

O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica

Hêider Aurélio Pinto¹
Mozart Julio Tabosa Sales²
Felipe Proença de Oliveira³
Regina Brizolará⁴
Alexandre Medeiros de Figueiredo⁵
Jerzey Timóteo dos Santos⁶

Resumo

Este artigo utiliza o referencial teórico da análise de políticas para estudar o Programa Mais Médicos. Analisa e sistematiza informações e estudos relacionados às questões sociais tomadas como objeto dessa política, quais sejam, a insuficiência de médicos no país para atender às necessidades da população e a inadequação, na perspectiva do Sistema Único de Saúde, do modelo de formação médica vigente, e estuda o contexto que possibilitou a criação do Programa. Descreve e analisa as inovações e instrumentos da política criados com a Lei 12.871 e analisa a situação atual de sua implantação em três dimensões: na formação e atuação de médicos nas localidades mais vulneráveis e com maiores necessidades; na mudança da formação médica tanto no que diz respeito à graduação quanto à residência médica; e, finalmente, no incremento e reorientação da abertura de vagas na graduação e residência para que o Brasil chegue em 2026 com a proporção de 2,7 médicos para cada 1.000 habitantes.

Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013 e consolidado legalmente através da Lei 12.871 (BRASIL, 2013d), é uma ação essencial e parte da grande inflexão na Atenção Básica (AB) brasileira num momento em que o país decide, inequivocamente, prioriza-la e enfrentar os nós críticos que vinham condicionando o desenvolvimento daquela que é estabelecida como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).

¹ Médico especialista e mestrando em Saúde Coletiva, Diretor do Departamento de Atenção Básica de 2011 a 2014 e atual Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde.

² Médico, especialista em Medicina Legal e Cardiologia, docente da UPE, Secretário da SGTES/MS de 2012 a 2014.

³ Médico de Família e Comunidade, mestre em Saúde Coletiva, docente da UFPB, Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação do Provimento de Profissionais de Saúde da SGTES/MS.

⁴ Cirurgiã dentista, mestre em Odontologia em Saúde Coletiva, Assessora do Gabinete da SGTES.

⁵ Médico especialista em Clínica e Saúde da Família, mestre em Saúde Coletiva, docente da UFPB, Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGTES.

⁶ Médico mestrando em Saúde Coletiva e Coordenador de Articulação Institucional DEPREPS/SGTES/MS.

A expansão do modo prioritário de organização da AB no Brasil, a estratégia de saúde da família (ESF) (BRASIL, 2011c), vinha há 7 anos apresentando um aumento de cobertura de apenas 1,5% da população a cada ano (PINTO, MAGALHÃES JR, KOERNER, no prelo) e um dos fatores que vinha condicionando essa expansão era a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de saúde da família (eSF) (UFMG, 2009; GIRARDI, 2011).

O Brasil tem uma proporção de médicos por habitante muito menor do que a necessidade da população e do SUS. Esses médicos estão mal distribuídos no território de modo que as áreas e populações mais pobres são as que contam proporcionalmente com ainda menos médicos (IBGE/AMS 2005, CFM, 2011). Além disso, o país forma menos médicos do que a criação anual de empregos no setor público e privado, o que agrava a situação a cada ano (UFMG, 2011). Por fim, o Brasil, até então, era um dos países com regras mais restritivas à atuação no território nacional de médicos graduados no exterior, fossem eles brasileiros ou não.

O PMM é a maior iniciativa já realizada no país para enfrentar esse conjunto de problemas e avançar no provimento e formação de médicos aos serviços de AB em áreas com maior necessidade. É composto por medidas que buscam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, até a reorientação da formação de médicos e especialistas conforme as necessidades do SUS.

O Programa recruta profissionais graduados no país e fora do país para atuar nas áreas com maior necessidade e garantir a essas populações o direito concreto e cotidiano ao acesso universal aos serviços de saúde. Esses profissionais participam de atividades de educação e supervisão para que desenvolvam uma atenção à saúde conforme o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011d).

Vale destacar por fim, que o Programa está articulado a um conjunto de ações relacionadas à qualificação da estrutura, melhoria das condições de atuação das equipes e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que buscam consolidar um outro padrão de qualidade para os serviços locais da AB brasileira.

Por tudo isso, o PMM mostra estar em sinergia com a nova PNAB ampliando seu potencial de apresentar no curto e médio prazo um conjunto de efeitos que podem contribuir para mudar o patamar de acesso, qualidade e legitimidade da AB no Brasil.

Analisando a emergência do Programa Mais Médicos como uma Política Pública

Estudar o PMM significa reconhecê-lo como uma política pública e, como tal, observar analiticamente três elementos que compõem seu processo histórico: as questões sociais tomadas como objeto dessa política; os aparatos institucionais que expressam sua materialidade; e o Estado como a arena política decisória na qual aparecem as formulações e atuam forças sociais (MERHY, 1992). Nesta seção analisaremos a questão social e elementos da atuação de forças sociais na arena estatal e, mais à frente, descreveremos a materialidade que ganhou esta política.

No caso do PMM, como ficará claro à frente, não podemos dizer que a “questão social” (MERHY, 1992; TEIXEIRA, 1995) que o programa toma como objeto seja uma questão nova. Ao contrário, a insuficiência e má distribuição dos médicos no território nacional é fato percebido há muito tempo por gestores, estudiosos, trabalhadores e usuários do sistema.

Para Menicucci e Brasil (2010) é essencial observar em cada situação específica o fato de algumas questões (e não outras) passarem a ser objeto de decisões e ações públicas. Identificar como determinados fenômenos sociais tornam-se problemas de políticas e como certas compreensões dos mesmos emergem para guiar o processo de definição de políticas. Para operacionalizar este referencial, as autoras utilizam a definição de “Agenda” de Padioleau (apud MENICUCCI e BRASIL 2010), como um conjunto de problemas, objeto de controvérsia, que aparecem no debate público e exigem intervenção da autoridade pública. Destacam ainda que a incorporação de um problema à agenda é um momento privilegiado do debate, que traduz as divergências de opinião, interesses e juízos que atravessam a opinião pública ou pelo menos os atores que atuam durante o processo de incorporação da agenda.

Para nós está claro que o PMM trata de problema que há muito já havia sido formulado enquanto demanda, porém não havia se transformado em questão social, objeto de ação efetiva do Estado. Talvez por não reunir, até então, correlação de forças suficiente capaz de superar o bloqueio da agenda efetuado por forças sociais conservadoras do *status quo*.

Mas o que mudou no cenário? Um primeiro destaque a se fazer é que o novo governo, que representa a continuidade de um mesmo bloco no poder (SINGER, 2012), definiu o enfrentamento deste problema como prioridade. Atesta isso a definição ainda em 2011 do “déficit de provimento de profissionais” como problema prioritário a ser enfrentado (PINTO, 2011). Tal definição, ainda em 2011, foi seguida pela realização de debates e eventos que discutiram o tema da atração, provimento e fixação dos

profissionais. Ao apresentar o diagnóstico da insuficiente quantidade de médicos na AB do Brasil, tudo indicava que o governo federal ensaiava a formulação de propostas efetivas para a solução do problema.

Com efeito, no fim daquele mesmo ano, o governo brasileiro implantou duas ações para enfrentar o problema. Primeiro regulamentou a Lei 12.202, de 14 de janeiro de 2010 que permitiu a médicos que se formaram com apoio do programa do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), que financia parcial ou integralmente a mensalidade de estudantes que cursam graduação em escolas pagas, fazer moratória e descontar a dívida na proporção da atuação em áreas com maior necessidade de médicos apontadas pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010). Depois lançou o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) (BRASIL, 2011c) que, buscando atrair médicos para estas mesmas áreas, possibilitava a atuação supervisionada desses profissionais e oferecia aos mesmos estímulos como especialização, Telessaúde, pontuação adicional válida em concursos de residência médica e, mais tarde, bolsa de estudos.

Ambos os processos tiveram efeito no provimento de médicos para a AB, mas em quantidade inferior àquilo que o sistema demandava. O PROVAB, por exemplo, tinha 3.579 médicos em atuação em janeiro de 2013 quando o Brasil presenciou um forte movimento dos prefeitos eleitos nas eleições municipais de 2012, denominado “cadê o médico”, para que o Governo Federal tomasse medidas para enfrentar o problema da falta de médicos (FNP, 2013).

Portanto, de 2011 a 2013 políticas foram formuladas e implantadas, mas ainda sem resultar num avanço mais amplo para a superação do problema. Partindo dessas políticas até o PMM, podemos dizer que foi ampliada a capacidade de enfrentar efetivamente o problema, contudo, com cada vez mais resistência da corporação médica.

A emergência do PMM em meados de 2013 deve ser analisada articulando três compreensões. A primeira se refere ao entendimento de Cohn (in CANESSCHI, 1997) para quem um Estado democrático que busque integrar os cidadãos deve estabelecer uma nova relação Estado/Sociedade e ampliar sua capacidade de gestão e de captação das necessidades e demandas sociais. De fato se tornou uma demanda crescente da sociedade a melhoria dos serviços de saúde e a exigência da presença dos médicos nos mesmos (IPEA, 2011; CNT-SENSUS, 2010; CNT/SENSUS, 2011).

Embora o governo federal pareça ter decidido responder de maneira mais efetiva a

essa demanda a partir de 2011, vale notar que iniciativas anteriores, como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (MACIEL FILHO, 2007), apresentou avanços, contudo, foi uma solução insuficiente para a magnitude do problema e, por não reunir capacidade de mudar o status quo, não sofreu resistências.

Uma segunda compreensão importante está contida na afirmação de Costa e Dagnino (2008) para quem a política envolve mais uma teia de decisões que se desenvolvem ao longo do tempo do que uma decisão única e localizada. No estudo desta teia deve deter-se, também, no exame de “não-decisões”. Reforçam, ainda que essas decisões e ações implementam valores e que uma política, uma vez articulada, vai conformando o contexto no qual uma sucessão de decisões futuras são tomadas. Neste aspecto, o PMM é parte do desdobramento do enfrentamento de uma questão social que foi tomada como objeto de políticas públicas que foram, por sua vez, sendo implantadas e evoluindo a partir dos resultados de sua implementação.

Por fim, há que se considerar ainda o conceito de “janela de oportunidade” que relaciona o acontecimento de eventos “exógenos” com o surgimento de uma oportunidade de mudança de uma política (SABATIER apud MENICUCCI e BRASIL, 2010). Assim, nas denominadas “jornadas de junho de 2013” (SOUSA, 2013), quando o Brasil presenciou massivas manifestações de rua que tinham entre suas pautas a exigência de melhores condições e serviços de saúde para a população brasileira, configurou um quadro de pressões sociais que contrabalançaram resistências que há muito bloqueavam, com apoio de arranjos e atores dentro do próprio aparelho estatal, uma ação mais efetiva do Estado. Fato é que em 8 de julho de 2013 foi instituído o PMM para responder ao problema da insuficiência de médicos na AB e déficit de capacidade do Brasil de formar médicos para a necessidade presente e futura do SUS.

O Programa foi criado através da Medida Provisória n° 621 (BRASIL, 2013a), regulamentada pela Lei n° 12.871 (BRASIL, 2013d), depois de acalorado debate público caracterizado por progressiva e massiva aprovação popular (CNT/MDA, 2013; CNT/MDA, 2014), crescente oposição da corporação médica e enfraquecimento da crítica da grande mídia comercial e monopolizada.

Com tudo isso, entendemos que as jornadas de junho podem ser compreendidas como um momento que acelerou e favoreceu o debate público de uma política que vinha sendo gestada e amadurecida para responder a uma demanda e pressão crescentes. A emergência dessas reivindicações que expressavam necessidades de grande parte da

sociedade conseguiu, no debate público, após iniciativa do Governo, subordinar interesses específicos de grupos sociais em condição até então privilegiada na chamada “formação da opinião pública”.

Necessidades que exigiram a implantação do Programa Mais Médicos

No início da 2011 a AB foi definida como prioridade de governo e foi definido um quadro de desafios que condicionavam o desenvolvimento da AB que deveria ser considerado na definição das ações e programas que o MS proporia para a PNAB no país (PINTO, SOUSA, FERLA, 2014, artigo neste número). Constava nesse quadro os desafios da ampliação do acesso, déficit de profissionais e necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na AB, todos problemas que o PMM busca enfrentar.

Esse quadro ganhou o reforço da Resolução 439 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que destacou a necessidade da AB ser efetivamente a principal porta de entrada do SUS e da criação de políticas que garantissem 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, 2011a).

Portanto, dois anos antes da criação do PMM os três entes e o controle social apontavam como prioridade o enfrentamento de desafios que o programa veio buscar superar junto com outras ações da PNAB.

Também para a população em geral a quantidade insuficiente de médicos para atender a demanda de postos de trabalho no SUS era uma problema. Segundo pesquisa do IPEA, para 58% dos entrevistados a medida mais importante a ser tomada no SUS era o aumento do número de médicos nos serviços de saúde (IPEA, 2011).

Os dados disponíveis sustentam essa percepção da população, segundo a Organização Mundial da Saúde o Brasil tinha em 2012 1,86 médicos por mil habitantes (med/1000 hab.) enquanto nossos vizinhos Uruguai e Argentina tinham 3,74 e 3,16, respectivamente (OMS, 2012). Se compararmos com alguns países que, como nós, possuem sistemas públicos universais, como Portugal, Espanha e Reino Unido, estes números chegam a 3,9, 4 e 2,7, respectivamente (OMS, 2011;2012). Ora, a questão é que no Brasil há o agravante da sobreposição entre “sistema” público e privado (ACIOLI, 2006) que acaba exigindo oferta duplicada para um percentual não desprezível da população, o que aumenta ainda mais a demanda de serviços e médicos no Brasil quando comparado àqueles países.

A insuficiência de médicos se agrava quando observamos que a distribuição é desigual e iniqua. Das 27 unidades da federação 22 estão abaixo da média nacional, sendo que 5, todas nas regiões norte e nordeste, têm o inaceitável indicador de menos de 1 med/1000 hab.(CFM 2012; IBGE, 2012). Até mesmo o estado de São Paulo, que detém a 3º melhor média nacional (2,49 med./1000 hab.) tem apenas 6 de seus 17 Departamentos Regionais de Saúde com média acima da nacional (CREMESP, 2012). Quanto menor, mais pobre, de difícil acesso e precárias as condições sociais, econômica e sanitária da região e do município, maior é a necessidade de médicos, maior é a escassez deste profissional, mais inflacionado é o mercado de trabalho médico da região e menor é a capacidade do município de atrair e fixar os profissionais (SANTOS e PINTO, 2008; GIRARDI, 2011).

A situação se agrava quando constatamos que de 2003 a 2012 o mercado de trabalho abriu 143 mil novas vagas de emprego médico formal (não estão incluídos nesta conta os contratos informais que existem em números significativos), mas as escolas médicas formaram apenas 93 mil médicos. Um impressionante déficit de 50 mil médicos no período de 10 anos ou de 5 mil médicos a cada ano (um terço da quantidade anual de graduados) (UFMG, 2011).

De fato o Brasil tem, proporcionalmente, um número pequeno de vagas em cursos de medicina, embora tenha muitas escolas médicas. Se aqui temos 0,8 vagas para cada 10 mil habitantes (BRASIL, 2013e), Reino Unido, EUA e Austrália têm, respectivamente, 1,6; 1,5; e 1,4 (SALES, 2013a). Além disso, também as vagas são mal distribuídas, há clara concentração nas grandes cidades e no sudeste e sul do país. Alguns países com resultados negativos na relação formação de médicos e criação de novos postos de trabalho compensam o déficit com médicos formados em outros países. Nos EUA, por exemplo, 25% dos médicos em atuação não se formaram lá. No Reino Unido esse número chega a 37% do total de médicos. Ora, no Brasil esse número em 2012 era 20 vezes menor: 1,79% (BRASIL, 2013f).

Com essas informações podemos afirmar que o Brasil até 2012 tinha e formava poucos médicos, que tanto os médicos quanto as escolas estavam muito mal distribuídos, que havia importante déficit no resultado da subtração de médicos formados por novos postos de trabalho e que era um dos países mais restritivos do mundo à atuação de médicos formados no exterior, fossem eles brasileiros ou estrangeiros.

Na AB a situação se agravava. Nos últimos 7 anos a cobertura da ESF no Brasil cresceu uma média anual de 1.141 eSF e 1,5% da população apesar de, a partir de 2011, ter sido inaugurado o momento com os maiores investimentos até então na construção de novas UBS (foram liberados recursos para a construção de mais de 10 mil UBS num país que tem quase 40 mil em funcionamento) e aumento de mais de 100% do financiamento da AB, na comparação do orçamento de 2014 com o de 2010 (PINTO, MAGALHÃES JR, KOERNER, no prelo). Conforme estudos da Rede de Observatórios de Recursos Humanos do SUS um dos maiores condicionantes da expansão da ESF é a disponibilidade de médicos para compor as eSF (UFMG, 2009; GIRARDI, 2011).

A insuficiência de médicos, tanto para a ocupação dos postos de trabalho existentes na AB quanto para a expansão de novos, leva a uma competição entre municípios que disputam os poucos profissionais disponíveis. O resultado é um leilão de consequências desastrosas: a-comprometimento financeiro do município para além de sua capacidade, o que gera descontinuidade do pagamento e quebra de compromissos além de queixa dos demais profissionais pela diferença entre as remunerações dos médicos e dos “não médicos”; b-redução progressiva da carga horária efetivamente cumprida gerando menos acesso à população e flagrante irregularidade legal; c-índices de rotatividade dos médicos que chegam a tempo médio de permanência menor que 1 ano em metade dos municípios e menor que 2 para dois terços dos mesmos (SANTOS e PINTO, 2008).

Todos os efeitos assinalados sabidamente interferem negativamente no acesso e na qualidade da AB. A alta rotatividade, em especial, desmotiva a equipe, prejudica a consolidação do trabalho multiprofissional/interdisciplinar e o vínculo entre equipe e população, todos fatores importantes para uma alta resolubilidade da eSF (PINTO, TAVARES NETO, no prelo)

As informações apresentadas dão base à percepção de cidadãos, usuários, trabalhadores e gestores que pressionaram a criação do Programa Mais Médicos.

Objetivos e ações do Programa Mais Médicos

A Lei 12.871 instituiu o PMM com os objetivos de:

- “I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS” (BRASIL, 2013d)

Para alcançar esse objetivos adota as seguintes ações:

- “I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;
- II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e
- III - 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.”(BRASIL, 2013d)

Abordaremos cada uma dessas ações à frente.

Desenho, inovação e implantação inicial do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Integra o PMM o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) que promove na AB de regiões prioritárias dos SUS o aperfeiçoamento de médicos, através de integração ensino-serviço, no qual durante um período determinado o profissional integra e atua numa eSF.

O estudo da Lei (BRASIL, 2013d) e dos editais do programa (BRASIL, 2013b;c; BRASIL, 2014) mostra que as regiões prioritárias foram definidas em função de um conjunto combinado de critérios tais como: municípios ou áreas do município com percentual elevado de população em extrema pobreza; municípios com baixo índice de desenvolvimento humano ou integrantes de regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombola entre outros.

O aperfeiçoamento dos médicos ocorre na modalidade integração ensino-serviço, portanto, há sempre uma atuação assistencial na AB, e pode ganhar formas que articulem ensino, pesquisa e extensão, desde uma especialização, passando por outras modalidades de aperfeiçoamento que envolvam diferentes itinerários de formação, desenvolvimento de competências e implantação de melhorias no serviço de saúde,

até um mestrado profissional. O conjunto destes aperfeiçoamentos devem ser desenvolvidos num período de 3 anos prorrogáveis por mais 3.

O médico que realiza o aperfeiçoamento profissional supervisionado deve necessariamente passar a compor uma equipe multiprofissional, a eSF, e conta com a supervisão e orientação de supervisores e tutores médicos. Para todos esses profissionais são previstas bolsas e garantidos todos os direitos previstos na legislação. Todos os médicos do programa contam ainda com o apoio clínico e pedagógico do telessaúde e tem acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências.

Podem se inscrever no programa tanto médicos formados no Brasil ou com diploma revalidado no país quanto médicos formados fora do Brasil, por meio de intercâmbio médico internacional. A todos estes profissionais são oferecidas vagas disponibilizadas num processo prévio de adesão dos municípios no qual indicam quais eSF têm necessidade de completar ou implantar. O programa proíbe que sejam substituídos médicos que já atuavam em eSF do município uma vez que o objetivo é expandir a cobertura da população. A escolha dessas vagas segue a seguinte ordem: primeiro escolhem os médicos formados no Brasil ou com diploma revalidado no País; depois os médicos brasileiros formados no exterior e, por fim, os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior.

Para estes dois últimos casos, denominados médicos intercambistas, é concedido um Registro Único, criado pela Lei do programa, que permite ao médico exercer a medicina exclusivamente na AB e no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do projeto, o que dispensa a necessidade de revalidar o diploma somente no período em que participar no projeto.

Podemos constatar um conjunto de avanços possibilitados pelo PMMB mesmo nessa fase inicial de implantação do projeto. Um primeiro se refere ao dimensionamento da necessidade da AB brasileira de preenchimento imediato de postos de trabalho médicos, o que reforçou a importância dessa entrada efetiva do Governo Federal no esforço de prover e formar médicos em áreas que os municípios sozinhos não estavam conseguindo atraí-los e muito menos formá-los. Encerrada a adesão aproximadamente 4 mil municípios haviam solicitado mais de 13 mil médicos para preenchimento imediato de postos de trabalho vagos na AB (SALES, 2013b).

Para atrair os médicos para as áreas com maior necessidade lhes são ofertados incentivos como especialização, supervisão e tutoria em serviço, apoio clínico com o telessaúde e bolsa de estudos custeada pelo governo federal. Os brasileiros, ainda que

parcialmente, contavam com incentivos semelhantes em outro programa do MS, o PROVAB (BRASIL, 2011c), e atraiu um número significativo de médicos que estavam ingressando recentemente no mercado de trabalho. Porém esta oferta não era acessível aos médicos formados no exterior, brasileiros ou não, que para atuar no Brasil passavam por um processo de revalidação de diploma. Vale notar que o ingresso de médicos provenientes de outros países reduziu significativamente após 2011 com a criação do Revalida: de uma média de 490 médicos ao ano de 2011 a 2010, nos anos de 2011 e 2012 ingressaram, respectivamente, de 239 e 121 médicos. Contudo, após ter o diploma revalidado o médico pode atuar em qualquer município, em qualquer serviço, no setor público ou privado, ou seja, não há nenhum motivo para acreditar que esses profissionais irão fazer percurso diferente do que tem levado à grande concentração e má distribuição dos médicos no Brasil.

A lei, de outro lado, concedeu ao MS o poder de autorizar o exercício de profissionais formados no exterior para que atuassem por um período determinado, em um município determinado e exclusivamente na AB do SUS. Portanto, mobilizou uma oferta de médicos que o Brasil até então não podia contar e dirigiu-a para as áreas com maior necessidade.

Em 10 meses de funcionamento o PMMB conseguiu a impressionante façanha de atender a 100% dos municípios que concluíram a adesão e conta em maio de 2014, com 14.195 médicos em 3.738 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O número de médicos no Programa é 227% maior que o total de médicos que de janeiro de 2007 a janeiro de 2012 ingressaram nas eSF do Brasil, 6.239 médicos (BRASIL, 2014c). De todos os médicos participantes, 1.558 são formados no Brasil ou têm diplomas revalidados para atuação no país e 12.637 são formados fora do Brasil vindo de mais de 20 países. Dentre estes últimos, 11.442 são médicos provenientes de uma cooperação internacional que envolve o Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Cuba (BRASIL, 2014b). Vale lembrar que todos cursam uma especialização em saúde da família que envolve esforços de 11 universidades públicas.

Por fim, é necessário destacar o impacto no financiamento federal da AB e no custeio dos municípios. O Programa altera o modo de financiamento da AB porque o MS passa a selecionar os médicos do PMMB, distribuí-los e custear diretamente a bolsa desses profissionais, o que faz com que o município, nessas equipes, deixe de contratar e remunerar justamente o profissional de mais difícil recrutamento e com os

maiores ganhos dentre todos aqueles que compõem a ESF. Além de volume significativo de recurso de custeio que o município deixa de dispensar, há também liberação de limite da Lei de Responsabilidade Fiscal, o que é uma necessidade importante para todas aquelas gestões que se propõem a cumprir as diretrizes constitucionais da saúde, educação e assistencial social e são condicionadas pela citada Lei. No governo federal os recursos previstos no PMMB em 2014 chegam a quase 2,3 bilhões de reais, 20% do Piso de Atenção Básica Variável previsto para este ano (PINTO, MAGALHÃES JR., KOERNER, no prelo).

Formar médicos com mais qualidade e segundo as necessidades da população e do SUS

Um dos principais avanços da Lei é a transformação no modo de se formar médicos no Brasil. A Lei exigiu que os cursos de medicina adequassem seus currículos às novas diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e determinou que esta implantação fosse objeto de avaliação e auditoria do MEC. As novas diretrizes ganharam formato muito mais avançado que as anteriores em processo participativo que contou com a colaboração do CNS. Apontam para uma formação geral e integral do médico alicerçada no SUS. A Lei define ainda que ao menos 30% do internato seja desenvolvido na AB e em serviço de urgência do SUS.

A Lei determina também importantes mudanças na Residência Médica (RM) que começam por exigir que ao fim de 2018 haja o número de vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior. Ou seja, a Lei aponta para a RM universal e disciplina o acesso aos programas fazendo o Estado assumir um papel de coordenação da formação de médicos especialistas que era predominante realizado por associações científicas privadas (FEUERWERKER, 1998). Ela define uma RM central - a de medicina geral de família e comunidade (MGFC) - que passará a ser a entrada de todas as demais, excetuando nove, dentre elas: genética médica, medicina do trabalho e legal, patologia, radioterapia.

A RM de MGFC terá duração mínima de 2 anos e deverá contemplar, além de uma formação clínica geral e integral em todos os ciclos de vida, atuações na área de urgência, atenção domiciliar, saúde mental, educação popular e saúde coletiva. Ou seja, é uma especialidade que prepara o médico para cuidar da maioria das necessidades de saúde das pessoas e grupos, inseridos em seus territórios de vida, e desenvolve nos mesmos competência para atuar com variadas e complexas

tecnologias de cuidado no contexto dos diversos serviços do SUS. A Lei definiu ainda que o MS deverá coordenar as atividades da RM de MGFC no âmbito daquilo que ela denominou rede saúde-escola e definiu que suas bolsas poderão receber complementação financeira.

Assim, a partir de 2018, para fazer as chamadas especialidades raízes como clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e medicina preventiva e social, será necessário fazer no mínimo um ano em RM em MGFC. Para as demais especialidades, com exceção das 9 de acesso direto assinaladas antes, serão necessários um ou dois anos. A definição do sistema de ingresso deverá ser feita pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e a dos currículos caberá ao MEC, ouvindo o MS e a CNRM.

Outro dispositivo importante que a Lei obriga a ser criado em até 2 anos é uma avaliação específica para curso de graduação em medicina, bianual, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes. O mesmo prazo que foi dado para a instituição de avaliação específica anual para os Programas de RM.

Assim, a exemplo do que hoje ocorre com o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e todo o papel que cumpre na avaliação e no acesso dos estudantes do ensino médio à educação superior, poderemos ter em breve um sistema integrado de avaliação semelhante na medicina articulando o acesso da graduação à RM.

Mas, tão importante quanto isso, é o papel dessa avaliação na identificação do quanto cada educando está próximo do perfil definido pelas novas Diretrizes Curriculares. Se avaliações desse tipo já têm grande potencial de reorientar a formação da escola, articulada ao acesso à RM, terá ainda mais força por contar com esforço e pressão ativa do educando em complementar por si próprio sua formação e pressionar a escola por mudanças necessárias.

Ou seja, finalmente o Brasil parece apontar, tanto na graduação quanto na RM, para a formação de um médico apto a cuidar integralmente da pessoa e não só da doença, com competência para cuidar da maioria dos problemas de saúde que uma pessoa apresenta ao longo da vida, e não ter foco restrito a uma especialidade. Será uma novidade extremamente benéfica para a saúde da população brasileira contar com grande número de profissionais especialistas em MGFC e também ter os demais especialistas que, mesmo que sejam “super-especialistas”, tenham antes conhecido e atuado em algum momento como MGFC no serviços do SUS.

Formar médicos e especialistas na quantidade necessária segundo as necessidades da população e do SUS

A Lei prevê também importantes instrumentos para enfrentar o desafio de fazer o Brasil ter a quantidade de médicos e especialistas necessária para atender às necessidades da população. O desafio colocado é o de sair dos quase 380 mil médicos atuais para 600 mil médicos em 2024, quando chegaríamos ao patamar desejado de 2,7 médicos por mil habitantes (proporção quase 50% superior a atual).

Contudo, é necessário ter esses profissionais distribuídos em todo território nacional na proporção da população que precisa ser atendida, daí que, tão importante quanto aumentar a quantidade de médicos formados no país, é formá-los nas especialidades necessárias e tentar fixá-los próximo dos locais que seja adequado que atuem.

Nessa linha, a Lei modifica também o modo vigente até então de definir onde serão abertas novas vagas tanto de graduação quanto de RM. Até então com baixíssima intervenção do interesse público e do Estado, a abertura de vagas passou a partir da Lei a ser regulada e planejada pelo Estado em função da necessidade social da oferta da formação, que considera de um lado, a relação do número de habitantes por médicos ou especialistas numa dada região ou município e, de outro, a oferta de vagas em cursos e RM nesse local.

As projeções apontam para a necessidade de abrir até 2018 mais de 11 mil vagas de graduação e quase 15 mil de RM, a imensa maioria destas últimas em MGFC. O planejamento da ampliação da oferta das RM é toda feita a partir de recursos públicos. No caso da graduação esta oferta inclui tanto a expansão da rede pública quanto da rede privada. Para a expansão desta última, a Lei muda o processo de autorização para o funcionamento de novos cursos. Ao contrário destes projetos serem encaminhados pelas próprias instituições para serem avaliados pelo MEC, o novo sistema define os locais com necessidade e, a partir disso, organiza chamamentos públicos para que projetos da iniciativa privada se apresentem.

Esses locais são definidos conforme as necessidades sociais e os municípios que pretendem sediar as escolas passam por uma etapa de pré-seleção. Leva-se em conta nesse processo a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso incluindo, no mínimo, serviços de atenção básica, psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar e urgência, além da vigilância em saúde. Os gestores local do SUS precisam oferecer esses serviços para serem campos de prática do novo curso.

A escola precisa ainda concorrer com as demais interessadas com base num conjunto de critérios de qualidade avaliados pelo MEC, dentre eles, se o projeto político pedagógico do novo curso está de acordo com as novas diretrizes curriculares. Precisa também garantir investimentos na rede de serviços e a realização de projetos de extensão com objetivos de promover a equidade. Da promulgação da Lei até agora já foram autorizadas 1.960 vagas, o que representa um aumento de quase 10% em menos de 1 ano (FIGUEIREDO, 2014).

Com o objetivo de munir o Estado brasileiro de condições para planejar e dimensionar a quantidade de médicos e especialistas no território nacional a Lei determinou a criação do Cadastro Nacional de Especialistas. Assim, de um lado, determinou que as associações médicas e o Conselho Federal de Medicina (CFM) encaminhem o número de médicos certificados como especialistas ao MS para possibilitar que o mesmo forme o cadastro e parametrize as ações de saúde pública. De outro, definiu que as instituições que ofertem cursos de especialização não caracterizados como RM também encaminhem as relações de registros de títulos de especialistas para o MS.

Assim, o MS com fontes oriundas na CNRM, CFM, associações médicas, universidades e diversas instituições poderá compor um cadastro que, pela primeira vez, reúna a informação de todos os especialistas. Articulado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e cadastros da Agência Nacional de Saúde Suplementar poderá relacionar a formação e especialidade com a localização e atuação de cada médico do país.

Por fim, vale destacar que a integração ensino e serviço pretendida pelo programa demandará importante articulação das instituições formadoras, sejam elas instituições de ensino ou serviços-escola, com o conjunto dos serviços da rede de saúde do SUS. Afinal, todos os graduandos terão que passar 30% do internato na rede e também quase 100% dos egressos, que cursando a RGMFC atuarão, 1 ou 2 anos. Com os números atuais teríamos o ingresso de aproximadamente 36 mil médicos na AB, mesmo números de eSF que tínhamos em dezembro de 2013. É precisamente por isso que a Lei determinou três medidas importantes.

Deu prazo de 5 anos que as UBS tenham qualidade de equipamentos e infraestrutura necessárias para servirem de campos de aprendizagem para graduandos e residentes. Demandou medidas que ampliem a formação de preceptores nos serviços. E, por fim, instituiu um instrumento denominado Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde que deverá ser firmado entre instituições de ensino responsáveis pela oferta dos

cursos de medicina e dos programas de RM e gestores locais e regionais do SUS com a finalidade de, entre outras coisas, garantir investimentos e ações que viabilizem os serviços de saúde, em quantidade e qualidade, para serem campos de prática.

Considerações finais

Criado num contexto caracterizado por grande polêmica e debate público, o PMM ganhou respaldo popular, se instituiu legalmente e se consolida progressivamente como a mais exitosa política do SUS na superação do desafio de garantir atendimento médico às populações das localidades mais vulneráveis. Em menos de 10 meses de implantação do PMMB seus resultados superam os 7 anos anteriores de ingresso de médicos na AB brasileira e de ampliação efetiva da população coberta.

As inovações introduzidas na reorientação qualitativa e quantitativa da formação médica no Brasil, tanto na graduação quanto na RM, apontam para uma realidade na qual o SUS poderá avançar concretamente no cumprimento do preceito legal de ordenar a formação dos trabalhadores da saúde. Ainda mais porque a Lei possibilita estender essas medidas para às demais profissões da saúde.

A ampliação expressiva da cobertura da ESF proporcionada pelo programa e o fato de 4 mil municípios começarem a contar com todas as eSF completas deverá proporcionar importante impacto nos indicadores de saúde, tanto dos que sinalizam aumento da oferta de serviços quanto dos que se referem aos resultados em saúde; e deverá demandar progressiva estruturação e qualificação da rede de apoio diagnóstico e terapêutico a uma AB em momento de ampliação de sua resolubilidade e aumento de sua legitimidade junto à população.

Contudo se o êxito até aqui do PMM pode ser constatado por diversas evidências, isso não pode desestimular a realização de estudos que acompanhem elementos e efeitos outros do desenvolvimento do programa e que apoiem suas necessidades de formulação para as ações que se desdobram das atuais. Nesse aspecto, destacamos a análise e o acompanhamento das mudanças na formação médica em curso e do efeito que o programa já aparenta ter na transformação da representação social do médico e de sua atuação; e a importância de estudar alternativas de políticas e ações que permitam o avanço na construção de uma solução tripartite definitiva para o desafio da atração e fixação do conjunto dos profissionais de saúde para as áreas que hoje só são preenchidas graças ao PMM.

BIBLIOGRAFIA

ACIOLE, G.G. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

BRASIL. Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei no 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). *Diário Oficial da União*, [Brasília], DF, 15 jun. 2010. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=3&data=15/01/2010>. Acesso em: 22 maio 2014.

BRASIL. Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011 do Conselho Nacional de Saúde <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html> Acesso em 01 de maio de 2014. Brasília, 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, [Brasília], DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=29/06/2011>. Acesso em: 22 maio 2014. Brasília, 2011b.

BRASIL. Portaria Interministerial /MEC/MS nº 2.087, de 1º de setembro de 2011b. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, [Brasília], DF, 2 set. 2011. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=92&data=02/09/2011>. Acesso em: 22 maio 2014. Brasília, 2011c.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, [Brasília], DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=128>. Acesso em: 22 maio 2014. Brasília, 2011d.

BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013a. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, [Brasília], DF, 23 out. 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/maismedicos/mp621_maismedicos_.pdf. Acesso em: 22 maio 2014. Brasília, 2013a.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério Da Saúde. Edital nº 38, de 8 de julho de 2013c. Adesão do Distrito Federal e dos Municípios no Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial da União*, [Brasília], DF, 09 jul. 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/22/edital-38-2013-maismedicos-.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014. Brasília, 2013b.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. Edital nº 50, de 16 de agosto de 2013d. Adesão do Distrito Federal e dos Municípios no Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial da União*, [Brasília], DF, 19 ago. 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/22/edital-50.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014. Brasília, 2013c.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, [Brasília], DF, 23 out. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>. Acesso em: 22 maio 2014. Brasília, 2013d.

BRASIL. Portaria Normativa MEC nº 3, de 01 de fevereiro de 2013. Estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES, integrantes do Sistema Federal de Ensino, e das outras providências. *Diário Oficial da União*, [Brasília], DF, 04 fev. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=04/02/2013&jornal=1&pagina=23&totalArquivos=120>. Acesso em: 25 maio 2014. Brasília, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Câmara dos Deputados. Sessão: 259.3.54.O, 04 de setembro de 2013. Discursos e Notas Taquigráficas. Alexandre Padilha, Ministro de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/internet/sitaqweb/resultadoPesquisaDiscursos.asp?txOrador=alexandre+padilha&txPartido=&txUF=&dtInicio=&dtFim=&txTexto=&txSumario=&basePesq=plenario&CampoOrdenacao=dtSessao&PageSize=50&TipoOrdenacao=DESC&btnPesq=Pesquisar#>. Acesso em: 25 maio 2014. Brasília, 2013f.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério Da Saúde. Edital n.º 22, de 31 de março de 2014. Adesão de Municípios no Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial da União*, [Brasília], DF, 01 abr. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/Edital-22-MM-municipios-31-03-2014.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital n.º 22, de 31 de março de 2014. Adesão de Municípios no Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial da União*, [Brasília], DF, 01 abr. 2014. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/Edital-22-MM-municipios-31-03-2014.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Informações sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família – Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas, Competência por Unidade Geográfica, janeiro/2007 a janeiro/2013. Brasília, 2014c. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 25 maio 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRANSPORTES (CNT). Resultados da 110ª Pesquisa CNT/Sensus – Relatório Síntese, 23 a 27 de Dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20Sensus/2010/110%20Sintese.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRANSPORTES (CNT). Resultados da 111ª Pesquisa CNT/Sensus – Relatório Síntese, 07 a 12 de Agosto de 2011. Disponível em: <http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20Sensus/2011/rel.sintese111.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRANSPORTES (CNT). Pesquisa CNT/MDA nº 115 - setembro de 2013. Disponível em: http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20MDA/relatorio_pesquisa_cnt_mda_115_10092013.pdf. Acesso em: 22 maio 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRANSPORTES (CNT). Pesquisa CNT/MDA nº 118 - abril de 2014. Disponível em: <http://www.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20MDA/Relatorio%20Sintese%20-%20CNT%20ABRIL2014%20-%20R118%20-%20FINAL.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. Coordenação: Mário Scheffer; Aureliano Biancarelli e Alex Cassenote. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011. 117p. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Estatística de médicos – Inscrições principais ativas, 2012. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica. Acesso em: 20 janeiro 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Demografia Médica no Estado de São Paulo / coordenação, Mário Scheffer ; equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo : Conselho Federal de Medicina, 2012. 94 p. Suplemento da Demografia Médica no Brasil, 2011. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/Demografia_medica_paulista.pdf. Acesso em: 22 maio 2014.

COSTA, Greiner; e DAGNINO, Renato. (orgs). Gestão estratégica de políticas públicas. Editora T+8. Rio de Janeiro, 2008.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface (Botucatu) [online]. 1998, vol.2, n.3, pp. 51-71.

FIGUEIREDO, A.M. Resultados do Programa Mais Médicos: ampliação de vagas na graduação e residência. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 18 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS (FNP), 2013. Movimento “Cadê o Médico?”. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>. Acesso em: 22 maio 2014.

GIRARDI, S. N. et cols. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, Célia Regina; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. (Org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ObservaRH, 2011, v. , p. 171-186.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2005. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/ams/2005/. Acesso em: 25 maio 2014.

INSTITUTO BRASILEIROS DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas de população, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/>. Acesso em: 20 janeiro 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Saúde, 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf. Acesso em: 22 maio 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Divulgados resultados finais do Revalida 2011. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/todas-noticias?p_p_auth=aqLyAMw3&p_p_id=56_INSTANCE_d9Q0&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=2&p_p_col_count=3&_56_INSTANCE_d9Q0_groupId=10157&p_r_p_564233524_articleId=83829&p_r_p_564233524_id=84013. Acesso em: 25 maio 2014.

MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro / Romulo Maciel Filho. – 2007. 262 f. Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf. Acesso em: 22 maio 2014.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves; e BRASIL, Flávia de Paula Duque. Construção de agendas e inovações institucionais. **Estud. sociol.** Araraquara, v.15, n.29, p.369-396, 2010.

MERHY, E. E. A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). World health statistics 2011. Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf?ua=1. Acesso em: 22 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). World health statistics 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 22 maio 2014.

PINTO, H.A. Nova Política Nacional de Atenção Básica: mais acesso e qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 30 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

PINTO, Hêider; MAGALHAES JR., Helvécio; KOERNER, Rodolfo. A evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da estratégia de saúde da família – 1998 a 2014. No Prelo.

PINTO, Lorene; TAVARES-NETO, José. Busca pelo cuidado à saúde em área urbana do nordeste do Brasil. No Prelo.

SANTOS, Lenir; PINTO, Hêider. A saúde da família de cara nova: a gestão interfederativa do SUS. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Campinas: 2008. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/documento_3521_0_a-saude-da-familia-de-cara-nova.html. Acesso em: 22 de maio de 2014.

SALES, M.J.T. 1ª Audiência Pública da Comissão Mista da Medida Provisória nº 621/2013, 03 de setembro de 2013. Brasília: Senado Federal, 2013a. 47 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=135661&tp=1>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

SALES, M.J.T. Resultados da Adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 42 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

SINGER, André Vitor. Os sentidos do lulismo: reforma gradual e pacto conservador. **Companhia das Letras**. São Paulo, 2012.

SOUSA, CM. Jornadas de junho: repercussões e leituras. [Livro eletrônico]./ Cidoval Moraes de Sousa; Arão de Azevedo Souza. Campina Grande: EDUEPB, 2013. 2.287kb – 107p.: il: color. Disponível em: <file:///C:/Users/Vitor/Desktop/Regina/Artigo%20Cebes/Jornadas%20de%20Junho%20-%20Repercuss%C3%B5es%20e%20Leituras.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. **Cortez Editora**. 2º ed. Rio de Janeiro, 1995.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina. RELATÓRIO TÉCNICO DE PROJETO: Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde. Belo Horizonte, março 2009. 83p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>. Acesso em 29 de abril de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Faculdade de Medicina (FM). Sinais de mercado - Admissões por 1º Emprego Formal (RAIS/TEM) e Egressos de medicina (Censo da Educação Superior do INEP), 2011. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm3/>. Acesso em: 20 janeiro 2011.