

Programa Mais Médicos no Brasil: análise de conjuntura

More Doctors program in Brazil: conjuncture analysis

Dilermundo Aparecido Borges Martins*

Nara Luiza Valente**

Ana Maria Bourguignon de Lima***

Lislei Teresinha Preuss****

Resumo: Este artigo tem por objetivo realizar uma análise de conjuntura da instituição do Programa Mais Médicos no Brasil, bem como apresentar a recente modificação decorrente da saída de Cuba do Programa. O estudo utiliza como referência as etapas da análise de conjuntura propostas por Herbert de Souza (1991). Para tanto, partiu-se de uma explicação do que é o Programa, lançado em 2013, contextualizando o período, os atores envolvidos e a relação de forças entre eles, destacando os fatores que influenciaram sua criação. Para o desenvolvimento do artigo, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental a respeito da temática, possibilitando uma compreensão do evento de modo global. Destacam-se, como principais fatores responsáveis pela criação do Programa, a falta de médicos no país, especialmente fora dos grandes centros urbanos, e as Jornadas de Junho de 2013 no Brasil, que serviram como justificativa para o seu lançamento.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Análise de Conjuntura; Jornadas de Junho de 2013; Sistema Único de Saúde.

Abstract: This article aims to carry out a conjuncture analysis of the institution of the More Doctors Program “ProgramaMaisMédicos” in Brazil, as well as to present

* Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Bacharel em Direito pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Professor da Universidade Norte do Paraná – UNOPAR, no curso de Direito. Membro do Grupo de Pesquisa “Agenda Social do Mercosul e Proteção Social no Brasil”, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Pesquisador nas áreas de política social, saúde, população LGBT, direito internacional e direitos humanos. Advogado. E-mail: dilerborges@hotmail.com

** Doutoranda do Programa de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa e Pós-Graduada em Direito Processual Penal pela Faculdade Damásio. Professora da Universidade Norte do Paraná – UNOPAR, no curso de Direito. E-mail: nara.lv@hotmail.com

*** Doutoranda do Programa de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Mestre em Sociologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, Advogada. Email: anamariabourg@gmail.com;

**** Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas Mestrado e Doutorado da UEPG. Integra a linha de pesquisa Estado, Direitos e Políticas Públicas. E-mail: lisleipreuss@hotmail.com



This content is licensed under a Creative Commons attribution-type BY

the recent modification resulting from the exit of Cuba from the Program. The study uses as reference the steps of the conjuncture analysis proposed by Herbert de Souza (1991). Therefore, we started with an explanation of the Program, launched in 2013, contextualizing the period, the actors involved and the relationship of forces between them, highlighting the factors that influenced their creation. For the development of the article, the bibliographical and documentary research was used on the subject, allowing an understanding of the event in a global way. The main factors behind the creation of the Program are the lack of doctors in the country, especially outside large urban centers, associated with Brazil's June Days of 2013, which served as justification for its launch.

Keywords: More Doctors Program, Conjuncture Analysis; Brazil's June Days of 2013; Brazilian National Health System.

Recebido em: 09/11/2018. Aceito em 03/06/2019

Introdução

O presente artigo tem por objetivo construir uma análise de conjuntura do “Programa Mais Médicos”, lançado pelo Governo Federal de Dilma Rousseff no ano de 2013. O Programa visa melhorar o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde/SUS, buscando resolver a questão do atendimento básico através de uma prestação de serviço de qualidade, ampliando assim o acesso à população que necessita de assistência médica (BRASIL, 2013).

Inserido como prioridade na agenda da política de saúde, o Programa Mais Médicos (PMM) direciona-se ao provimento de médicos em locais remotos e com escassez destes profissionais (destacam-se os médicos cubanos contratados por meio de convênio da Organização Pan-Americana de Saúde/OPAS na 1ª fase do Programa); ampliação de cursos e vagas de Medicina no país; ampliação de vagas de residência médica; incentivo a mudanças curriculares na formação em Medicina (MACHADO; LIMA, BAPTISTA, 2017).

Para atender a proposta inicial é primordial compreender em que consiste uma análise de conjuntura, abordando os seus principais aspectos com base nas etapas propostas por Herbert de Souza (1991). Para o autor, a análise de conjuntura demanda aprofundamento de algumas categorias, quais sejam: acontecimentos, cenários, atores, relação de forças e articulação entre estrutura e conjuntura. Em linhas gerais, os acontecimentos são fatos que possuem algum

sentido especial para um país, grupo ou classe social; os cenários, por sua vez, consistem em espaços onde ocorrem as tramas sociais e políticas, com particularidades específicas e que influenciam em todo o processo relativo à dado acontecimento; os atores correspondem às pessoas, instituições sociais e grupos sociais que fazem parte do processo em análise, sendo peças fundamentais; a relação de forças está atrelada à própria relação entre os atores, que podem ser de confronto, coexistência ou cooperação, a depender da conjuntura analisada, com variabilidade constante; por fim, a articulação entre estrutura e conjuntura determina que os acontecimentos e as relações entre os atores não ocorrem em um vazio, mas estão relacionados com a história, as relações sociais, econômicas e políticas ao longo de um processo (SOUZA, 1991).

Por se tratar de um programa recente, a estratégia metodológica da análise de conjuntura envolveu a revisão da literatura, especialmente com a busca de artigos científicos sobre o Programa Mais Médicos, e a análise documental. Conforme Moreira (2006, p. 276), a análise documental “funciona como um expediente eficaz para contextualizar fatos, situações, momentos” e se constitui tanto um método como uma técnica de pesquisa, pois define o ângulo de investigação, assim como complementa outras formas de obtenção de dados. A análise de conjuntura aqui empreendida utilizou-se de fontes documentais secundárias, isto é, de informações já organizadas e acessíveis na mídia eletrônica (matérias jornalísticas, notas para imprensa), em portais

do governo federal (textos legais, documentos oficiais), do legislativo, entre outros.

Partindo das categorias propostas por Souza (1991), a análise de conjuntura do presente artigo está dividida em blocos. Primeiramente é apresentado o Programa Mais Médicos no Brasil, com seus principais conceitos e características. Após, realizada uma análise do panorama do período em que se insere o Programa, com os principais fatos ocorridos naquele contexto. Em seguida, são abordados os atores e a correlação de forças, evidenciando os principais motivos que levaram à construção do Programa. Posteriormente, os fatores externos relevantes são expostos para melhor compreensão do desencadeamento do Programa, bem como uma reflexão sobre a saída de Cuba; possibilitando, por fim, uma conclusão da análise a fim de articular as categorias apresentadas, apontando seus possíveis desdobramentos.

O Programa Mais médicos no Brasil: breve contextualização

Partindo de um conceito de saúde pública, universal e gratuita, introduzido pelo artigo 196 da Constituição Federal (1988) e entendendo que tal garantia ocorre a partir das responsabilidades conjuntas das três esferas de governo, o Sistema Único de Saúde (SUS) é movido por uma construção. Uma das etapas dessa construção é a Atenção Básica em Saúde (ABS), termo¹ oficialmente reconhecido pelo governo brasileiro para denominar um nível de cuidado e de atenção à saúde que é considerado a porta de entrada do sistema, ou seja, o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde, o mais próximo às famílias e à comunidade.

[...] a partir do final dos anos 1980, quando os municípios assumiram progressivamente a prestação de cuidados básicos para seus cidadãos, que as ações de atenção realizadas e ofertadas por estas unidades, progressivamente denominadas de unidades básicas de saúde (UBS), ganharam complexidade, pela ampliação do atendimento médico nas três

grandes especialidades (clínica, pediatria e ginecologia), mantidas todas as outras atividades de saúde pública. É um período em que vários desenhos de atenção básica são experimentados, distinguindo-se entre si pelo maior ou menor desenvolvimento do atendimento médico não agendado, pelo grau de incorporação da atenção odontológica e de outros profissionais de saúde, pelos modos de se trabalhar o território e a organização do processo de trabalho, em particular pelo grau de adoção ou não de atividades ditas programáticas. As propostas de acolhimento, os conceitos de vínculo e de responsabilidade sanitária também vão ganhando espaço, como pode ser visto nas formulações da política de humanização preconizada pelo SUS. (CECILIO et al, 2012, p.2894)

É diante deste cenário que em 1994, o Ministério da Saúde assumiu o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia estruturante da atenção à saúde. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica ampliou os seus objetivos e reafirmou a saúde da família como prioritária e modelo substitutivo para a organização da atenção básica do SUS (CECILIO et al, 2012).

A criação do Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil consistiu numa política de fortalecimento e de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Seu objetivo principal é o de levar profissionais para regiões do Brasil onde há a escassez de médicos. Além disso, conta com investimentos para reforma, construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também com vagas de graduação e residência médica para a formação e capacitação de novos profissionais de saúde (LIMA et al., 2016). Esses são os três pilares essenciais do programa: provimento emergencial, educação e infraestrutura.

Criado pelo Governo Federal em 2013, o PMM passou a integrar diversas ações que visavam o fortalecimento das políticas de atenção básica em todo país, que se encontrava em dificuldades por conta tanto do provimento quanto da fixação de profissionais de saúde em áreas remotas. Deste modo, a intenção do programa é a de resolver a questão emergencial do atendimento básico de saúde ao cidadão, de modo a criar, também, condições para o provimento adequado da saúde no futuro para aqueles que necessitam do SUS.

¹ O termo adotado internacionalmente é "Atenção Primária (AP)" ou "Atenção Primária em Saúde (APS)". Sobre a construção histórica e o debate quanto aos usos das definições de atenção primária e de atenção básica no Brasil, ver os trabalhos de Gil (2006) e de Mello, Fontanella e Demarzo (2009).

Assim, lançada essa nova proposta de atender uma demanda histórica por mais médicos nas UBS, o Ministério da Saúde passou a reunir parcerias dentro e fora do país, a fim de tornar possível a efetividade do PMM, além de estimular a formação de novos profissionais habilitados ao trato desse setor básico, melhorando a qualidade da formação médica e sofisticando a infraestrutura das unidades de saúde. Lima et al. (2016), relata que a intenção primordial do Governo Federal era a de:

[...] através de ações indutoras para superação das desigualdades/iniquidades em saúde, direcionar esforços de forma a atender as necessidades locais, considerando a dimensão continental do Brasil e a distribuição justa de recursos humanos e materiais, que inclui prioritariamente a provisão emergencial de médicos na atenção básica de áreas vulneráveis, tais como nos municípios do interior, na periferia das grandes cidades e regiões metropolitanas e nas regiões isoladas como na Amazônia (LIMA et al., 2016, p. 2686).

Destaca-se que uma das mudanças mais evidentes, ocorrida com o PMM, foi a maior interferência do Ministério da Saúde na Atenção Básica, competência quase que exclusivamente municipal. Em que pese o PMM ser realizado a partir da integração entre os municípios, é evidente o protagonismo federal. Assim, nesse programa, foi realizado um replanejamento em nível nacional, onde o Ministério da Saúde se responsabilizou pela execução de grande parte das ações definidas (CAMPOS; JUNIOR, 2016). Nessa perspectiva:

A primeira destas dimensões de intervenção direta do MS se referiu ao recrutamento, distribuição, remuneração e formação de médicos, realizados diretamente pelo MS, ainda que com algum grau de negociação com os entes federados. Mediante processo seletivo nacional, o MS conseguiu em curto espaço de tempo, incluir no SUS e na Atenção Básica mais de 18.000 profissionais em um espaço de dois anos. Parte importante destes médicos foi recrutada mediante cooperação internacional tripartite entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), governo de Cuba e o governo brasileiro, depois de um período de inscrição para médicos formados no Brasil e em outros países, em que a necessidade de

profissionais não foi suprida. Os médicos originários de Cuba, ao contrário da maioria dos médicos brasileiros que trabalham na Atenção Básica, tinham formação e experiência específica na Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade (CAMPOS; JUNIOR, 2016, p. 2659).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), se num primeiro momento, entre 2013 e 2014, os médicos estrangeiros ocuparam cerca de 85% das vagas demandadas pelos municípios, a tendência em 2015 mudou, 100% das novas vagas para a atenção básica foram preenchidas por médicos brasileiros, o que mostra um indício dos efeitos da capacitação profissional dos novos médicos no que diz respeito a esse setor da saúde pública.

Panorama do Período

O Programa Mais Médicos foi lançado pelo Governo Federal em 08 de julho de 2013, numa conjuntura muito peculiar, após uma série de manifestações em que milhões de brasileiros saíram às ruas para protestar. Esta foi uma das medidas anunciadas pelo governo para responder a uma demanda crescente de reivindicações emanadas nas ruas em junho daquele ano.

Os primeiros protestos foram convocados pelo Movimento Passe Livre (MPL) contra o aumento de 20 centavos na tarifa de transporte coletivo na cidade de São Paulo (de R\$ 3,00 para R\$ 3,20); mas rapidamente tomaram corpo e se expandiram para outras cidades brasileiras. O anúncio da revogação do aumento no preço da passagem em São Paulo, no dia 19 de junho, não cessou as mobilizações.

De acordo com Estanque (2014, p. 70), as jornadas de junho têm uma raiz multicausal, que remete às conexões entre os contextos local, estadual, nacional e global. Este mesmo autor considera dois fatores como estopins para ampliação dos protestos: a reação violenta das forças policiais e as declarações das autoridades, acusando os manifestantes de “vândalos”. Isso em meio aos preparativos para a Copa do Mundo, em que vultuosos investimentos em estádios eram realizados em descompasso com persistentes problemas nos serviços públicos prestados à população. Das lutas por tarifa justa no transporte coletivo, as demandas ampliaram-se

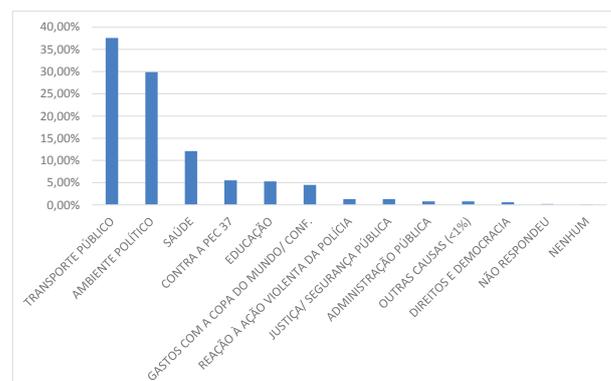
por “educação e saúde padrão FIFA” e contra “corrupção”, extrapolando qualquer previsão dos organizadores do MPL.

Conforme Tarrow (2009, p. 177), “[...] os movimentos raramente aparecem sozinhos; mais frequentemente aparecem em grupos, e é na espiral crescente dos ciclos de confrontos que acontecem os seus maiores sucessos”. As relações entre oportunidades e restrições políticas tornam uma conjuntura propícia ou não para transformar reivindicações em ações. Nesta conjuntura, o MPL caracteriza-se pelo que Tarrow (2009) denomina de “primeiros insurgentes”, uma vez que suas mobilizações encontraram ressonância em outros grupos sociais e demonstraram a fragilidade das elites políticas, gerando oportunidades políticas que culminaram na generalização do confronto.

O autor explica que mesmo as demandas desencadeadoras de um ciclo de confrontos serem restritas e específicas de um grupo, elas funcionam como um gatilho para o adensamento e ampliação dos confrontos. Isso porque “[...] demonstram a vulnerabilidade das autoridades diante do confronto, sinalizando para outros que as condições já estão maduras para que suas próprias reivindicações sejam transpostas para a ação”, desafiam os interesses de outros participantes, instigando-os a se manifestarem, e sinalizam o potencial de convergência entre os manifestantes mediante a exposição de quadros interpretativos abrangentes (TARROW, 2009, p. 184-185).

Esta lente de análise ajuda a elucidar como outros interesses, além da indignação quanto ao aumento da tarifa de ônibus em São Paulo, foram canalizados para as mobilizações. Pesquisa realizada pelo Ibope (G1, 2013a) nas manifestações de sete capitais, no dia 20 de junho de 2013, entrevistou um universo de 2002 pessoas com 14 anos ou mais, com o intuito de compreender suas motivações para participarem dos protestos. Os resultados do primeiro motivo enunciado pelos participantes destacam que 79,5% das reivindicações referem-se a três temas principais: qualidade e valor do serviço de transporte público (37,6%), contra a corrupção e insatisfação com governantes (29,9%) e por melhorias nos serviços de saúde (12%), conforme demonstra gráfico abaixo.

GRÁFICO 1 – O que querem os manifestantes que ocuparam as ruas do Brasil



Fonte: G1. Veja pesquisa completa do Ibope sobre os manifestantes. **G1**, São Paulo, 24 jun. 2013. Brasil. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2013/06/veja-integra-da-pesquisa-do-ibope-sobre-os-manifestantes.html>>. Acesso em: 3 abr. 2019. Org.: os autores.

Esta pesquisa, feita nos protestos do dia seguinte ao anúncio de revogação de aumento da tarifa em São Paulo, demonstra não só uma ampliação das pautas de reivindicação, como também, a relação entre insatisfação com políticas públicas e com a “corrupção” nos altos escalões do governo. A análise crítica de Jessé Souza (2016) ilumina alguns pontos quanto ao processo de construção das jornadas de junho, questionando “como protestos localizados com foco em políticas municipais foram manipulados de tal modo a se ‘federalizarem’ e atingirem a popularidade da presidente Dilma, que àquela altura gozava dos mais altos índices de aprovação de seu governo”? (SOUZA, 2016, p. 87)

Ao analisar a cobertura do Jornal Nacional da Rede Globo, Souza afirma que o Jornal repercutiu as manifestações inicialmente de forma negativa, qualificando-as como “tumulto”, “vandalismo”, “incomodo à população”. Esta abordagem mudou no dia 17 de junho, quando os tumultos passam a ser tratados como ações específicas de uma “minoria de vândalos” e os protestos, definidos como “expressão democrática”. Segundo este mesmo autor, é a partir desse momento que se inicia e se consolida a federalização do movimento. Com uma cobertura jornalística tendenciosa a deslegitimar o governo federal eleito, a mídia contribuiu para relacionar a temática anticorrupção e antipetista às mobilizações, ao

utilizar-se de uma tática discursiva que “[...] confunde e embaralha as competências federativas de tal modo a que toda culpa caiba unicamente ao governo federal” (SOUZA, 2016, p. 90-95).

A federalização do movimento exigiu uma reação governamental. No dia 24 de junho de 2013, a Presidente Dilma Rousseff reuniu-se em Brasília com 27 governadores e 26 prefeitos de capitais. Em seu discurso, ela propôs “cinco pactos em favor do Brasil”: pacto pela responsabilidade fiscal, para garantir a estabilidade da economia e o controle da inflação; pacto pela reforma política, por meio de um plebiscito popular para um processo constituinte específico para este tema; pacto pela saúde, com o propósito de ampliar o número de médicos no país; pacto pelo transporte coletivo nas grandes cidades; e o pacto pela educação pública, com a destinação de 100% dos *royalties* do petróleo e 50% dos recursos do pré-sal para a educação (ROUSSEFF, 2013).

Com o interesse na resposta da Presidente Dilma na área da saúde, destaca-se o seguinte trecho do seu discurso:

Quero propor aos senhores e às senhoras acelerar os investimentos já contratados em hospitais, UPAs e unidades básicas de saúde. Por exemplo, [...] incentivar a ida de médicos para as cidades que mais precisam e as regiões que mais precisam. Quando não houver a disponibilidade de médicos brasileiros, contrataremos profissionais estrangeiros para trabalhar com exclusividade no Sistema Único de Saúde. Neste último aspecto, sei que vamos enfrentar um bom debate democrático. De início, gostaria de dizer à classe médica brasileira que não se trata, nem de longe, de uma medida hostil ou desrespeitosa aos nossos profissionais. Trata-se de uma ação emergencial, localizada, tendo em vista a grande dificuldade que estamos enfrentando para encontrar médicos, em número suficiente ou com disposição para trabalhar nas áreas mais remotas do país ou nas zonas mais pobres das nossas grandes cidades.

[...] O Brasil continua sendo um dos países do mundo que menos emprega médicos estrangeiros. Por exemplo, 37% dos médicos que trabalham na Inglaterra se graduaram no exterior. Nos Estados Unidos, são 25%. Na Austrália, 22%. Aqui no Brasil, temos apenas

1,79% de médicos estrangeiros. Enquanto isso, temos hoje regiões em nosso país em que a população não tem atendimento médico. Isso não pode continuar. (ROUSSEFF, 2013).

Em seu discurso a Presidente dialoga com a classe médica, já antevendo as resistências desta corporação à proposta, ela justifica que se trata de medida transitória e emergencial que visa responder ao problema da falta desses profissionais no interior e nas regiões mais pobres do país. O “Programa Mais Médicos” foi lançado no dia 08 de julho de 2013 por meio da Medida Provisória nº 621, a qual foi convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, pelo Congresso Nacional (BRASIL, 2013).

Atores e Correlação de Forças

Os diversos posicionamentos sobre o Programa Mais Médicos refletem o modo como historicamente a Medicina foi estruturada no Brasil, em que o Estado e as entidades representativas da classe médica se destacam na constituição do modelo assistencial hegemônico e na organização do mercado de trabalho na área da saúde. Segundo Lampert (2002, p. 45-47), “a profissão médica foi pioneira entre as profissões liberais a criar um movimento sindical no início do século XX, constituindo no decorrer do tempo uma forte corporação”.

Esta mesma autora explica que o Estado foi um ator articulador importante, nas décadas de 1960 e 1970, para definição do modelo de saúde de base hospitalocêntrica e para a organização do mercado de trabalho ao molde da medicina liberal dos consultórios. Nessa época, o Estado ampliou a gama de serviços de saúde por meio de aplicação de recursos na compra de serviços de prestadores privados, bem como mediante o financiamento de construções de estabelecimentos e aquisição de equipamentos a juros negativos para o setor privado. O resultado foi o fortalecimento da atividade médica como atividade empresarial.

As críticas a esse modelo pelo Movimento da Reforma Sanitária contribuem para a instituição do SUS na Constituição Federal de 1988. Assim, a partir dos anos 90, a implementação do SUS passa a tencionar esse modelo, com a expansão dos serviços públicos, descentralização

da gestão e dos recursos e a proposição do paradigma da integralidade, gerando novas demandas para a formação e o exercício da Medicina (LAMPERT, 2002).

Esse processo histórico demonstra a latência dos conflitos entre lógicas distintas sobre a atividade médica, uma orientada pelo capital, pelo conhecimento fragmentado e propenso à aplicação de alta densidade tecnológica, e outra inspirada nas teorias do Estado de bem-estar, orientada pela compreensão do ser humano em suas dimensões biopsicossociais, trabalho transdisciplinar e emprego parcimonioso da tecnologia (LAMPERT, 2002).

Essas contradições tornam-se mais evidentes no debate em torno do “Programa Mais Médicos”. As manifestações de junho de 2013, segundo as entidades que compõem o Movimento da Reforma Sanitária (COMUNICAÇÃO ABRASCO, 2013), expressam: “A insatisfação com o SUS que existe de fato, distante da definição constitucional do direito à saúde e do dever do Estado [...]”. Nesta conjuntura, os manifestantes caracterizam-se como importante ator coletivo. Pois, sem “um imenso (e inesperado) grito de revolta de milhões de brasileiros nas ruas” (ESTANQUE, 2014, p. 166), não seria possível a edição de um Programa relacionado à assistência médica no Brasil via medida provisória, isto é, por ato unilateral da Presidente Dilma Rousseff. Desse modo, as manifestações criaram um ambiente oportuno não só para o debate em torno da formação médica e do exercício da profissão no país, mas para justificar uma ação governamental considerada polêmica ante o corporativismo médico no Brasil.

A própria Presidente tem uma posição de destaque no contexto, principalmente a partir do momento em que os protestos se federalizaram. Seja em razão da manipulação da imprensa, seja em função das pautas contra a corrupção e descontentamento com a política, que ficaram evidentes com a queda brusca na popularidade de Dilma (perda de 27% desde o início dos protestos); merece atenção o fato de que houve um processo de “personalização do descontentamento na pessoa da presidente da República” (SOUZA, 2016, p. 95). A Presidente Dilma foi qualificada ora como corajosa, por ter demonstrado comprometimento com a interiorização do SUS, ora como autoritária, por ter lançado o programa

sem discussão prévia com a sociedade civil e com a classe médica (SENADO NOTÍCIAS, 2013).

Protagonistas nesse processo, as diferentes entidades médicas declararam-se contra a medida provisória que instituiu o Programa e, partir dessa posição, negociaram mudanças na proposta original. No dia 08 de julho de 2013, a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos assinaram uma carta amplamente divulgada pela imprensa, na qual se manifestaram contra o “Mais Médicos” (ÉBOLI; FERRARI, 2013).

As entidades criticaram a contratação de médicos estrangeiros sem necessidade de aprovação em exame para o reconhecimento do diploma, argumentando que, sem isso, não seria possível atestar a qualidade da formação deste profissional. Além disso, afirmaram que o tipo de contratação previsto no Programa favorece a exploração de mão de obra do profissional, o que configuraria, na visão das entidades, “trabalho escravo”. Outro ponto fortemente questionado foi a previsão de aumento de dois anos na formação dos médicos brasileiros para atuação na atenção básica. As entidades ainda qualificaram de “medida irresponsável” a ampliação do número de vagas em escolas médicas sem qualidade, em uma referência às faculdades particulares (ÉBOLI; FERRARI, 2013).

Em nota oficial publicada no dia 13 de agosto, o Movimento da Reforma Sanitária (COMUNICAÇÃO ABRASCO, 2013), assinada por um conjunto de sete entidades², expõe sua indignação frente ao que consideram “resposta frágil do governo”, cujas medidas focaram apenas no problema da falta de médicos. A contratação de profissionais-bolsistas não é considerada pelo Movimento uma medida eficaz para a “fixação de profissionais”. A expansão das vagas para os cursos de medicina por meio de faculdades privadas é criticada, pois deveria ocorrer mediante a multiplicação dos campi e aumento das vagas nas universidades públicas. Ainda, a aproximação dos estudantes e residentes da atenção básica é bem vista, entretanto propõe-se a substituição

² Associação Brasileira de Economia da Saúde – Abres, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, Associação do Ministério Público em Defesa da Saúde – Ampasa, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes, Rede Unida, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC

do acréscimo de dois anos na graduação pela obrigatoriedade de residência médica no SUS para o exercício da medicina.

O Programa Mais Médicos, portanto, é uma iniciativa que contribui para o debate sobre o “Mais SUS”, sendo uma agenda que deve ser seguida de outras iniciativas estruturantes, que enfrentem as debilidades das atuais formações profissionais, assim como as distorções de um mercado de trabalho conformado pelo fetiche das tecnologias e pela força econômica do setor privado de serviços de saúde e dos produtores e fornecedores de equipamentos e insumos (COMUNICAÇÃO ABRASCO, 2013).

As críticas ao Programa foram levadas pelas entidades ao Congresso Nacional, que tinha a tarefa de aprovar a medida provisória pela Câmara dos Deputados e pelo Senado. O ponto controverso da revalidação do diploma do médico estrangeiro foi o mais polêmico. A oposição, em especial o PSDB e o DEM, defendeu o posicionamento das entidades médicas. O resultado da negociação foi o meio termo, a dispensa para revalidação do diploma ficou restrita aos três primeiros anos, sendo condicionante apenas para a prorrogação do período de permanência. A atribuição de emissão do registro provisório aos estrangeiros foi alterada para o Ministério da Saúde, em função da recusa dos Conselhos Regionais de Medicina, os quais se mantiveram com a responsabilidade pela fiscalização das atividades dos médicos participantes. O Congresso aprovou, também, modificações na formação médica, mas atenuando a proposta original. Os cursos de graduação passam a ofertar 30% da carga-horária do internato (estágio exigido para a conclusão do curso) na atenção básica e nos serviços de urgência e emergência do SUS. E o número de vagas em programas de residência deverá, até o final de 2018, ser equivalente ao número de egressos das graduações do ano anterior (SENADO NOTÍCIAS, 2013).

O Programa Mais Médicos trouxe polêmicas e desgaste para o governo ao propor a contratação de médicos formados no exterior (brasileiros ou estrangeiros) sem a necessidade de validação de diplomas, com destaque para os médicos cubanos, cuja lotação foi feita mediante intermediação da Organização

Pan-Americana da Saúde (OPAS). O programa previa a expansão de vagas de graduação e residência médica; mudanças curriculares; e provimento de médicos em áreas de alta vulnerabilidade social e difícil fixação de profissionais. A incorporação de médicos estrangeiros gerou intensa reação negativa da corporação médica, representada pelos conselhos profissionais. Apesar do sucesso do programa no curto prazo, é difícil dimensionar seus custos políticos para o governo e efeitos para o sistema público de saúde em longo prazo, já que a substituição dos médicos estrangeiros seria necessária após três anos de contratação. (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017, p.154).

Na conjuntura exposta, ainda que sejam válidas as críticas à forma como o Programa foi lançado pela Presidente, bem como a focalização das medidas na profissão médica, deve-se reconhecer o senso de oportunidade da Presidente e de sua equipe para lançar um projeto audacioso como o PMM. A base popular do projeto foi as manifestações de junho. O apoio político veio dos prefeitos e secretários de saúde dos municípios brasileiros que sofrem com a falta crônica de médicos nos serviços, os quais declararam à época “[...] apoio total e irrestrito à vinda de médicos estrangeiros para atuarem na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde” (CONASEMS, 2013). O peso desses atores e a rápida aceitação da população levaram a prorrogação do projeto em setembro de 2016, logo após o impeachment da Presidente Dilma (SENADO NOTÍCIAS, 2016).

Fatores para o Lançamento do Programa Mais Médicos

Em 2017 o SUS completou 27 anos de regulamentação e implementação, de modo que não há como se negar o aumento dos cuidados de saúde para a população em geral, de forma integral, universal e gratuita. Em que pese, a garantia constitucionalmente prevista, pessoas que vivem em cidades interioranas, comunidades remotas ou locais de vulnerabilidade, ainda enfrentam dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja por dificuldades geográficas na distribuição de médicos ou mesmo pela falta de interesse no preenchimento dessas vagas por parte dos profissionais existentes. Encontra-se, aqui, o primeiro fator diretamente responsável

pela necessidade do lançamento do PMM: a escassez profissional.

No ano de 2011, o debate sobre a insuficiência de médicos foi tido como prioridade pelos gestores responsáveis pelo SUS, seja em âmbito federal, estadual ou municipal e também pelo Conselho Nacional de Saúde. Também foi discutida a inevitabilidade de uma estratégia de expansão e qualificação dos atendimentos básicos de saúde. Dentro dessa ótica, três questões nortearam a análise sobre a falta e a má alocação de médicos no Brasil: o mercado de trabalho médico permitir o pleno emprego, com a criação de empregos muito acima do número de concluintes de cursos de medicina; o número de médicos por 1.000 habitantes ser muito baixo³, em torno de 1,83, e, por fim, a limitação da expansão dos serviços públicos, como na Estratégia da Saúde da Família, pela falta de profissionais (BRASIL, 2015). Sobre a questão que o número de médicos a cada 1.000 habitantes seja baixo, um outro fator é relevante: dentro desse baixo número, a grande maioria dos profissionais se encontram nas localidades que lhe oferecem melhores condições para o exercício de seu ofício, ou seja, onde têm maiores centros e hospitais melhores aparelhados.

Deste modo, no ano de 2011, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, desenvolveu políticas que tentassem resolver a questão da escassez de médicos no país: realizou-se uma chamada nacional para médicos, por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, ofertando trabalho supervisionado em regiões de difícil acesso de pobreza extrema. Nessa fase, também, se ampliou a oferta de bolsas para residência. Em que pese a tentativa, em 2012 o número de médicos continuava longe do ideal e as vagas para os cursos de medicina permaneciam insuficientes (OLIVEIRA et al., 2015).

Neste contexto, configura-se um segundo fator: a ampla desigualdade regional na distribuição de médicos no Brasil, com impacto negativo especial nas regiões norte e nordeste. Este

diagnóstico da má distribuição de profissionais devido a dificuldades geográficas, ou outras, motivaram ao longo do tempo diversas iniciativas governamentais que visassem suprir essa carência. Foi nesse cenário que se tornou necessária a tomada de uma medida emergencial, que fornecesse de forma célere, uma resolução do problema (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

Assim, o contexto apresentado evidencia a necessidade de enfrentar a situação da escassez de médicos e é nesta conjuntura que nasce o PMM, em 2013, numa tentativa de fortalecer a Atenção Básica, enfrentar as desigualdades na distribuição de médicos, além de ampliar a capacitação de profissionais, aumentando as vagas nos cursos de medicina e de residência médica.

Como já dito anteriormente, uma das medidas adotadas pelo programa, em sua fase inicial, foi a contratação de médicos do exterior, com o intuito de preencherem as lacunas existentes no Brasil, na alocação e distribuição de profissionais. Grande parte destes profissionais vieram de Cuba, o que se leva a um segundo fator externo: o excesso de mão de obra médica neste país e o custo menor que sua contratação representaria. Em Cuba, o índice de médicos a cada 1000 habitantes gira em torno de 6, o que supera em muito, o índice adotado como ideal pelo PMM (2,7 a cada 1000) (BRASIL, 2015). Aqui se configura o terceiro fator.

Os profissionais de saúde vinculados ao PMM, recebem a quantia de R\$11.520,00, por regime de quarenta horas semanais (32 horas de serviços e 08 horas de acompanhamento teórico), no caso dos médicos cubanos, cerca de 20% do montante pago é direcionado ao profissional, sendo o restante encaminhado ao país de origem (BRASIL, 2017). Por outro lado, a título de exemplificação, um profissional contratado para a função de Médico Clínico Geral, num regime de vinte horas semanais, recebe a quantia de R\$ 9.013,00, valor integralmente pago ao profissional (PREFEITURA DE TOLEDO, 2017).

Assim, vista a discrepância no pagamento dos salários, percebe-se que, ao poupar com o pagamento de profissionais, aumenta-se a possibilidade de ampliar o investimento nas outras duas áreas que também servem como linhas mestras do programa: o investimento em infraestrutura e o aumento da capacitação profissional,

³ Nota dos autores: uma referência usada para o Programa Mais Médicos foi a meta de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, que é a proporção encontrada no Reino Unido, país que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela Atenção Básica. Para atingir esse número em 2013 seriam necessários mais 168.424 profissionais (BRASIL, 2015).

seja ampliando as vagas para os cursos de medicina ou as bolsas para residência médica.

Ainda, é válido dar destaque a um quarto fator, que foge da lógica apresentada pelos dois fatores anteriores: trata-se da participação social que culminou nos movimentos de rua de junho e julho de 2013. Como já abordado em momento anterior, a má qualidade dos serviços públicos apareceu como pauta recorrente dentre as razões das manifestações daquele período, sendo que a melhoria nos serviços de saúde como uma das principais reivindicações, pressionando o Governo Federal a apresentar soluções de curto, médio e longo prazo, no que diz respeito à melhoria da saúde pública. Lotta, Galvão e Favareto (2016, p. 2765) afirmam:

Em 2013, no entanto, com o diagnóstico de que seria necessário apresentar respostas que fossem ao mesmo tempo mais estruturadas, de médio e longo prazos, e emergenciais, de curto prazo, à população, o Mais Médicos foi estruturado como uma política prioritária de enfrentamento a estes problemas buscando atingir, até 2026, um patamar de 2.7 profissionais a cada 1000 habitantes. O programa foi criado a partir da articulação de ações em fase de planejamento ou execução que, no conjunto, procuram dar respostas de curto, médio e longo prazos aos problemas enfrentados pela área da saúde. Assim, embora no seu conjunto seja um programa novo, as soluções que o compõem já estavam formuladas separadamente, esperando apenas o momento ideal para serem implementadas (uma janela de oportunidade) a partir de um novo arranjo. A questão é que, dada a emergência para seu lançamento, o tempo para uma discussão mais ampliada com os setores do governo e da sociedade foi escasso, o que prejudicou seu planejamento e divulgação.

Deste modo, afirma-se que esse “momento ideal” destacado pelos autores foi justamente as manifestações ocorridas no período, que levaram o Governo Federal a propor cinco pactos em resposta à movimentação popular, dentre eles o investimento em saúde e a contratação de médicos estrangeiros, que culminaram no lançamento do Programa Mais Médicos.

Recentes alterações no Programa: a saída de Cuba

Em 14 de novembro de 2018, após cinco anos compondo a estrutura do PMM, o governo de Cuba anunciou o fim de sua participação no Programa. De acordo com o governo caribenho, tal decisão foi tomada após as declarações dadas pelo presidente eleito em 2018, Jair Bolsonaro, que questionou a qualificação dos médicos cubanos e pretendia modificar a forma pela qual estes médicos ingressariam no Programa, ou seja, através de uma revalidação de diploma estrangeiro e com uma contratação individual e não mais através da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (SEABRA; CANCIAN, 2018).

Em sua conta em uma rede social, o presidente eleito afirmou: “Condicionamos a continuidade do PMM à aplicação de teste de capacidade, salário integral aos profissionais cubanos, hoje maior parte destinados à ditadura, e a liberdade para trazerem suas famílias. Infelizmente, Cuba não aceitou” (SEABRA; CANCIAN, 2018).

Dados do Ministério da Saúde apontam que 8.332 vagas, dentre as 18.420 vagas disponibilizadas pelo Programa, eram ocupadas por médicos cubanos. Diante do rompimento do país caribenho, o Ministro da Saúde, Gilberto Occhi, informou, no mesmo dia, que todas as medidas possíveis seriam tomadas para convocar médicos que quisessem ocupar as vagas deixadas pelos profissionais cubanos (BRASIL, 2018).

Em 19 de novembro de 2018, o Ministério da Saúde lançou o novo edital, ofertando 8.517 vagas para atuar em 2.824 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. As inscrições eram previstas até o dia 25 do mesmo mês para médicos brasileiros ou estrangeiros com diplomas revalidados no Brasil. O início das atividades estava previsto para 03 de dezembro de 2018, dada a urgência para suprir as vagas deixadas pelos médicos cubanos (PENIDO, 2018a).

O edital lançado prorrogou as inscrições até o dia 07 de dezembro de 2018, com apresentação dos novos médicos nos municípios até 14 de dezembro do mesmo ano. No dia 26 de novembro, o Ministério da Saúde informou que 97,2% das vagas lançadas no edital já estavam preenchidas e 224 médicos já haviam se apresentado nas unidades básicas de saúde (PENIDO, 2018b).

Segundo o jornal Folha de São Paulo, este é um dos maiores problemas do Programa, pois os médicos brasileiros chegam a se inscrever, mas não se apresentam nas etapas posteriores. Ainda, em 2017, cerca de 30% destes médicos deixaram seus postos antes de completar um ano de atuação no Programa (FOLHA DE SÃO PAULO, 2018).

Há que se ressaltar que, mesmo com 33.837 inscritos no novo edital, para preencher as 8.517 vagas disponibilizadas, em 30 de novembro de 2018 ainda restavam 151 vagas a serem preenchidas, que se concentram em grande parte nos municípios que compõem a região Norte e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (G1, 2018), demonstrando o desinteresse dos médicos brasileiros nestas áreas.

O médico Drauzio Varella, bastante conhecido no Brasil, afirma que o “Mais Médicos” é o programa de maior alcance e duração já criado no país, que conseguiu se interiorizar em diversas áreas que não foram atingidas anteriormente. Para ele, um dos maiores problemas foi deixar o programa nas mãos do governo cubano, que poderia romper a qualquer momento. Ainda, atribui como outro problema o desinteresse dos médicos brasileiros em atuar em determinadas regiões, o que tornou a vinda dos médicos cubanos como uma “solução possível”. Logo, com a sua saída, o médico acredita que o PMM está ameaçado (KACHANI, 2018).

Importante destacar que, na última avaliação feita pelo Revalida – exame que permite que médicos do exterior atuem no Brasil – o desempenho dos médicos cubanos foi similar ao dos brasileiros que fizeram a graduação fora do nosso país. Ainda, a procura de médicos cubanos para realizar a avaliação tem aumentado ao longo dos últimos anos, tendo sido aprovados 459 médicos oriundos do país caribenho desde 2011 (CANCIAN, 2018).

Isto demonstra que a incapacidade dos médicos cubanos não procede, especialmente porque estes têm formação aprofundada em atendimento na atenção básica em saúde, cuja demanda é primordial no Brasil. A saída de Cuba do Programa causou grande instabilidade e as demandas atuais ainda não podem ser avaliadas, posto que os novos médicos ainda estão se apresentando. Entretanto, há uma forte tendência de que o impacto seja negativo, especialmente na

região norte, considerando que muitos médicos brasileiros não têm interesse em trabalhar nestas regiões hoje consideradas mais necessitadas.

De acordo com Reis (2018), em nota da Abrasco, essa saída intempestiva de mais de oito mil médicos cubanos do Programa, afetaria o atendimento de cerca de 23 milhões de pessoas, especialmente nos locais mais distantes, mais pobres, ou nas periferias dos grandes centros urbanos. Nesse sentido, há um risco de piora efetiva na garantia do direito à saúde no Brasil, com o consequente aumento de diversas complicações, hospitalizações e mortes por causas evitáveis – causada justamente por essa esperada desassistência.

A Abrascodivulgou medidas imediatas que deveriam ser tomadas para que o impacto da saída dos médicos cubanos fosse suavizado:

- Negociar com o governo de Cuba, por intermédio da OPAS, um período de transição para a saída dos médicos, com o compromisso de respeito dos termos do Acordo de Cooperação Internacional atualmente vigente durante esse período de transição;
- Desencadear o processo de chamada pública de médicos para provimento de vagas que forem abertas em decorrência da saída dos médicos cubanos, sem interrupção do atendimento;
- Assegurar a continuidade das estratégias de formação e de supervisão no âmbito do PMMB,
- Assegurar as condições de financiamento, seleção, contratação, gestão de equipes e provisão de insumos adequadas à continuidade do PMMB, articulado à Estratégia Saúde da Família;
- Desencadear, em diálogo com as entidades de médicos e demais categorias de profissionais de saúde, a elaboração de propostas de carreiras públicas com valorização, estabilidade e condições de trabalho adequadas no âmbito do SUS (REIS, 2018).

A associação lista, ainda, medidas que deveriam ser tomadas à médio prazo:

- Implantar proposta de carreira pública para os profissionais de saúde que optarem pela dedicação ao SUS, incorporando a valoriza-

ção de períodos de atuação em áreas de difícil acesso ou alta vulnerabilidade social;

– Adotar estratégias de desenvolvimento regional e territorial, nas áreas rural e urbana, que articulem políticas econômicas e sociais para promover a equidade no acesso e atenção à saúde de qualidade no SUS, com inclusão de populações mais vulneráveis e respeito às singularidades de grupos específicos (populações do campo, indígenas, quilombolas, ribeirinhos; populações em favelas e periferias urbanas);

– Assegurar a adequação da formação de médicos e demais profissionais às necessidades de saúde de todos os brasileiros, com destaque para a valorização da atenção primária à saúde;

– Assegurar a realização de pesquisas estratégicas voltadas para a compreensão da realidade sanitária brasileira e o desenvolvimento de tecnologias de promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a formação de recursos humanos em saúde, que forneçam subsídios para o fortalecimento do SUS e da garantia do direito à saúde (REIS, 2018).

De acordo com o Portal da Inovação e Gestão do SUS (TASCA, 2018), há um estudo em desenvolvimento sobre o impacto do fim do Programa Mais Médicos no Brasil, considerando, o congelamento de gastos em saúde em decorrência da vigência da Emenda Constitucional 95. Os resultados parciais apontam para um excesso de 50 mil mortes prematuras no país (aquelas que ocorrem antes dos 70 anos) por condições sensíveis à atenção primária, entre os anos de 2019-2030. Destaca-se que a maioria dessas mortes ocorrerão em áreas mais pobres (TASCA, 2018).

Considera-se o fato de que os médicos cubanos representam em torno de 50% da força de trabalho do programa e que estes estão concentrados nas áreas de maior vulnerabilidade, sendo visível o impacto significativo da saída destes sobre os indicadores básicos de saúde, no caso da impossibilidade de substituição na prestação destes serviços, com competências e desempenho equivalentes (TASCA, 2018).

Considerações Finais

Conforme exposto, o Programa Mais Médicos não surgiu descolado dos demais eventos ocorridos no país no período analisado. Assim como explicitado por Herbert de Souza, a análise de conjuntura demanda um estudo de diversos elementos que permitem compreender de que forma determinado fenômeno ocorre. No caso do PMM, alguns deles foram levados em consideração.

Destacam-se dois pontos fundamentais para a criação do Programa: a falta de médicos no país, em determinadas regiões, associada às jornadas de junho de 2013, que serviram como justificativa para o seu lançamento. O Brasil encontrava-se em um período de grande desgaste político e a ideia de criar um programa que focasse na saúde da população serviria, no ponto de vista do governo, como uma resposta às demandas da sociedade.

Nota-se uma crítica grande em relação ao PMM, especialmente por parte dos conselhos e associações representativas da classe médica, demonstrando uma forte correlação de forças entre segmentos da sociedade, o que não impediu que o programa fosse criado e implementado no Brasil. A presença dos atores, incluindo a própria Presidente Dilma Rousseff, foram importantes no processo de criação do PMM, demonstrando toda a conjuntura em que ele se insere.

Ressalta-se a saída de Cuba como algo preocupante, uma vez que gera um impasse na continuidade do Programa Mais Médicos no Brasil, especialmente na região Norte do país. Ainda não se sabe como ficará a atuação dos médicos brasileiros neste local já que, embora preencham as vagas, muitos deles não se apresentam para trabalhar concretamente – conforme a tendência apresentada nos últimos anos – o que pode prejudicar o andamento de um importante programa a nível nacional.

Desta forma, os elementos trazidos serviram como base para compreender como surgiu o Programa Mais Médicos, bem como analisar cada um dos elementos fundamentais para que isto ocorresse. Tratou-se de uma leitura especial que procurou compreender os fatores que contribuíram para este importante acontecimento no cenário brasileiro.

Referências

- BRASIL. 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, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em 2 abr. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Adesão de Médicos ao Programa de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde: projeto Mais Médicos para o Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Posicionamento do Ministério da Saúde sobre o programa Mais Médicos. **Agência Saúde**, Brasília, 14 nov. 2018. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44685-posicionamento-do-ministerio-da-saude-sobre-o-programa-mais-medicos>> Acesso em: 30 nov. 2018.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JUNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2655-2663, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- CANCIAN, Natália. Médicos de Cuba e Brasil têm desempenho similar em prova exigida por Bolsonaro. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 nov. 2018. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/11/medicos-de-cuba-e-brasil-tem-desempenho-similar-em-prova-exigida-por-bolsonaro.shtml>>. Acesso em: 27 nov. 2018.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 11, p. 2893-2902, nov.2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>> Acesso em: 26 jan. 2018.
- COMUNICAÇÃO ABRASCO. **Mais Saúde! Mais SUS! Nota oficial do Movimento da Reforma Sanitária**. Recife: 65ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 13 ago. 2013. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/mais-saude-mais-sus-nota-oficial-do-movimento-da-reforma-sanitaria/1161/>>. Acesso em 09 nov. 2017.
- CONASEMS. Mais médicos já! - Posicionamento do CONASEMS quanto à contratação de médicos estrangeiros. **COSEMS/SP**, São Paulo, 25 jun. 2013. Notícias. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias-site-antigo/mais-medicos-ja-posicionamento-do-conasems-quanto-a-contratacao-de-medicos-estrangeiros/>>. Acesso em: 3 abr. 2019.
- ÉBOLI, Evandro; FERRARI, Larissa. Entidades médicas vão questionar o Programa Mais Médicos na Justiça. **O Globo**, Rio de Janeiro, 08 jul. 2013. Brasil. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/entidades-medicas-va-questionar-programa-mais-medicos-na-justica-8963915#ixzz4yEvVE8ah>>. Acesso em 11 nov. 2017.
- ESTANQUE, Elísio. Rebeliões de classe média? Precariedade e movimentos sociais em Portugal e no Brasil (2011-2013). **Revista Crítica de Ciências Sociais**[online], Coimbra, n.103, p. 53-80, maio 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2182-74352014000100004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 3 abr. 2019.
- FOLHA DE SÃO PAULO. 92% de novas vagas do Mais Médicos são preenchidas, mas dado gera desconfiança. **Folha de São Paulo**, São Paulo e Brasília, 23 nov. 2018. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/11/92-de-novas-vagas-do-mais-medicos-sao-preenchidas-mas-dado-gera-desconfianca.shtml>>. Acesso em: 01 dez 2018.
- GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200600600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2019.
- G1. Veja pesquisa completa do Ibope sobre os manifestantes. **G1**, São Paulo, 24 jun. 2013a. Brasil. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2013/06/veja-integra-da-pesquisa-do-ibope-sobre-os-manifestantes.html>>. Acesso em: 03abr. 2019
- G1. Entidades médicas condenam programa 'Mais Médicos'. **G1**, São Paulo, 08 jul. 2013b. Bem Estar. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/07/entidades-medicas-condenam-programa-mais-medicos.html>>. Acesso em: 03 abr. 2019.
- G1. Mais Médicos: 151 vagas remanescentes estão na região Norte do Brasil. **G1**, São Paulo, 30 nov. 2018. Ciência e Saúde. Disponível em <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/11/30/mais-medicos-151->

vagas-remanescentes-estao-na-regiao-norte-do-brasil.ghhtml>. Acesso em: 01 dez. 2018.

KACHANI, Morris. Mais Médicos está ameaçado, diz Drauzio Varella. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 01 dez. 2018. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2018/12/01/mais-medicos-esta-ameacado-diz-drauzio-varella.htm>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec - Abem, 2002.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2685-2696, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232016000902685&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 nov. 2017.

LOTTA, Gabriela Spanghero; GALVÃO, Maria Cristina Costa Pinto; FAVARETO, Arilson da Silva. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2761-2772, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902761&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl.2, p. S144-161, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2018.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14247/7708>>. Acesso em 3 abr. 2019.

MOREIRA, Sonia Virgínia. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (org.). **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2006, p. 270-279.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva

internacional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2017.

PENIDO, Alexandre. Médicos com registro no Brasil terão 8.517 vagas do Mais Médicos. **Agência Saúde**, Brasília, 19 nov. 2018a. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44706-profissionais-formados-no-brasil-terao-8-517-vagas-do-mais-medicos>> Acesso em: 01 dez. 2018.

PENIDO, Alexandre. 97,2% das vagas do Mais Médicos já foram preenchidas. **Agência Saúde**, Brasília, 26 nov. 2018b. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44772-97-2-das-vagas-do-mais-medicos-ja-foram-preenchidas>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

PREFEITURA DE TOLEDO. **Editais de abertura para a contratação de médicos**. Toledo-PR, 2017.

REIS, Vilma. **Nota ABRASCO sobre a saída dos médicos cubanos do Mais Médicos**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO [site]. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/nota-abrasco-sobre-saida-dos-medicos-cubanos-do-programa-mais-medicos-para-o-brasil/38190/>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso da Presidenta da República, Dilma Rousseff, durante reunião com governadores e prefeitos de capitais**. Brasília: Portal do Planalto, 24 jun. 2013. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos/discursos-da-presidenta/discurso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-durante-reuniao-com-governadores-e-prefeitos-de-capitais>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

SEABRA, Catia; CANCIAN, Natália. Com eleição de Bolsonaro, Cuba anuncia fim da parceria com Brasil no Mais Médicos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 14 nov. 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/11/com-eleicao-de-bolsonaro-cuba-anuncia-fim-da-parceria-com-brasil-no-mais-medicos.shtml>>. Acesso em: 01 dez. 2018

SENADO NOTÍCIAS. Redação. MP do Programa Mais Médicos é aprovada com críticas da oposição. **Agência Senado**, Brasília, 16 out. 2013. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/10/16/mp-do-programa-mais-medicos-e-aprovada-com-criticas-da-oposicao>>. Acesso em 11 nov. 2017.

SENADO NOTÍCIAS. Redação. Programa Mais Médicos é prorrogado por mais três anos. **Agência Senado**, Brasília, 13 set. 2016. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/09/13/programa-mais-medicos-e-prorrogado-por-mais-tres-anos>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

SOUZA, Herbert. **Como se faz Análise de Conjuntura**. 11ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

SOUZA, Jessé. **A radiografia do golpe**: entenda como e porque você foi enganado. Rio de Janeiro: Leya, 2016.

TARROW, Sidney. **O poder em movimento**: movimentos sociais e confronto político. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

TASCA, Renato. Impacto da saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos. **Portal da inovação na gestão do SUS**, 16 nov. 2018. Disponível em: <<https://www.google.com.br/amp/s/apsredes.org/impacto-da-saida-dos-medicos-cubanos-do-programa-mais-medicos/amp/>>. Acesso em: 04 dez. 2018d