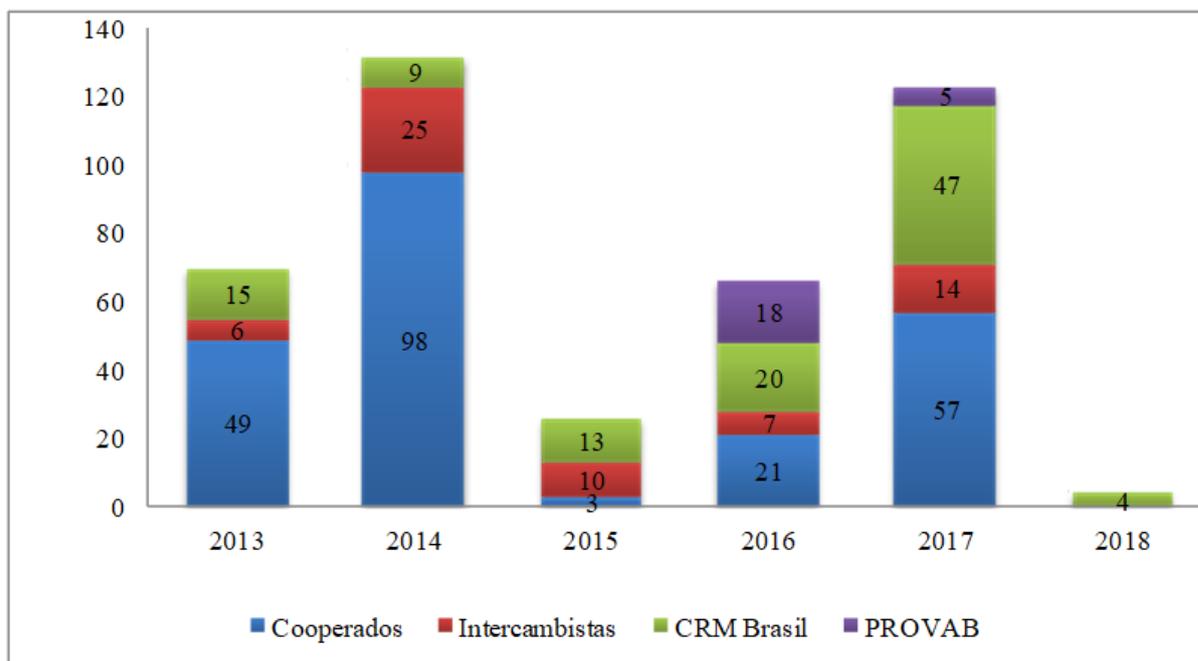
**Gráfico 15 – Cômputo total dos países ao longo dos ciclos de chamamento Mato Grosso do Sul – 2013 a 2018**



Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 90/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS Elaborado pelo autor, 2018.

A condição experimentada em Mato Grosso do Sul se assemelha ao restante do país acerca da participação dos médicos cubanos no preenchimento das vagas ociosas existentes. Sempre é importante mencionar que, antes de autorizar a contratação dos médicos por meio do Termo de Cooperação Brasil/OPAS/OMS/CUBA, os editais preconizavam as vagas aos brasileiros, e somente após o não preenchimento, estas eram disponibilizadas para os demais perfis médicos – intercambistas e cooperados, nesta ordem conforme ilustrado no Gráfico 16.

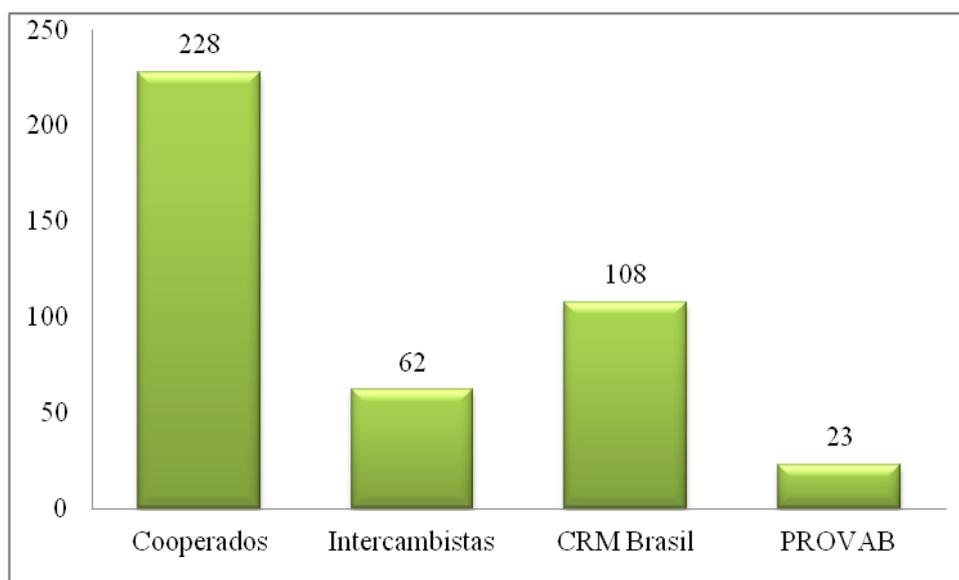
**Gráfico 16 – Participação dos perfis médicos ao longo dos ciclos de chamamento Mato Grosso do Sul – 2013 a 2018**



Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 90/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS Elaborado pelo autor, 2018.

No Gráfico 16 é possível identificar ano a ano a participação dos perfis médicos em Mato Grosso do Sul, ratificando que os cooperados são os profissionais contratados por meio da OPAS, os intercambistas são médicos brasileiros e/ou estrangeiros que se formaram fora do Brasil; CRM Brasil equivale aos médicos formados em Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil ou com diploma devidamente revalidado, e que possuem um registro ativo em algum Conselho Regional de Medicina no país; e PROVAB corresponde aos médicos que ingressaram no Programa fazendo a opção pela bonificação na prova de residência médica, lembrando que este perfil foi integrado ao Mais Médicos a partir de 2015, de modo que, ao se inscrever no programa, o médico com registro no Brasil poderia escolher se aceitaria ou não as regras e ofertas educacionais específicas do Programa.

Quanto à participação total dos perfis de contratação no PMMB, a cooperação respondeu por 54% dos profissionais inscritos no Projeto, frente à 26% do CRM Brasil, 15% por intercambistas e 5% por PROVAB conforme detalhado no Gráfico 17.

**Gráfico 17 – Cômputo total dos perfis médicos em Mato Grosso do Sul entre 2013 e 2018**

Fonte: NOTA TÉCNICA N° 90/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS Elaborado pelo autor, 2018.

Os dados apresentados apontam para algumas questões relevantes. Em primeiro lugar, a participação de municípios sul-mato-grossenses inscritos e contemplados por meio do PMMB, que contratou profissionais para aproximadamente 76% destes. Ressalvados os aspectos de cunho corporativista que, conforme já apontado ao longo do trabalho, influenciaram a decisão de gestores em não aderir ao Programa Mais Médicos e consequentemente ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, a grande maioria dos prefeitos não cedeu às pressões do CRM e das associações médicas e viabilizaram a inserção dos municípios, e consequentemente a contratação dos médicos.

Segundo dados da pesquisa Demografia Médica, Mato Grosso do Sul, em 2018, tinha 2,04 médicos para cada mil habitantes, média inferior à nacional que era de 2,18. Ainda de acordo com a referida pesquisa, dos 5.525 médicos em atividade no estado, 63,2% são especialistas e 36,8% generalistas.

O dado permite afirmar que os 339 médicos contratados pelo PMMB representaram um acréscimo de 6% no total de médicos em atuação no estado. Mais do que avaliar se este é um crescimento significativo, o que se verificou foi uma mudança na distribuição, a interiorização da oferta de atendimento médico contemplando, sobremaneira, os municípios de fronteira, municípios-polo do DISEI/MS – Distrito Sanitário Especial Indígena -, chegando, inclusive, nas periferias das maiores cidades, dentre elas Campo Grande, Corumbá e Dourados, como já citadas ao longo dos levantamentos.

Sobre a dificuldade em se manter profissionais médicos em determinadas Unidades de Saúde, a então secretária municipal de saúde de Corumbá e coordenadora do Programa Mais Médicos em Mato Grosso do Sul, Dinaci Ranzi, afirmou durante entrevista que a promoção e qualidade da atenção primária na saúde dos municípios foram as principais conquistas após a adesão dos municípios ao Programa. Em suas palavras:

Tínhamos uma grande dificuldade na atenção primária principalmente pela falta de médicos em algumas regiões dos municípios, onde podíamos perceber uma grande frequência de médicos em uma unidade enquanto em outra não tínhamos nenhum. Com a chegada do Programa registramos uma redução de 30% do atendimento nos prontos-socorros, assim como a duplicação dos atendimentos dentro da rede de atenção básica. A melhoria da qualidade é notável principalmente pela presença do médico na unidade e o reconhecimento pela população. Hoje chegamos a um índice de aproximadamente 90% de cobertura da atenção básica do município graças a qualificação que o Programa Mais Médicos proporcionou para as unidades dos municípios.<sup>187</sup>

Os dados quantitativos podem não dar conta de representar as transformações propiciadas por meio da contratação dos profissionais, em especial, os cubanos, que assumiram postos de trabalho, até então, desprezados por profissionais brasileiros. Mais do que prover vagas, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, propiciou, como já citado no Capítulo 2 deste trabalho, mudanças significativas no processo de formação médica, assunto que será abordado no próximo subcapítulo.

### 3.3 – Eixo “Educação”

“A vida real da medicina não é o consultório. Os alunos do nosso campus não vão tirar os pés da realidade.”  
FARIAS, Vanderlei Oliveira de. (2013)

A epígrafe escolhida expressa parte do que o Programa Mais Médicos possibilitou acerca da formação médica no Brasil e foi dita pelo então diretor do *Campus* Passo Fundo da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Vanderlei de Oliveira Farias, explicando que tipo de profissional a instituição iria formar: “*um médico generalista, que terá contato permanente com a prevenção, atenção e assistência básica de saúde durante toda a graduação*”.

---

<sup>187</sup> “André participa de Seminário do Mais Médicos e destaca resultados na saúde com parcerias entre municípios”. Disponível em: <http://www.acritica.net/editorias/politica/andreparticipadeseinariodomaismedicosdestacaresultadosna/119446/> Acesso em: 19 maio 2016.

A UFFS, *Campus* Passo Fundo (RS) <sup>188</sup>, foi a primeira do país a iniciar um curso de medicina dentro da Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Ensino Superior. A política previa a criação de novos cursos de medicina e o aumento de vagas nos cursos já existentes, e que foi instituída pelo Governo Federal por meio da Medida Provisória nº 621, em 8 de julho de 2013 junto com o Programa Mais Médicos.

Trata-se do segundo Eixo do Programa Mais Médicos intitulado de “Educação”, cujo objetivo era aumentar a formação de médicos no país por meio da expansão do número de vagas nos cursos de Medicina e residência médica em várias regiões, com implantação de novo currículo, focado na qualificação da formação e valorização da Atenção Básica. Desta forma, a ideia era que o programa tivesse resultados não somente a curto prazo, mas que formasse médicos voltados para a Atenção Básica no futuro. A meta do Programa era sair dos quase 380.000 médicos em 2013 e chegar a 600.000 médicos em 2024, para atingir o nível recomendado pela OCDE, de 2,7 médicos por mil habitantes.

Nesse sentido, é oportuno recorrer aos dispositivos legais que tratam da matéria, à saber: EMI nº 00024/2013 MS MEC MP; a MP nº 621/2013; a Lei 12.871/2013 e a própria Portaria Interministerial nº 1.369/2013 que, ao instituir o Projeto Mais Médicos para o Brasil no âmbito do Programa Mais Médicos trouxe uma série de dispositivos diretamente vinculados às ações de melhoria da formação médica.

A EMI nº 00024/2013 trazia oito incisos em seu primeiro tópico de discussão, sendo que destes, apenas os dois primeiros tratavam sobre a necessidade de aumento da oferta de profissionais médicos nas regiões prioritárias do SUS e fortalecimento das ações na Atenção Básica em Saúde. Todos os demais incisos tratavam diretamente sobre ações em educação, como pode ser observado:

[...]

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

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

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

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

VII - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e

---

<sup>188</sup> “Universidade gaúcha cria curso de medicina voltado para a assistência básica” Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/busca-geral/212-noticias/educacao-superior-1690610854/19118-universidade-gaucha-cria-curso-de-medicina-voltado-para-a-assistencia-basica>> Acesso em: 22 jun. 2018.

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS. (BRASIL, EMI nº 00024/3013)

Assim como ocorrido com os temas infraestrutura e provimento emergencial, na concepção da Medida Provisória nº 621/2013, foram respeitados os apontamentos apresentados pelo Ministério da Saúde por meio da EMI supracitada, sendo que seus os capítulos 1, 2 e 3 tratam quase que exclusivamente da regulamentação das ações para o eixo “educação”, abordando respectivamente as disposições gerais, que tratam da autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina e; formação médica no Brasil.

O Capítulo 4 trata sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e em seu bojo estão elencadas diversas ações direcionadas à formação médica dedicada à Atenção Básica em Saúde, cuja implementação se deu por meio da Portaria Interministerial nº 1.369/2013. Segundo o texto da portaria:

Art. 2º O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem a finalidade de 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. (BRASIL, Portaria Interministerial nº 1.369/ 2013).

O Art. 3º traz os objetivos do PMMB, os quais seguem citados a seguir:

- 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. (BRASIL, Portaria Interministerial nº 1.369/ 2013).

Pode-se considerar que o PMMB teve atuação direta e simultânea nos eixos “educação” e “provimento emergencial”. Essa afirmação se materializou, sobremaneira, durante a realização do trabalho de campo que embasa a presente pesquisa, ocasião na qual foi possível acompanhar a dinâmica e a metodologia de organização das Oficinas Regionais, sobre as quais discorreremos mais adiante.

De acordo com o documento referencial da I Oficina de fortalecimento das ações do PROVAB e Programa Mais Médicos para o Mato Grosso do Sul:

A formação profissional em serviço é uma importante dimensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, materializada não só por meio da oferta de curso de

especialização, mas também por supervisão da prática do médico participante, visitas técnicas de acompanhamento e instrumentos próprios de monitoramento e avaliação.<sup>189</sup>

Pode-se afirmar que o Programa Mais Médicos viabilizou a promoção de uma reestruturação na formação médica do país por meio da qual, será possível fazer frente, em caráter permanente, ao problema da falta de profissionais, solucionando-o de maneira definitiva. Assim, integram o Programa um plano de expansão da graduação e da residência médica e importantes mudanças no modo de formar médicos e também especialistas. É sobre estas duas vertentes que o trabalho passa à tratar neste momento.

Vale lembrar que meta inicial estipulada pelo Governo Federal era a criação de 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência até 2017. Destas, já foram autorizadas mais de 5 mil vagas de graduação e quase 5 mil de residência.

Considerando que o objetivo do Capítulo 3 – deste trabalho – é abordar os desdobramentos da política pública em Mato Grosso do Sul, identificou-se que, em relação à abertura de novas vagas de graduação em medicina, o estado foi contemplado com a ampliação de cursos, abertura de novas turmas, tanto na capital como em cidades do Interior como, por exemplo, a criação de 60 novas vagas no *Campus* Três Lagoas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul conforme consta na Portaria Nº 274, de 12 de maio de 2014. Igualmente na UFGD, ampliou-se mais 30 vagas no curso de Medicina, chegando ao total de 80 vagas anual, bem como a criação do curso de Medicina na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), que passou a funcionar em 2015, com 48 (quarenta e oito vagas) anual, já contemplada a proposta de formação inserido no bojo do Mais Médicos,<sup>190</sup> conforme detalhado no Quadro 33. Do mesmo modo, a Universidade privada Anhanguera/Uniderp teve autorização para ampliação de 40 vagas na cidade de Campo Grande.

---

<sup>189</sup> Documento referencial da I Oficina de fortalecimento das ações do PROVAB e Programa Mais Médicos para o Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2014.

<sup>190</sup> “O Curso de Medicina da UEMS, com início da primeira turma em 2015, visa preparar profissionais com sólida formação teórico-prática da Ciência Médica, possibilitando a inserção do estudante nas diferentes práticas e cenários objetivando ultrapassar a visão individualista do ser humano, garantindo compreensão abrangente e integrada do processo saúde-doença, dentro de rigorosa postura ética. Tal formação dará ao futuro profissional o domínio de conhecimentos e a capacidade de utilizá-los em diferentes setores como a prática clínica, a pesquisa e o ensino, assim como estar apto a realizar abordagem biopsicossocial, em modelo de intervenção, capaz de responder à multiplicidade de fatores que condicionam o fenômeno saúde-doença na sociedade pós-moderna. (...). Os cenários de aprendizagem são diversificados e reais e vão para além da sala de aula e dos laboratórios. A forte interação com os serviços de atenção básica de saúde, desde o início do curso, especialmente junto às Equipes de Saúde da Família e com a vida comunitária da coletividade, faz parte das atividades de ensino.” Disponível em: <<http://www.uems.br/graduacao/curso/medicina-bacharelado-campo-grande>> Acesso em: 25 mar. 2018.

**Quadro 33 – Expansão das vagas nos cursos de Medicina em Mato Grosso do Sul**

Ação	Instituição	Local	Situação em junho de 2018	Total
Expansão de vagas em cursos existentes	UNIDERP	Campo Grande	Em Funcionamento	40 vagas
	UFGD	Dourados	Em funcionamento	30 vagas
	UFMS	Campo Grande	Em funcionamento	20 vagas
Abertura de novos cursos	UFMS	Três Lagoas	Em funcionamento	60 vagas
	UEMS	Campo Grande	Em funcionamento	48 vagas
Autorização de abertura de novas vagas/cursos	Indefinido	Corumbá	Em análise	Indefinido
	Indefinido	Ponta Porã	Em análise	Indefinido

Elaborado pelo autor, 2018.

Em relação às autorizações para abertura de novos cursos de medicina em Corumbá e Ponta Porã, o MEC anunciou, em março de 2018, a seleção de 28 municípios espalhados pelo país que, atenderam os pré-requisitos de seleção. De acordo com o Ministério:

[...] o critério para seleção das localidades observou a necessidade de formação médica em municípios mais distantes das capitais, onde a população enfrenta dificuldade para ter acesso aos serviços de saúde e consultas com especialistas. Tanto que foi feito um levantamento com intuito de identificar quais municípios teriam condições de receber os novos cursos de medicina.<sup>191</sup>

Durante a coletiva de divulgação, o então Ministro da Educação, Mendonça Filho, afirmou que a ampliação na oferta de vagas nos cursos de medicina não traria prejuízos à qualidade na formação dos profissionais. Em suas palavras, “*Expandir e interiorizar a formação médica é fundamental para que a gente possa ter uma boa formação de um lado e mais oportunidades para quem precisa de acesso a saúde de boa qualidade*”.

Segundo o secretário de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres) do MEC, Henrique Sartori – que é professor de Relações Internacionais na UFGD – para autorizar a abertura de vagas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, foi feito um levantamento a fim de identificar quais municípios estavam em condições de receber os novos cursos de medicina. A medida, na sua compreensão, reforça a política do MEC de interiorização da educação superior. Em suas palavras:

"Os municípios selecionados passaram por uma seleção criteriosa em relação à sua capacidade de saúde. [Foram avaliados] os equipamentos de saúde que existem no município, tudo aquilo que indica a Lei nº 12.871, que é a Lei dos Mais Médicos, em relação ao quantitativo de leitos no município, ao hospital com potencial para se

<sup>191</sup> “Confirmada implantação do curso de medicina em Corumbá e Ponta Porã” Disponível em: <<https://www.correiodoestado.com.br/cidades/ponta-pora-e-corumba-sao-selecionadas-para-implantar-curso-de-medicina/324105/>> Acesso em: 23 jun. 2018.

tornar um hospital de ensino, equipe de atenção básica e um campo de prática que garanta aos alunos uma boa educação e uma educação de qualidade".<sup>192</sup>

A previsão é que a entrega dos cursos seja feita em dezembro de 2018, portanto, o processo deve demorar cerca de 08 meses: "O próximo passo agora é abrir o edital de seleção de mantenedoras, no qual as faculdades serão selecionadas nesses municípios que hoje assinaram o termo de compromisso".<sup>193</sup>

O prefeito de Corumbá, Marcelo Lunes, comentou que a implantação do curso no município transformará o município em um grande polo educacional, além de proporcionar geração de renda e recursos para a economia local. Em suas palavras:

"Foi um dia muito especial para Corumbá e que ficará na história da nossa cidade. Assinamos a liberação do funcionamento do curso de Medicina por instituição de ensino superior particular em nossa cidade".<sup>194</sup>

Interessante observar as contradições (e as apropriações pelo mercado) do estabelecimento da política, principalmente agora num outro contexto histórico, na gestão Temer, a qual não tem tido a mesma relação com a "coisa pública" adotando uma política explicitamente privatista, mercadológica e neoliberal. No governo anterior – gestão da Presidenta Dilma Rousseff – a mencionada expansão se dava exclusivamente nas universidades públicas, agora em Corumbá a expansão de dará em universidade particular e a própria reportagem do jornal citado menciona uma instituição privada que já oferece o curso de medicina, em Mato Grosso do Sul. Certamente, uma lembrança aleatória. Aguardemos o futuro.

Também em Ponta Porã, sabe-se que em sua cidade-gêmea Pedro Juan Caballero, no Paraguai, há oferta sete cursos privados de medicina. Comenta-se que a abertura do curso em Ponta Porã – igualmente privado – possibilitará que os alunos do lado paraguaio (que necessitam de Revalida no Brasil) serão transferidos para o lado brasileiro, no último ano.

---

<sup>192</sup> "MEC autoriza curso de Medicina em Ponta Porã e Corumbá" Disponível em: <<https://www.douradosagora.com.br/noticias/cidades/mec-autoriza-curso-de-medicina-em-ponta-pora-e-corumba>> Acesso em: 23 jun. 2018.

<sup>193</sup> "Confirmada implantação do curso de medicina em Corumbá e Ponta Porã" Disponível em: <<https://www.correiodoestado.com.br/cidades/ponta-pora-e-corumba-sao-selecionadas-para-implantar-curso-de-medicina/324105/>> Acesso em: 23 jun. 2018.

<sup>194</sup> "Confirmada implantação do curso de medicina em Corumbá e Ponta Porã" 22.03.2108. Disponível em: <<https://www.correiodoestado.com.br/cidades/ponta-pora-e-corumba-sao-selecionadas-para-implantar-curso-de-medicina/324105/>> Acesso em: 23 mar. 2018.

Certamente, isso tem um custo expressivo no mercado. Por sua vez, “as empresas detêm idoneidade moral e financeira para sustentar o curso”.<sup>195</sup>

Mas, enfim, são as contradições do estabelecimento da política, conforme brilhantemente foi demonstrado por Poulantzas (2000).

Por fim, o Programa Mais Médicos também promoveu, por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil um importante processo de formação continuada ofertado aos médicos contratados tanto pelo PMMB como pelo PROVAB.

Tratavam-se das Oficinas Regionais, realizados com a participação dos médicos, enfermeiros gestores, tutores, supervisores, coordenadores de Atenção Básica dos municípios participantes e tutores do Curso de especialização EAD. Tais oficinas eram realizadas obedecendo-se o princípio da regionalização da política de saúde de Mato Grosso do Sul. Recordemos que a adesão ao Mais Médicos ocorria por município mas as oficinas – processo de formação continuada dos profissionais – se deram na escala regional.

Conforme o Documento referencial da I Oficina de fortalecimento das ações do PROVAB e Programa Mais Médicos para o Mato Grosso do Sul, as oficinas tinham como objetivo promover a interação dos sujeitos envolvidos no processo, discutindo estratégias de composição das equipes saúde da família com médicos dos dois programas e ampliação da cobertura saúde da família. Também aponta como objetivos:

- Qualificação dos processos de trabalho das equipes a partir das ferramentas dos dois programas: Requalifica, eSUS, PMAQ;
- Ampliar acesso dos médicos ao curso de especialização e às ferramentas pedagógicas disponíveis;
- Criar estratégias para facilitar a supervisão dos médicos em áreas de difícil acesso;
- Integrar processo de supervisão com conteúdo programático da especialização;
- Ampliar o debate de saúde indígena no processo de trabalho da supervisão e dos médicos;<sup>196</sup>

As oficinas realizadas em Mato Grosso do Sul foram resultados de um projeto da tutoria do Programa Mais Médicos, de responsabilidade da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sendo coordenadas pela tutora do Programa, a Médica Pediatra e Professora Estanisláa Petrona Yarzon Ortiz, em parceria com as Referências Descentralizadas do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissional em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DEPREPS/SGTES) e Coordenação Estadual de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

---

<sup>195</sup> “Ponta Porã terá curso de Medicina” Disponível em: <<http://www.marcoeusebio.com.br/coluna/ponta-pora-tera-curso-de-medicina/55855>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

<sup>196</sup> Documento referencial da I Oficina de fortalecimento das ações do PROVAB e Programa Mais Médicos para o Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2014.

A Dr<sup>a</sup> Estanisláa afirmou que a equipe que integra, ficará responsável em acompanhar o trabalho dos médicos do programa no Estado. Mensalmente será elaborado um relatório do desempenho dos profissionais, que será encaminhado à Brasília, para avaliação do Ministério da Saúde.<sup>197</sup>

A supervisão é feita a partir de visitas mensais realizadas pelo tutor, que é um médico contratado pela instituição responsável, no caso de Mato Grosso do Sul, a UFMS é a referência para o acompanhamento dos trabalhos dos médicos integrantes dos programas Mais Médicos e PROVAB.

Já sobre a atuação das Referências Descentralizadas (RDs), o Ministério da Saúde informou que em escala de Brasil, no ano de 2018, 70 pessoas trabalhavam garantindo a “ponte” entre os profissionais do programa Mais Médicos e o Ministério exercendo funções que vão desde os primeiros passos nas etapas de adesão ao Programa por médicos e gestores, até as fases de término do ciclo dos profissionais. Em Mato Grosso do Sul, o trabalho de Referência Descentralizada foi executado por dois profissionais.

Além disso, as RDs também articulam com gestores municipais questões como, deslocamento de profissionais dos aeroportos aos municípios de atuação, dão suporte ao setor de pagamento de bolsa aos profissionais e articulam com a gestão do Programa a realização de avaliações *in loco*.

De acordo com o Ministério da Saúde, são nessas avaliações nos locais de trabalho dos profissionais que as RDs observam desde a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a questões como a atuação e o cumprimento de carga horária dos médicos, conduta e possíveis problemas de saúde dos profissionais.

O Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), responsável pela gestão do Programa Mais Médicos dentro do Ministério da Saúde recebe relatórios diários emitidos pelas referências descentralizadas de cada uma das Unidades da Federação, garantindo um controle preciso sobre os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais.

De acordo com o então diretor-substituto do DEPREPS, Paulo Ricardo Silva, as RDs são um braço do DEPREPS nos estados. Em suas palavras:

“As Referências Descentralizadas são responsáveis pelo monitoramento do contingente de médicos no programa. Elas (as Referências) têm que quantificar, qualificar, além de monitorar a cobertura do Programa nos municípios. Essa

---

<sup>197</sup> “Profissionais do programa Mais Médicos começam a chegar ao Estado sexta-feira.” Disponível em: <<http://www.midiamax.com.br/noticias/868429-profissionais-do-programa-mais-medicos-comecam-a-chegar-ao-estado-sexta-feira.html>> Acesso em: 24 jul. 2016

atividade integra a estratégia prioritária do Sistema Único de Saúde e do Ministério da Saúde”.<sup>198</sup>

A primeira Oficina de fortalecimento das ações do PROVAB e do Mais Médicos para o Mato Grosso do Sul foi realizada durante o ano de 2014, conforme cronograma exposto no Quadro 34.

**Quadro 34 – Cronograma de realização da I Oficina PROVAB e PMM/MS - 2014**

Macrorregião	Quantidade de Médicos	Data
Corumbá	31	23/07/2014
Campo Grande	81	25/07/2014
Três Lagoas	15	13/08/2014
Dourados	80	15/08/2014

Fonte: Documento referencial da I Oficina de fortalecimento das ações do PROVAB e Programa Mais Médicos para o Mato Grosso do Sul. Campo Grande – MS, 2014. Arquivo pessoal. Dinaci Ranzi.

Para a realização das oficinas, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 2.921, de 28 de novembro de 2013, aportou recursos destinados ao custeio com deslocamento da equipe organizadora, diárias, materiais impressos, matérias de identificação, banners, etc.

As oficinas tinham duração de um dia, perfazendo em média 8 horas de atividades. Acerca da metodologia adotada, eram realizadas exposições dialogadas e rodas de conversa oportunizando troca de experiências entre os diversos sujeitos/profissionais envolvidos nos Programas.

Cada participante recebia um número de um a nove (01 a 09) de forma que os grupos de trabalho fossem formados por integrantes das diversas categorias profissionais presentes, à saber: enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, acadêmicos, coordenadores da atenção básica em saúde, coordenadores de planejamento, supervisores e tutores dos Programas.

O mecanismo de seleção adotado pela Coordenação das Oficinas também proporcionava a reunião de profissionais de diversos municípios, bairros, distritos, possibilitando a troca de experiências a partir dos relatos tecidos ao longo do dia.

---

<sup>198</sup> “Equipe com 70 profissionais atua nos estados fortalecendo gestão do Mais Médicos” Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/noticias/271-equipe-com-70-profissionais-atua-nos-estados-fortalecendo-gestao-do-mais-medicos>> Acesso em: 26 jun. 2018.

No início da manhã era realizada a apresentação do panorama da região de saúde, feito isso, os grupos eram divididos em espaços, ou quando possível, em salas separadas onde eram realizadas as leituras dos textos de referência para que pudessem ser respondidas questões previamente elaboradas, que tinham como objetivo levantar os problemas vigentes em cada Unidade de Saúde ali representada, indicando possíveis ações, estratégias e responsáveis, para definição de um plano de ação.

**Foto 5 – Oficina Regional 2014 – Campo Grande**



Foto: Arquivo Pessoal Dinaci Ranzi

No caso da primeira Oficina realizada em 2014 as questões eram:

- O que avançou na Atenção Básica com o PROVAB e Mais Médicos?
- Quais os principais desafios para a consolidação e qualificação da AB?
- Quais as principais propostas/estratégias de conformação das ESF e ampliação da cobertura, na implantação do e-SUS, no uso das ferramentas da especialização e supervisão? (Documento referencial da I Oficina de fortalecimento das ações do PROVAB e Programa Mais Médicos para o Mato Grosso do Sul. Campo Grande – MS, 2014. Arquivo pessoal Dinaci Ranzi).

No ano de 2016 foi realizada a Segunda Oficina Processo de Trabalho Saúde da Família e Comunidade, organizada em quatro edições nas cidades de Corumbá, Dourados, Ponta Porã e Mundo Novo, totalizando 20 municípios participantes e 162 profissionais conforme detalhamento no Quadro 35.

Quadro 35 – Cronograma de realização da 2ª Oficina PROVAB e PMM/MS - 2016

Sede/Data	Municípios	Médicos	Enfermeiros	Coord. AB	Outros	Total
Corumbá 28/07	Corumbá	17	12	1	0	30
	Ladário	6	8	1	0	15
	<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>45</b>
Dourados 01/09	Dourados	15	5	1	2	23
	Caarapó	2	2			4
	Itaporã	1				1
	Jateí	1	1			2
	Laguna Carapã	2	2	1		5
	Glória de Dourados	2	2			4
	Deodápolis	3				3
	<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>42</b>
Ponta Porã 15/09	Ponta Porã	11	8	1		20
	Amambai	3	1	1		5
	Aral Moreira	1	1	1		3
	Bela Vista	4	4	1		9
	Coronel Sapucaia	2	2	1		5
	<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>42</b>
Mundo Novo 20/10	Mundo Novo	2	2		8	12
	Paranhos	2	2	1		5
	Japorã	3	2	1		6
	Tacuru	1	4			5
	Iguatemi	1	1	1		3
	Eldorado	1	1			2
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>33</b>
<b>Total Geral</b>	<b>20 Municípios</b>	<b>80</b>	<b>60</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>162</b>

Fonte: Referência Descentralizada Programa Mais Médicos/DEPREPS/SGTES

Na segunda Oficina, as questões referenciais para elaboração do plano de ação estavam mais intimamente relacionadas aos processos de trabalho das equipes que atuavam na Atenção Básica em Saúde:

Como o grupo caracteriza o processo de trabalho em saúde?

Como o grupo entende as principais características do processo de trabalho em saúde?

Quais as relações que o grupo faz entre as questões abordadas no texto<sup>199</sup> e a realidade das unidades de saúde? (Material de apoio da 2ª Oficina Processo de Trabalho saúde da família e comunidade, 2016).

<sup>199</sup> Na 2ª Oficina realizada em 2016, os trabalhos tinham como ponto de partida a leitura dos seguintes textos: “A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde” Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4547/2478>> e “Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde” Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>> Acesso em: 02 jul. 2018.

A terceira Oficina, realizada em 2017, também foi organizada em quatro edições, sediadas nas cidades de Corumbá, Costa Rica. Aquidauana e Campo Grande, totalizando 26 municípios participantes e 250 profissionais, conforme detalhado no Quadro 36.

**Quadro 36 – Cronograma de realização da 3ª Oficina PROVAB e PMM/MS - 2017**

Sede/data	Município	Participantes	Sede/data	Município	Participantes
Corumbá 14/09/17	Corumbá	49	Aquidauana 28/09/17	Aquidauana	9
	Ladário	13		Miranda	7
	<b>Total</b>	<b>62</b>		Bodoquena	3
Costa Rica 21/09/17	Costa Rica	13		Dois Irmãos do	5
	Chapadão do Sul	7		Jardim	7
	Selvíria	5		Nioaque	9
	Alcinópolis	3		Guia Lopes da L	3
	Figueirão	3		Caracol	5
	Coxim	13		Porto Murtinho	9
	Sonora	5		Bonito	7
	Pedro Gomes	5		Bela Vista	9
	Rio Verde	9		<b>Total</b>	<b>73</b>
	São Gabriel do Oeste	9	Campo Grande 06/10/17	Campo Grande	43
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>Total Geral</b>	<b>24 municípios</b>	<b>250</b>	

Fonte: Referência Descentralizada Programa Mais Médicos/DEPREPS/SGTES

Na terceira Oficina, as questões basilares possibilitavam uma avaliação da evolução do processo de trabalho, levando em consideração que o Programa Mais Médicos já estava em seu quinto ano de execução:

Como tem sido o cotidiano no processo de trabalho de sua unidade?  
 Quais os pontos fortes e fracos?  
 Quais os problemas de maior relevância? (Material de apoio da 3ª Oficina de Fortalecimento e Atualização do Processo de Trabalho na Atenção Básica em Saúde da Família e Comunidade, 2017).

Com base nas respostas dessas questões, os grupos elaboravam uma breve apresentação das discussões engendradas ao longo do período, transcreviam no bloco de cavalete (*flip chart*) evidenciando os pontos de destaque. Cada grupo expunha as observações na plenária que era realizada a final do período.

**Figura 14 – Material de divulgação da 2ª Oficina Regional (2016)**



Fonte: Arquivo pessoal do autor, 2018.

Nas apresentações, cada grupo indicava como sugestão, ações que deveriam ser executadas, elencando a ação, as atividades a serem realizadas, data, mês e ano de início e os responsáveis.

**Foto 6 – Oficina Regional 2016 – Mundo Novo**



Foto: Trabalho de campo do autor, 2018.

É importante destacar que os temas abordados durante as oficinas tinham como objetivo alinhar questões relacionadas ao processo de trabalho na Atenção Básica em Saúde, com ênfase às rotinas vividas nas Unidades Básicas de Saúde.

Nas edições 2016 e 2017, os temas centrais foram:

#### 1) Acolhimento

O termo acolhimento tem uma dimensão ampla quando tratado no âmbito da Atenção Básica em Saúde. A ação é considerada a porta de entrada do usuário e tem como objetivo deixá-lo à vontade no processo de atendimento. É considerado ainda como processo de relação humana, devendo ser realizado de forma irrestrita por todos os integrantes da equipe de trabalho da unidade de saúde. De acordo com Fracolli e Campos (2004), o acolhimento não se limita ao ato de receber, mas constitui uma sequência de atos e modos que compõem o trabalho em saúde.

Estudos apontam que o acolhimento como um dispositivo de humanização tem a potencialidade de reduzir a demanda reprimida, oferecendo maior acesso aos serviços e responsabilizando toda a equipe pelo cuidado e pela satisfação do usuário. Além disso, permite desencadear um processo de mudança nas práticas de saúde.

Ressalvas existem quanto a essa reordenação das práticas assistenciais, de modo que essa descentralização do sujeito médico como protagonista do cuidado ainda precisa ser sensibilizada para os usuários que não aceitam completamente o papel da equipe multidisciplinar. Se realizado de forma desestruturada, pode criar conflitos e dificultar os esforços de comunicação, em especial, pela desvalorização da sua atividade, com possível sobrecarga aos profissionais em ambientes onde não haja um preparo tecnológico para lidar com esses impasses. (COUTINHO et al. 2015, p. 518)

#### 2) Visita Domiciliar

Na Atenção Básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado.

É desse recorte de cuidados no domicílio de que trata este material e que a Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, classifica como modalidade AD1 de atenção domiciliar, isto é, aquela que, pelas características do paciente (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pela atenção básica (equipes de atenção básica – eAB e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF), com apoio eventual dos demais pontos de atenção, inclusive, os Serviços de Atenção Domiciliar (compostos por equipes especializadas – EMAD e EMAP – cujo público-alvo é somente os pacientes em AD). (BRASIL, 2012, p. 22)

**Foto 7 – Oficina Regional 2017 – Aquidauana**



Foto: Trabalho de campo do autor, 2018.

### 3) Agenda

O acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações. De acordo com o Ministério da Saúde, as possibilidades de organização das agendas são as seguintes:

- **Agenda programada para grupos específicos:** abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade;
- **Agenda de atendimentos agudos:** identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não já inseridos em acompanhamento programado, os usuários deveriam ser atendidos, de preferência, de acordo com a estratificação de risco;
- **Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáticas:** reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento e que não se incluem nas categorias anteriores, mas que demandam atenção, como o adulto que utiliza benzodiazepínico sem avaliação médica há sete meses. (BRASIL, 2011, p. 35/36. Grifo nosso)

### 4) Ferramentas para trabalho com famílias

As ferramentas de trabalho com famílias, ou ferramentas saúde da família, são tecnologias relacionais, oriundas da Sociologia e da Psicologia, que visam estreitar as relações

entre profissionais e famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade (Silveira Filho, 2007). Dentre as ferramentas de avaliação usadas na atenção primária pelas equipes estão: o genograma, o ciclo de vida das famílias, o F.I.R.O<sup>200</sup>. e o P.R.A.C.T.I.C.E<sup>201</sup>.

**Foto 8 – Oficina Regional 2017 – Corumbá**



Foto: Trabalho de campo do autor, 2018.

### 5) Grupos de Trabalho

De acordo com a Rede Humaniza SUS existem cinco razões principais sobre a importância dos grupos. Em um grupo, a aproximação clientes terapeuta é maior, a linguagem se torna mais coloquial e assim mais compreensível para o grupo, até mesmo porque a ajuda mútua entra os participantes na maneira de compreender sua linguagem e expressão. Ainda de acordo com a Rede, tem que se fazer a distinção dos tipos de grupo: aberto, fechado ou, ainda, semiaberto e distinção entre grupo e agrupamento ou série.

<sup>200</sup> F.I.R.O.: sigla de Fundamental Interpersonal Relations Orientation ou, em português, Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, sendo categorizado como uma teoria de necessidades.

<sup>201</sup> P.R.A.C.T.I.C.E.: funciona como uma diretriz para avaliação do funcionamento das famílias. O instrumento é focado no problema, o que permite uma aproximação esquematizada para trabalhar com famílias.

Presenting problem (problema apresentado)

Roles and structure (papéis e estrutura)

Affect (afeto) Communication (comunicação)

Time of life cycle (fase do ciclo de vida)

Illness in family (doença na família)

Coping with stress (enfrentamento do estresse)

Ecology (meio ambiente, rede de apoio)

Fonte: Ministério da Saúde. DAB. Caderno de Atenção Domiciliar Vol. 2. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD\\_VOL2\\_CAP2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP2.pdf)> Acesso em: 30 jun. 2018.

Exemplo de grupo fechado: grupos terapêuticos em saúde mental e de planejamento familiar para laqueadura/ vasectomia, pois iniciam com pessoas definidas. Para pessoas novas há que se ter novo contrato, e é preciso o seguimento para concluir o tratamento/ orientação.

Exemplos que damos de grupos abertos: dislipidemia, hipertensão, diabetes, terapia comunitária. Num grupo aberto, o número de pessoas poderá ser um pouco maior que nos demais grupos, pois os critérios de seleção são menos exigentes e a regularidade de reuniões não é tão rígida.<sup>202</sup>

## 6) Trabalho em Equipe

O sexto e último ponto debatido ao longo das Oficinas Regionais talvez tenha sido simultaneamente o mais polêmico e o mais produtivo visto que os profissionais participantes das atividades eram unânimes ao afirmar a importância da dedicação, do comprometimento e do engajamento de todos os envolvidos para que todos os demais temas discutidos anteriormente, a saber acolhimento, agenda, visita domiciliar e grupos de trabalho, pudessem ser atingidos.

No ano de 2017, além das etapas elencadas no Quadro 34, a Equipe de Desenvolvimento da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (DOES/MEC) realizou no dia 17 de agosto uma edição do Encontro Locorregional na cidade de Dourados. A atividade foi voltada aos profissionais integrantes do Mais Médicos (médicos e supervisores) além de ter sido aberta à integrantes da equipe responsável pela Atenção Básica no município.

O objetivo da atividade foi apresentar aos participantes ferramentas educacionais disponibilizadas pelo Ministério da Saúde como forma de suporte teórico e também prático aos profissionais da área no âmbito de suas atividades junto à Atenção Básica em Saúde.

A atividade foi ministrada pela Professora da FAMED/UFMS e integrante do Núcleo Técnico-Científico do Programa Telessaúde Brasil Redes em Mato Grosso do Sul, Coordenadoria Estadual de Telessaúde, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (CETEL/SES-MS), Adélia Delfina da Motta Silva Correia.

Dentre as ferramentas comentadas, destaque ao Telessaúde Mato Grosso do Sul<sup>203</sup>, Plataforma Telessaúde do Ministério da Saúde<sup>204</sup>, Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES/UNA-SUS)<sup>205</sup>, Plataforma Arouca<sup>206</sup> e a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS/MS)<sup>207</sup>.

<sup>202</sup> “Os grupos na atenção básica à saúde” Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/os-grupos-na-atencao-basica-a-saude/>> Acesso em: 27 jun. 2018.

<sup>203</sup> Disponível em: <<http://telessaude.saude.ms.gov.br/portal/>>

<sup>204</sup> Disponível em: <<https://plataformatelessaude.ufgs.br/accounts/login/?next=/>>

<sup>205</sup> Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>>

<sup>206</sup> Para saber mais acesse: <<https://arouca.unasus.gov.br/plataformaarouca/Home.app>>

<sup>207</sup> Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>

**Foto 9 – Encontro Locorregional 2017 – Dourados**

Foto: Trabalho de Campo do autor, 2018.

Ao todo, dezenove profissionais participaram do treinamento que, além da apresentação teórica, possibilitou a realização de atividades práticas indo desde o cadastro dos profissionais em cada uma das ferramentas apresentadas, até à troca de experiências acerca do uso das mesmas no processo de trabalho.

Com base nas informações apresentadas, verifica-se que o processo de formação dos médicos integrantes do Programa Mais Médicos, foi estruturado de forma a permitir que tantos os profissionais formados nas instituições brasileiras pudessem ter um olhar mais humanizado e voltado à Atenção Básica em Saúde por meio das mudanças garantidas a partir da publicação da Lei nº 12.871/2013 e a consequente edição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina que foi publicada por meio da Resolução CNE/CES 3/2014<sup>208</sup>

Aliado a esse processo de reestruturação do Currículo, o Mais Médicos oportunizou aos profissionais a ampliação de vagas nos cursos de Residência Médica tendo, inclusive, apoiado a abertura de cursos voltados à especialização em Saúde da Família.

---

<sup>208</sup> Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)> Acesso em: 30 mar. 2018.

## CONCLUSÃO

No percurso de construção desta pesquisa, foi possível identificar um conjunto de variáveis que, analisadas separadamente, poderiam se desdobrar em várias outras pesquisas. É neste contexto que iniciamos as considerações acerca do trabalho ora apresentado. Abra-se vastos caminhos para novos trabalhos/olhares acerca dos processos, nuances, tensões e resultados obtidos por meio da implementação do Programa Mais Médicos.

Destarte, cabe considerar que as análises realizadas permitem afirmar que o Programa avançou sobremaneira em relação às propostas implementadas anteriormente pelo próprio Governo Federal, principalmente pela significativa capacidade de articulação de forças direcionadas às áreas específicas da política pública em saúde. Nos referimos ao conjunto de ações precursoras iniciadas ainda na gestão do Presidente Lula (2003-2010) por meio da criação de universidades públicas no interior do país, a exemplo da UFGD em 2005.

Nos referimos também à quantidade de programas implementados já no ano de 2011, voltados à Atenção Básica em Saúde (ABS), e que, em certa medida, serviram como alicerce para o Programa Mais Médicos que veio sistematizar as ações que já vinham sendo realizadas, de forma a organizar um conjunto de iniciativas com o escopo de atender a demanda da área da saúde, no que concerne à ABS e, fundamentalmente, significou avanços importantes no setor de saúde e igualmente da educação, por meio dos investimentos em formação médica e das equipes de trabalho.

Conforme exposto ao longo dessa tese, o processo de formação dos novos médicos – nos referimos aos que ingressaram nos cursos de graduação contemplados com as mudanças integrantes das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina que foi publicada por meio da Resolução CNE/CES nº 3/2014 – permitiu que estes profissionais pudessem ter um olhar “mais humanizado” e voltado à Atenção Básica em Saúde. Por outro lado, todos os médicos que integraram as equipes providas por meio do Programa Mais Médicos, foram submetidos a um imprescindível processo de formação continuada oportunizado pelas oficinas e encontros regionais voltados à discussão e aprimoramento das rotinas de trabalho na ABS.

Segundo dados da pesquisa Demografia Médica, Mato Grosso do Sul, em 2018, alcançou o índice de 2,04 médicos para cada mil habitantes, média inferior à nacional que era

de 2,18, mas um inegável avanço quando analisado o índice estadual em 2012, que era de 1,54.

O dado permite afirmar que os 339 médicos contratados pelo PMMB representaram um acréscimo de 6% no total de médicos em atuação no estado. Mais do que avaliar se este é um crescimento significativo, o que se verificou foi uma mudança na distribuição geográfica, a interiorização da oferta de atendimento médico contemplando, sobremaneira, os municípios de fronteira com situação geográfica específica, municípios-polo do DISEI/MS - distritos sanitários indígenas - chegando, inclusive, nas periferias das maiores cidades, dentre elas, Campo Grande, Corumbá e Dourados, como já citadas ao longo dos levantamentos.

Do total de médicos contratados para atuação em Mato Grosso do Sul, 228 eram cooperados, 62, intercambistas, ou seja, os médicos de origem e/ou formação estrangeira responderam por 69% das vagas enquanto os médicos com registro CRM Brasil e PROVAB, ocuparam no total 131 vagas o que correspondeu à 31%.

Os dados da Coordenação Geral de Execução de Ações Pedagógicas CGEAP/SGTES, dão conta que os médicos cooperados exerceram suas funções em 3.243 municípios, número que corresponde a 80% dos municípios atendidos pelo Programa, sendo que, em 3.228 deles sua presença era exclusiva, ou seja, não havia médicos dos perfis CRM, intercambista individual ou PROVAB. A presença dos médicos cooperados também foi maciça na saúde indígena, onde ocupando 97% das vagas ofertadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Tal realidade significou um avanço expressivo para Mato Grosso do Sul e sua numerosa população indígena.

Os dados que expressam aspectos dessa política governamental que nos permitem afirmar também que há um diálogo entre os princípios e diretrizes estabelecidos no interior do SUS – descentralização, regionalização, hierarquização, acessibilidade - a qual evidencia a materialização de uma estrutura de suporte às atividades da Atenção Básica que, como demonstramos é caracterizada por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Foi o que denominamos inclusive, de contexto de fortalecimento da Atenção Básica.

De acordo com os dados coletados durante a pesquisa, apesar do cenário político institucional instável, inerentes ao processo de “descomprometimento do Estado” pós-golpe de

2016, e das disputas corporativistas contra o Programa, o Mais Médicos parece ter se consolidado.

Prova disso está nas 148 páginas do relatório apresentado na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal, aprovado em 21 de fevereiro de 2018. O documento aponta como resultados do Programa Mais Médicos a melhor distribuição geográfica de médicos em regiões carentes e distantes, em cidades do interior e nas periferias das grandes cidades, e também maior cobertura de Atenção Básica e Saúde da família, com mais consultas e procedimentos, destaca a redução de internações e a boa avaliação da população atendida, tendo em vista que 95% dos usuários afirmaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação dos médicos do Programa.

O texto estima que, entre 2013 e 2017, o governo investiu cerca de R\$ 13 bilhões com o Programa, recomenda sua continuidade e afirma que o Projeto de Lei Orçamentária de 2018 (PLOA 2018), que tramita no Congresso Nacional, prevê a criação de uma ação orçamentária específica para o Programa no âmbito do Ministério da Educação. Trata-se da ação “Concessão de Bolsas do Programa Mais Médicos”, vinculada ao programa “Educação de qualidade para todos”. Este, inclusive, se constitui como um importante tema a ser investigado academicamente.

Entre os pontos de ressalva, o relatório da Comissão de Assuntos Sociais aponta a dificuldade em se alcançar a meta de ampliação das vagas nos cursos de medicina.

O relatório indica que houve morosidade das ações do Ministério da Educação e a intervenção do Tribunal de Contas da União que dificultaram a construção de novas escolas de Medicina além, do não preenchimento de vagas em residências criadas pelo Programa. A taxa de ocupação das vagas dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil, em 2015, foi de 26,3%. De um total de 1.520 vagas, apenas 400 foram ocupadas.

Outro ponto levantado pelo relatório diz respeito ao risco de cortes de verbas que já atingem o Programa. De acordo com a Relatora:

O Mais Médicos chegou a ter mais de 18 mil médicos e agora tem menos de 16 mil. Antes estava presente em 4.058 municípios e, hoje, cerca de 200 municípios ficaram sem médico do Programa. Estima-se que 7,7 milhões de brasileiros que tinham um médico atendendo num posto de saúde perto de suas casas não podem mais contar com ele.<sup>209</sup>

---

<sup>209</sup> “Senado aprova relatório de Lídice que avaliou Programa Mais Médicos”. Disponível em: <http://lidice.com.br/noticias/senado-aprova-relatorio-de-lidice-que-avaliou-programa-mais-medicos/> Acesso em: 25/04/2018.

O relatório, igualmente, chama a atenção à Portaria nº 12/2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, que tornou discricionárias as despesas do Mais Médicos. Com isso, o Programa passou a correr o risco de contingenciamento, ou seja, ter o orçamento anual aprovado, mutilado durante a execução, popularmente chamado de cortes no orçamento.

Neste escopo, corroboramos com Alessio (2015) ao enfatizar que o Programa Mais Médicos não deve ser entendido como uma estratégia de garantia imediata de direitos, à medida que são construídas e consolidadas políticas públicas efetivas e de longo prazo para recursos humanos em saúde. Em suas palavras:

Entende-se que o que está fundamentalmente em confronto é o dever do Estado de garantir acesso universal à assistência à saúde prevista na constituição (e a urgência exigida no atendimento desse direito) *versus* o entendimento equivocado que tal política tem a intencionalidade de intervir no exercício liberal da profissão, tal como ela é concebida no imaginário de atuação liberal-privatista [...]. (ALESSIO, 2015, p. 66).

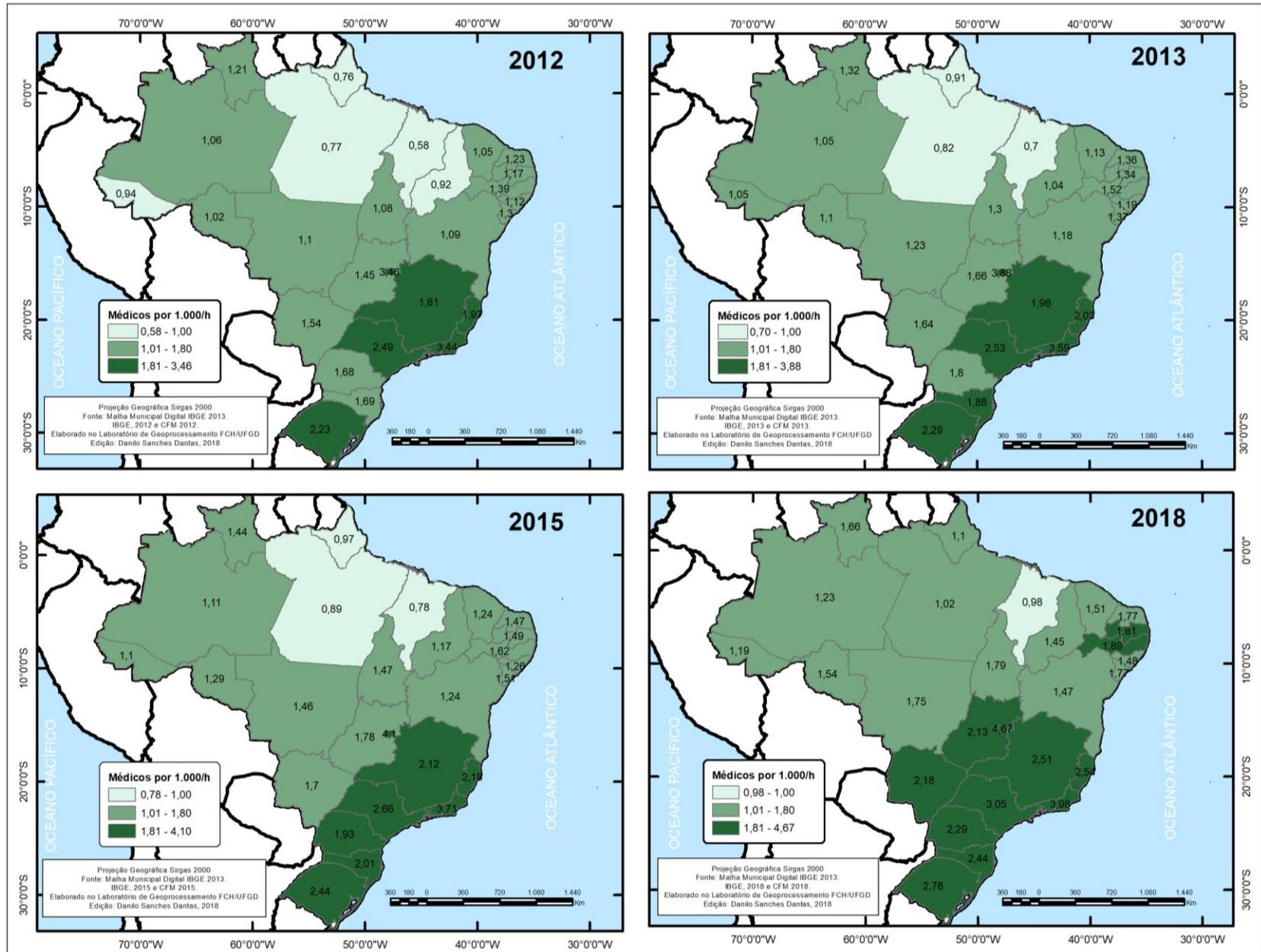
Ainda segundo a autora, o Programa Mais Médicos proporcionou avanços significativos a partir da contratação de milhares de médicos, investimentos em infraestrutura, no entanto, o desafio de atrair médicos, que não depende apenas de condições de trabalho e remuneração, permanece intenso.

A importante demanda das diferentes categorias da saúde por uma carreira que valorize e confira estabilidade e segurança ao trabalhador enfrenta dificuldades em sua execução em função do arranjo federativo e as diferentes responsabilidades e capacidades de cada ente federativo na gestão de recursos humanos nos diferentes níveis de atenção à saúde. (ALESIO, 2015, p. 70).

Também no âmbito dos avanços, a pesquisa aponta para uma nova distribuição da população médica no território nacional. Desde 2013 o mapa que indica o índice oriundo da relação médico por mil habitantes vem se redesenhando.

Neste sentido, o Mapa 12 reúne dados dos anos de 2012, 2013, 2015 e 2018 e mostra a mudança positiva nos índices por Unidade da Federação.

Mapa 12 – Relação Médicos/1.000 habitantes - Brasil – 2012 – 2013 – 2015 – 2018



O mapa apresenta o contexto do Brasil em 2012, ano anterior à implementação do Programa, no qual cinco estados possuíam índice inferior a 1, apenas os estados do Sudeste, o Rio Grande do Sul e o Distrito Federal com índice superior à média nacional que era de 1,8 médicos para cada mil habitantes.

Em 2013, já com os primeiros resultados obtidos a partir da contratação de mais de 16.330 médicos nos primeiros ciclos de chamamento, verifica-se que número de estados com índice inferior a 1 caiu para três e Santa Catarina superou o média de 1,8.

Em 2015, com dois anos de efetivo funcionamento do Programa, nota-se que Paraná também ultrapassou índice de 1,8 médicos para cada mil habitantes.

Em 2018, o país já contava com apenas o estado do Maranhão com índice inferior à 1 médico para cada mil habitantes e os estados de Mato Grosso do Sul, Goiás, Pernambuco e Paraíba superaram o índice de 1,8.

Dessa maneira, parece interessante a amplitude do tema que pode ser explorado nas diversas linhas de pesquisa, o que possibilitaria, inclusive, a produção das reflexões teóricas necessárias a um maior aprofundamento da compreensão histórica e geográfica do novo contexto que se materializou após a implementação do Programa Mais Médicos.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. C. **Território Usado e Saúde: respostas do sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas/SP.** 2006. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

ALBUQUERQUE, M. V. e D´AVILA VIANA, A. L. **Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira** In: Saúde e debate. Rio de Janeiro, v.39, nº especial, dez 2015, p.28-38.

ALVES, G. “Nova ofensiva do capital, crise do sindicalismo e as perspectivas do trabalho – o Brasil nos anos noventa”. In: TEIXEIRA, F. J. S. e OLIVEIRA, M. A. (Orgs.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva.** São Paulo: Cortez; Fortaleza: UECE, 1996, p.109-162.

ARRETCHE, M. T. S. **O mito da descentralização: maior democratização e eficiência das políticas públicas?** Disponível em: [www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F191946%2Fmod...pdf](http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F191946%2Fmod...pdf) Acesso em: 22 nov. 2016.

ALESSIO, M. M. **Análise da implantação do Programa Mais Médicos.** 2015, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva): Universidade de Brasília, Brasília.

ALMEIDA, E. R. de. et al., Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da Supervisão Acadêmica. Botucatu: **Interface.** 2017, n. 21, Supl.1, p. 1291-1300. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832017000501291&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832017000501291&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 20 mar. 2018.

BACKER, L. C. e MOLINA, A. Cuba and the Construction of Alternative Global Trade Systems: ALBA and Free Trade in the Americas In: **Journal of International Economic Law.** Vol. 31, Nº. 3, 2010, p. 37-38. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=1407705> Acesso em: 22 mar. 2018.

BARCELLOS, C. “Os indicadores da pobreza e a pobreza dos indicadores. Uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde” In: \_\_\_\_\_. (org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, p. 107-139.

BERNARDI, B. B. O conceito de dependência da trajetória e controvérsias teóricas In: **Perspectivas.** São Paulo, v. 41, jan./jun. 2012, p.137-167.

BICALHO, M. A. B. **Avaliação da gestão de risco e dos controles internos aplicados ao Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde** Monografia (especialização) – Curso de Orçamento Público, Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor); Controladoria-Geral da União, Secretaria de Controle Interno (SFC); Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Orçamento Federal (SOF); Senado Federal, Universidade do legislativo (Unilegis); Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa (ISC), 2013. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/avaliacao-da-gestao-de-risco-e-dos-controles-internos-aplicados-ao-programa-de-qualificacao-de-unidades-basicas-de-saude-FF8080816364D7980163BC61199F2F5E.htm> Acesso em: 16 jun. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília : CONASS, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015a. (Coleção para entender a gestão do SUS).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015b. (Coleção para entender a gestão do SUS)

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES N° 4**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES n° 3**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2ª ed. Brasília: MS; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015** – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 156 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 23**, de 1º de outubro de 2013. Dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia e alimentação pelo Distrito Federal e Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos da Portaria Interministerial n° 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Publicado no DOU de 02/10/2013 (n° 191, Seção 1, pág. 50).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 128 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde.

**Programa Mais Médicos** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**, 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acessado em: 13 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 6.932**, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Orgânica do SUS – 8.080/90**: República Federativa do Brasil Constituição (1988). Brasília, 1990; 101

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 7.508** de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Brasília, 2011;

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Medida Provisória nº 621**, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília: Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos.

\_\_\_\_\_. Presidência da República **Decreto nº 8.040** de 8 de Julho de 2013. Institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos. Brasília, 2013;

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial nº 1.369** de 8 de Julho de 2013. Dispõe sobre a Implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 2013;

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial n. 1** de 21 de Janeiro de 2014. Dispõem sobre o Modulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Brasília, 2014;

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Informação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. 1º edição atualizada. 4º reimpressão. Ministério da Saúde, 2003;

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Ministério da Saúde, 2011;

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 1.602 de 9 de Julho de 2011**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011;

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Retratos da Atenção Básica no Brasil. Satisfação dos Usuários da Atenção Básica.** Volumes 1 e 2. Ministério da Saúde, 2015;

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Editais nº 2 de 15 de janeiro de 2015.** Ministério da Saúde. Brasília, 2015;

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Editais nº 38 de 8 de julho de 2013. Adesão do Distrito Federal e dos municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil.** Ministério da Saúde. Brasília, 2013;

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Escassez, Provisão e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade – Relatório Síntese.** Ministério da Saúde Brasília, 2012;

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: saúde para os brasileiros.** Ministério da Saúde, 2015;

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015. Orientações para o Processo de Pactuação.** Ministério da Saúde. p. 28, 2013;

CARDOSO, J. C. e SIQUEIRA, C. H. Complexidade & desenvolvimento: abordagem metodológica e panorama da discussão propagada pelo Ipea entre 2008 e 2010. In: **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, Número Especial, p. 943-974, dez. 2012.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2018.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. In: **Estudos Avançados**. São Paulo : USP, (27), 78, 2013, p.7-24.

\_\_\_\_\_. O momento atual do SUS. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde e Sociedade**. S. Paulo, vol. 2, nº 1, 9-24, 1993. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901993000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901993000100003&script=sci_arttext)> Acesso em: 13 fev. 2017.

**Carta de Campo Grande** 7º Congresso de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 27 de abril de 2010.

CELLARD, A. “**Análise documental**” In: POPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Trad. Ana Cristina Nasser. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica nº 23/2013.** Atualizada em 22/07/2013, após a publicação da Portaria Interministerial 1493 e Editais 40 e 41, em 18 de julho de 2013. Documento eletrônico. <<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp->

[content/uploads/2013/01/NT-23-2013-Programa-Mais-Me%CC%81dicos\\_site.pdf](content/uploads/2013/01/NT-23-2013-Programa-Mais-Me%CC%81dicos_site.pdf)> Acesso em: 15 jun. 2018.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados**. Conass Documenta [periódico na Internet]. 2011; n. 23. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_23\\_final\\_erratas.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23_final_erratas.pdf)> BRASIL. Ministério da Saúde. Acesso em: 15 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. **As oficinas para a organização das Redes de Atenção à Saúde**. Conass Documenta [periódico na Internet]. 2010; n. 21. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/conassdocumenta/conass\\_documenta\\_21.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/conass_documenta_21.pdf)> Acesso em: 20 abr. 2018.

COSTA, E. M. da: Da ação em saúde à ação para a saúde. P 71 a 93 In: **Geografia da Saúde: ambientes e sujeitos sociais no mundo globalizado** / Organização de José Aldemir de Oliveira e Geraldo Alves de Souza – Manaus: EDUA, 2016.

COUTINHO, C. N. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, J. C. F. e NEVES, L. M. (Orgs.) **Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2006.

COUTINHO, L. R. P. et al. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. In: **Saúde debate**. Rio de Janeiro, Vol.39 (105): p. 514-524, Abr/Jun 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>> Acesso em: 25 jun. 2018.

COUTO, M. P. **O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil**. 2015. 198 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) UFPR, Curitiba.

DI GIOVANNI, G. **As estruturas elementares das políticas públicas** In: NEPP/Unicamp. Caderno de Pesquisa nº 82. Campinas, 2009.

DRAIBE, S. M.; QUEIRÓZ, M. S. **Welfare State no Brasil – características e perspectivas** In: NEPP Caderno nº 08. Campinas: Unicamp/Núcleo de Estudos em Políticas Públicas, 1993, 53p.

DUARTE, L. S. et al. **Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise**. Saude soc.[online]. 2015, vol.24, n.2, pp.472-485. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104->> Acesso em: 18 jul. 2016.

DUARTE, L. S.; CONTEL, F. B. e BALBIM, R. Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências In: BOUERI, R. e COSTA, M.A **Brasil em desenvolvimento 2013 : estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília : Ipea, 2013, p.147-172.

DUTRA, D. A. **Geografia da saúde no Brasil: arcabouço teórico-metodológicos, temáticos e desafios**. 211. 191 f. Tese (Doutorado em Geografia). UFPR, Curitiba, 2011.

EIBENSCHUTZ, C. (org.) **Política de Saúde: O público e o privado**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1996.

FARIA, R. M. e BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil In: **Revista RA'E GA**, Curitiba : Ed. UFPR, n. 17, p. 31-41, 2009.

FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

FIORI, J. L. **Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises** Disponível em: em <[www.iea.usp.br/artigos](http://www.iea.usp.br/artigos)> Acesso em: 03 jul. 2018.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. L. M. Política de Saúde: uma política social In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 23-64.

FLEURY, S. “Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil” In: MATTA, G. C. e LIMA, J. C. F. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EPSJV, 2008, p.49-90.

FNP. Frente Nacional dos Prefeitos. **G 100 – Municípios Populosos com Baixa Receita per Capita e Alta Vulnerabilidade Social**. Publicação da FNP. Aequus Consultoria, 2015.

FRACOLLI L. A., ZOBOLI E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2004, vol.38, n.2, pp.143-151. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000087&pid=S0103-166X201400020000800013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000087&pid=S0103-166X201400020000800013&lng=en)> Acesso em: 20 jun. 2018.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde In: **Ciência, Cuidado e Saúde** 2008 Jan/Mar; V. 7, n. 1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000100&pid=S1414-462X201300010000700006&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000100&pid=S1414-462X201300010000700006&lng=pt)> Acesso em: 10 jun. 2018.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L.; MALDONADO, J; BORGES, T. **A Relação entre Saúde e Desenvolvimento: um novo olhar para as políticas públicas**. 2012. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

GERSCHMAN, S. e SANTOS, M. A. B. “O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX” In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo : v.21 n.61, jun. 2006, p.177-227.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 2. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/13.pdf>> Acesso em: 13 maio 2018.

GIOVANELLA, L. e Fleury, S. “Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise” In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) **Política de Saúde: O público e o privado**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1996, p.177-198.

GONZE, G. G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas**. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UFJF Juiz de Fora, 2009.

**Guia de normalização para apresentação de trabalhos acadêmicos da Universidade Paulista** : ABNT / Biblioteca Central da Universidade Paulista UNIP ; revisado e atualizado pelos Bibliotecários Alice Horiuchi e Rodrigo da C. Aglinskas. – 2018. 52 p.

**Guia prático para elaboração de dissertação, tese, monografia e projeto de pesquisa** / Juliana Akie Takahashi, Neide Bombeiro Filet, Sonia Maria Gardim, Yuka Saheki. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”. – São Paulo, 2017.

GUIMARÃES, R. B. Política nacional de saúde, concepções de território e o lugar da vigilância em saúde ambiental. *Hygeia* : **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde** Uberlândia, 2008.v. 4, p. 90-99. 2008. Disponível em <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/16922/9327>> Acesso em: 30 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas. In: **Saúde: fundamentos de Geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP, 2015, pp. 79-97. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/4xpyq/pdf/guimaraes-9788568334386-05.pdf>> Acesso em: 05 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Regionalização da saúde no Brasil: da escala do corpo à escala da nação**, 2008 xiv, 176 f. : il. Tese (livre-docência) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

HARVEY, D. “Que tipo de geografia para que tipo de política pública? In: **Boletim Campineiro de Geografia**.v.7, nº 2 Trad. Gustavo Teramatsu. Campinas : AGB, 2017, p.485-498. Disponível em: <<http://agbcampinas.com.br/bcg>> Copyright© The Royal Geographical Society / Institute of British Geographers. Tradução publicada com autorização expressa por escrito pelo autor e pelos editores.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, v. 1 (jun. 2000). Brasília: Ipea, 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Erradicando a pobreza e promovendo a prosperidade em um mundo em mudança** - Subsídios ao acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília : IPEA 2018. Disponível em:

<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/180308\\_ODS\\_erradicacao\\_da\\_pobreza.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180308_ODS_erradicacao_da_pobreza.pdf)> Acesso em: 15 jun. 2018.

KOSIK, K. **A dialética do concreto**. 3.ed. Trad. Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1985.

LIMA, N. T. “O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões” In: FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p.23-116.

LOBATO, L. V. C. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

MACIEL, S. M. “Reforma (Contrarreforma) do Estado: reflexos na política de saúde” In: **VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís : UFMA, 2017, 15 p.

MACHADO, M. H. (coord.) **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. 2011. Dissertação (Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios) – Universidade de Brasília, Brasília.

MARTINS, A. A. Relações Estado-Sociedade e políticas de saúde. In: **Saúde e Sociedade**. S. Paulo, vol. 5, nº 1, 55-79, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v5n1/03.pdf>> Acesso em: 03 jul. 2018.

MARTINS, C. P. e LUZIO, C. A. “Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço” In: **Interface: comunicação, saúde e educação**. Botucatu. 2017; 21(60), p.13-22.

MASSARDIER, G. **Politiques et action publiques**. Paris: Éditions Dalloz, 2003.

MATTA, G. C. e LIMA, J. C. F. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EPSJV, 2008.

MATO GROSSO DO SUL. (Estado). Tribunal de Contas. **Indicadores de saúde; informações sobre saúde nos municípios sul-mato-grossenses**. Elaborado por Fernanda Olegário dos Santos Ferreira. Campo Grande : DGGM, 2014, 244p.

\_\_\_\_\_. (Estado). Tribunal de Contas. **Indicadores de saúde: informações sobre saúde nos municípios sul-mato-grossenses**. Elaborado por Fernanda Olegario dos Santos Ferreira [et al.]. Campo Grande : ESCOEX, 2016. (Série Transparência ; 4).

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. **Educação permanente em saúde: plano estadual de Mato Grosso do Sul**. Campo Grande, nov. 2009, 43p.

MENDES E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: 2011.

\_\_\_\_\_. **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 898-906, 2005. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n3/24.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2018.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o desafio de ser único. In: SANTOS, N.R. e AMARANTE, P.D.C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p.101-114.

OFFE, C. Some contradictions of the modern Welfare State. In: OFFE, C. & KEANE, J. (Eds.) **Contradictions of the Welfare State.** Cambridge: The MIT Press, 1984.

OLIVEIRA, F. P. de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface.** Botucatu. [online]. 2015, vol.19, n.54, pp.623-634. ISSN 1414-3283. <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

OLIVEIRA, J.P.A. **Análise do provimento de médicos em municípios participantes do Programa Mais Médicos entre 2013 e 2014.** 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Portfólio de cooperação técnica OPAS/OMS, Representação no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, 2015.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.** Washington: 32 n. 25 O estado e as Redes de Atenção à Saúde – 1ª Mostra Nacional de Experiências Organização Pan-Americana da Saúde: 2010. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas n. 4.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Implementação do Programa Mais Médicos em Curitiba.** Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília: OPAS, 2015. 68p.: il. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 1)

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação – 2013.** Brasília. OPAS/OMS, 2014.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação O – 2014.** Brasília. OPAS/OMS, 2015.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação – 2015.** Brasília. OPAS/OMS, 2016.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório Técnico 2016 TC 80.** Brasília. OPAS/OMS, 2017.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório Técnico 2017 TC 80.** Brasília. OPAS/OMS, 2018.

PAIM, J. S. “Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas” In: MATTA, G. C. e LIMA, J. C. F. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EPSJV, 2008, p.91-122.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.341-360, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7007.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2018.

Pinto H. A et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface**. Botucatu. 2017; 21(Supl.1):1087-101.

**Plano Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul - 2012-2015** (2011, p. 22). Foi aprovado pela Deliberação CES/nº151/2011, publicado no Diário OFICIAL nº 8.098, em 28 de dezembro de 2011.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: impasses e perspectivas à universalização do atendimento. **Revista de Políticas Públicas**. v. 20, n. 1, Janeiro a Junho de 2016. Revista de Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. Disponível em [http://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=69](http://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=69). Acesso em: 15 jun. 2018.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. 4.ed Trad. Rita Lima. São Paulo/Rio de Janeiro: Graal/Paz e Terra, 2000.

POZ, P. e G. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: Fiocruz. **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3, p. 187-233.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil In: **Revista Administração Pública**. Rio de Janeiro 46(5):1271-294, set./out. 2012.

RAMOS, S. L. G. **Território, Hegemonia e Saúde**: limiares epistemológicos para uma práxis emancipatória no campo da saúde. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. **Pesquisas sobre o Programa Mais Médicos: análises e perspectivas** v. 21 nº.9 Rio de Janeiro : ABRASCO, set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=141312320160009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=141312320160009&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 15 jun. 2018.

RIBAS, A. N. **Programa Mais Médicos**: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas. 2016. 119 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília, Brasília.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SADER, E. “Notas sobre a Globalização Neoliberal” In: MATTA, G. C. e LIMA, J. C. F. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EPSJV, 2008. p. 35/48.

SANTOS, N. R. “A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos” In: **Saúde em debate**. Rio de Janeiro : v.33, n.81, jan./abr. 2009, p.13-26.

SANTOS, N. R. e AMARANTE, P.D.C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

SANTOS, B. S. O estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, nº 23, p.13-72, set., 1987. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/10798>> Acesso em: 10 nov. 2017.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A.M.; GIRARDI, S.N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, vol.20, n.11, p.3547-3552, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103547&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103547&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 05 mar. 2018.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 3.ed. São Paulo : Hucitec, 1999.

SANTOS, M. e SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SÁ, F.S.V.; BENEVIDES, R.P.S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota técnica nº 28. Brasília: IPEA, set. 2016.

SCHEFFER, M. ; BIANCARELLI, A. ; CASSENOTE, A (coord.). **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011. 117p.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2013** São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp. 2013. 256 p. ISBN 978-85-87077-29-5

\_\_\_\_\_. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 p. ISBN: 978-85-89656-22-1

\_\_\_\_\_. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp. 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SIAB: **manual do sistema de informação de atenção básica**. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p.

SILVA, M. C. T. **Os novos rumos da política habitacional e o processo de urbanização de Dourados**. São Paulo: USP/FFLCH, Tese (Doutorado em Geografia), 2000.

SILVEIRA FILHO, A. D. **O uso das ferramentas de saúde da família na construção do cuidado em saúde**. In: ARCHANJO, D. R. et al. Saúde da Família na atenção primária. Curitiba: IBPEX, 2007. p. 101-23.

SOARES NETO, J. J.; MACHADO, M. H.; ALVES, C.B. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciência e saúde coletiva**, 21(9) , p. 2709-2718, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2709.pdf>> Acesso em: 04 jul. 2018.

SOUZA, A. O. Geografias e políticas: algumas considerações In: **Revista Entre Lugar**. Ano 4, nº 8, Dourados: UFGD, 2º sem. 2013, p.65-75

SOUZA, M. F. de; MENDONÇA, A. V. M. Atenção Básica à Saúde no SUS: uma herança com testamento. **Editorial: Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.19, n.2, p. 330-331, fev. 2014.

UNITED NATIONS. OFFICE FOR SOUTH-SOUTH COOPERATION. **Good Practices in South-South and Triangular Cooperation for Sustainable Development**. May 2016.

VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas In: **Revista Administração Pública**. Rio de Janeiro, 30(2), p.5-43, março/abril, 1996.

Vieira F. S. e BENEVIDES R. P. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**. Brasília, 2016. 10(3) p.32-59. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/21860>> Acesso em: 10 fev. 2018.

XAVIER, A. B. A contrarreforma do estado e a política de saúde brasileira em tempos de financeirização do capital: ameaças à saúde enquanto direito. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS (JOINPP), 8., 2017, São Luis. **Anais**. São Luis: UFMA, 2017. s.p.

ZANOLLI, M. B. et al. “Internato Médico” - Diretrizes Nacionais da Abem para o internato no curso de graduação em medicina, de acordo com as diretrizes curriculares nacionais. In: **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina**/ Jadete Barbosa Lampert e Angélica Maria Bicudo, orgs. – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014