

FORMULAÇÃO E IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES INICIAIS E ANÁLISE COMPARATIVA

FORMULATION AND IMPACT OF MAIS MÉDICOS BRAZILIAN PROGRAM IN ATTENTION AND HEALTH CARE: INITIAL CONTRIBUTIONS AND COMPARATIVE ANALYSIS

Janaina Matheus Collar

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: janainacollar@gmail.com

João Becon de Almeida Neto

Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Bioética e Saúde Coletiva (UFF/UFRJ/UERJ/FIOCRUZ). Professor da Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Direito.

E-mail: jbeccon@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla

Doutor em Educação. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Resumo

O presente trabalho analisa a implantação do Programa Mais Médicos no Brasil e suas potenciais repercussões na atenção básica e seus potenciais reflexos na qualificação da rede e de infraestrutura necessária para potencializar e ampliar os atendimentos. Para tanto, foi realizada análise histórico-comparativa da relevância da saúde nos contextos institucionais e políticos desde a Declaração de Alma-Ata e a Legislação do SUS até a implementação do Programa, contextualizado, comparativamente, a partir de duas experiências internacionais de política de distribuição de médicos reguladas pelo poder público. As análises foram feitas com base em pesquisa bibliográfica e documental. Ações desenvolvidas no Brasil hoje, com e a partir do Programa Mais Médicos, vão ao encontro da tendência de medidas que visam maximizar não apenas o acesso a um cuidado nas práticas em saúde de forma equânime para todos os brasileiros, mas fornece ferramentas, para o desenvolvimento de agentes que sejam protagonistas da atenção e das práticas dos direitos humanos, sejam eles usuários, profissionais de saúde ou gestores.

Palavras-chaves: Mais Médico; Integralidade em Saúde; Atenção Básica; Direitos Humanos

Abstract

This paper analyzes the Implementation Programa Mais Médicos in Brazil and its potential impact on primary care and their potential effects on the network skills and infrastructure needed to enhance and expand service. Therefore, historical-comparative analysis of the importance of health in the institutional and political contexts has been held since the Declaration of Alma-Ata and the Unified Health System legislation to implementation program, contextualized compared from two international experiences of doctors distribution policy regulated by the government. The analyzes were based on bibliographic and documentary research. Actions developed in Brazil today, with and from the Programa Mais Médicos, meet the trend of measures to maximize not only access to a care in health practices equitably to all Brazilians, but provides tools for development of agents that are protagonists of attention and human rights practices, be they users, health professionals or managers.

Keywords: More Doctors; Integrality in Health; Primary Health Care; Human Rights

Introdução

O atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pelas políticas públicas, conforme determina a constituição brasileira, em atendimento humanizado. A integralidade é uma exigência ética para a organização de práticas cuidadoras do bem-

estar físico, mental e social¹, pressupondo-se que o cuidado gere também autonomia no andar a vida, com corresponsabilidade, solidariedade e participação coletiva no processo de gestão.²

A integralidade congrega, portanto, questões de abrangência coletiva e singular, abrindo o trabalho no cotidiano do sistema de saúde à complexidade. A complexidade, entendida como multideterminação, requer estratégias de aprendizagem articuladas ao trabalho, como propõe a Educação Permanente em Saúde, envolvendo vetores relacionados à atenção (oferta de saúde), associados à gestão (como se organiza a política), à participação (a expressão do singular) e a formação (há aprendizagem que precisa ser feita o tempo todo). Esses vetores “constituem a prática da qualidade da formação para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários.”³

Por isso, não basta um estabelecimento de normas e protocolos de atendimento para gerar cuidado em saúde. Muito pelo contrário, dentro da micropolítica importante deixar espaço para produção de subjetividades. O “respeito à lei é incompatível com objeção ética que exige o exame permanente da práxis, se ela se justifica ou não, como um todo, a partir da perspectiva do projeto de vida de cada um.”^{4:34} Nem sempre o que é legal (norma) é ético, importante a manutenção de uma práxis argumentativa, a qual tem como escopo uma concorrência cooperativa por argumentos melhores, que é orientada por um acordo mútuo entre os participantes.⁴

A integralidade em saúde coloca às práticas profissionais e à organização dos sistemas de saúde, nos seus diferentes níveis de organização, questões que remontam ao movimento da reforma sanitária brasileira e a documentos relevantes no cenário internacional.

Para isso, deve haver uma posição de abertura entre os envolvidos. As tensões entre orientações instrumentais e estratégicas de teorias e modelos são sinais

de vitalidade, e devem ser entendidas como indícios das necessidades de flexibilizar conceitos e técnicas, para a construção de um “diálogo produtivo”.^{5:13} Importante, neste contexto, observar a potencialidade do cuidado em saúde na atenção básica, que permite maior produção e subjetividade e participação mútua entre usuários e profissionais, pois aquele possui maior possibilidade de autonomia em discutir com este o melhor processo terapêutico. Neste nível de atenção e cuidado em saúde, as tecnologias utilizadas tem maior potencialidade em analisar vulnerabilidades.

A Declaração de Alma-Ata, 1978, foi à primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da atenção básica em saúde, constituída no entendimento dos seus elaboradores de atendimentos de alta complexidade e de baixa densidade tecnológica - nível de sofisticação tecnológica que atende os problemas do cotidiano, principalmente em cenários de déficits de atenção e perfil de adoecimentos e demandas com doenças agudas. Com base neste delinear, a vulnerabilidade pode ser definida em três eixos: individual, institucional ou programática e social.

A vulnerabilidade individual está relacionada ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre seu problema de saúde, à capacidade de elaborar estas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e às possibilidades efetivas de transformar suas práticas. A vulnerabilidade institucional poderia ser avaliada, em um determinado território ou unidade de saúde, tomando por base as ações propostas e efetivadas para o enfrentamento dos problemas de saúde apresentados pelo usuário, a existência de articulações interinstitucionais e intersetoriais (educação, saúde, transporte e lazer, entre outros) e o financiamento de recursos, entre outros pontos. Quanto menor for

esta vulnerabilidade, mais chances existirão de que sejam canalizados recursos e o uso adequado para o enfrentamento dos problemas de saúde em tela. A vulnerabilidade social está relacionada a aspectos sociopolíticos e culturais combinados, como o acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas e possibilidades de enfrentar barreiras culturais. O próprio acesso e a qualidade dos serviços de saúde disponíveis é um dos parâmetros de avaliação da vulnerabilidade social.^{5:117}

Neste contexto, o sistema de saúde do Brasil foi constituído a partir de uma série de movimentos e lutas, tendo como estrutura primeira a Reforma Sanitária, fortemente marcada pela realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, ganhando força no processo constituinte e com a Constituição de 1988. As principais definições constitucionais foram normatizadas por meio das Leis 8.080 e 8.142, de 1990:

O slogan “Saúde é democracia, marca da Reforma Sanitária Brasileira (...) é a tradução da cultura no contexto social e histórico em que ela se expressa, e também é um dispositivo para a produção de novas culturas, mais sensíveis à diversidade, ao coletivo e à própria ideia de democracia; não é apenas um novo arranjo, mas uma dinâmica que pode expressar o que é vivido, como a injustiça e as doenças evitáveis. A escuta sensível, a negociação permanente, as redes de conhecimento local, um compromisso ético com a vida, com o direito - e a obrigação moral - de partilhar ideias e democraticamente processos de tomada de decisão: a participação é tudo, na base da reforma do sistema de saúde, atuando como um indicador de direcionalidade.”^{6:09}

Assim, o SUS desenvolve-se dentro de um contexto de abertura democrática marcada pela idéia da participação social e do Controle Social, organizando-se em níveis de atenção, conforme a complexidade e a densidade tecnológica dos serviços. No caso específico da Reforma Sanitária brasileira, a sofisticação tecnológica dos serviços a ser disponibilizada na “porta de entrada” do sistema, foi um debate importante por decorrência da diversidade do território brasileiro, da transição democrática e epidemiológica e pela ideia de que as questões de resolutividade e qualidade deveriam mediar o olhar dos custos e da sofisticação tecnológica dos serviços, daí a escolha da expressão atenção básica em lugar de atenção primária em saúde, conforme tendência internacional à época. Um dos princípios do SUS é a gestão descentralizada dos serviços em saúde, focadas em cada município a partir das políticas desenvolvidas no âmbito federal. A atenção básica é a porta de entrada prioritária da atenção em saúde e a partir do ano de 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) passa a ser organizada para atender os habitantes de determinado território, para melhor analisar e atender as necessidades específicas, definidas em função de características sociais, sanitárias e epidemiológicas com ênfase em ações de prevenção e promoção da saúde, desenvolvida por equipes multiprofissionais.⁷

Apesar da configuração legal, se observa uma distribuição desigual de profissionais, em especiais médicos, no território brasileiro, com uma forte concentração em estados mais desenvolvidos e em capitais. Esta realidade resulta em um déficit de acesso e qualidade, dependendo do local ou região, dificultando o fomento da autonomia e autocuidado individual quanto ao acesso a serviços de saúde da respectiva população. Não obstante a este contexto, os serviços e formação dos profissionais tem cada vez mais valorizado o conhecimento

científico, marcado pela fragmentação do corpo em órgãos e doenças, olvidando-se da pessoa, voltando-se aos aspectos onde saúde confunde-se por ausência de doença, onde o atendimento ao invés de construído em ato, é procedimental, com um valor em si mesmo.⁸

Esse contexto vem desencadeando estratégias de mudança, tanto na formação de profissionais, como na gestão do trabalho. Constituiu-se, nos últimos anos, uma área finalística de políticas de saúde que se denominou gestão do trabalho e da educação, visível na estrutura do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais, que, por um lado, busca articulações estruturantes entre a formação e o trabalho e, por outro, aloca à gestão da saúde responsabilidades institucionais mais claras em relação a esses aspectos. É nesse contexto que buscamos compreender o Programa Mais Médicos, como uma iniciativa no escopo da política de gestão do trabalho e da educação no SUS. A reflexão se segue com a análise de questões relacionadas ao Programa e a outras iniciativas do SUS e dos sistemas de saúde de outros países que permitem aproximações a esta temática.

Programa Mais Médicos

Nos últimos anos, a gestão do Sistema Único de Saúde, em particular o Ministério da Saúde, tem desenvolvido uma série de ações visando a reestruturação do sistema de saúde de forma a priorizar a Atenção Básica.⁹ O Programa Mais Médicos foi desenvolvido como resposta à constatação de que a falta de profissionais médicos e déficits de acesso e qualidade na atenção básica são problemas que dificultam avanços no SUS, fato que inclusive é percebido pela população. Em pesquisa de opinião, 58,1% da população brasileira revelou que é a falta de médicos é o principal problema encontrado nos atendimentos no SUS. Este

estudo ainda apontou que um dos serviços mais bem avaliados foi justamente os ligados a atenção básica, em especial o ESF.¹⁰

De fato, a comparação da densidade de médicos no Brasil, em relação a outros países, mostra que diversos países da região das Américas e outros países com sistemas universais têm densidade de médicos maior do que o Brasil, indicador que permite aproximação com o provimento e a fixação desses profissionais nos serviços de saúde, em particular em regiões com menor índice de desenvolvimento econômico, com menor urbanização e com menor renda.

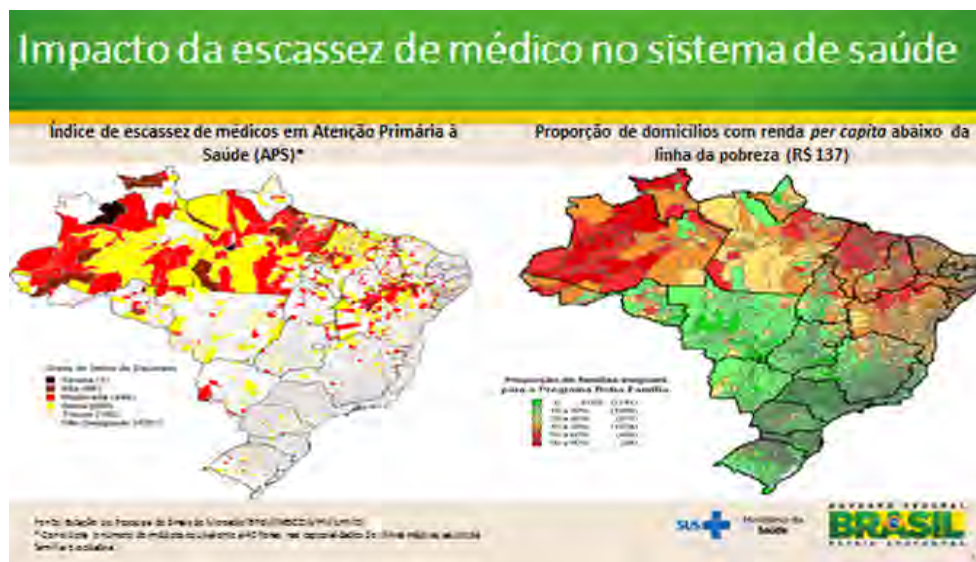
Tabela 1: Realidade de outros países de médicos a cada 1.000 habitantes.

PAÍSES	Médico por 1.000 hab.	PAÍSES	Médico por 1.000 hab.
Peru	0,9	Estados Unidos	2,4
Chile	1	Reino Unido	2,7
Paraguai	1,1	Austrália	3
Bolívia	1,2	Argentina	3,2
Colômbia	1,4	Itália	3,5
Equador	1,7	Alemanha	3,6
Brasil	1,8	Uruguai	3,7
Venezuela	1,9	Portugal	3,9
México	2	Espanha	4
Canadá	2	Cuba	6,7

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2014.¹¹

Além desta escassez, há uma grande desigualdade na distribuição de médicos no território nacional. Segundo dados do Ministério, a realidade na maior parte das Unidades da Federação (81%) tinha uma densidade de distribuição de médico por habitante abaixo da média nacional. Desses, cinco estados dispunham de menos de 1 médico por mil habitantes. Essa situação estava particularmente associada as condições sociais, econômicas e sanitárias de cada região.¹²

Figura 1: Comparativo da distribuição de municípios com escassez de médicos na Atenção Básica com a proporção de domicílios com renda per capita abaixo da linha de pobreza.



Como se observa nos dados representados na Figura 1, há uma grande coincidência entre a representação da escassez de profissionais e as condições econômicas, que estão ligadas, por sua vez, a indicadores de saúde que sinalizam piores condições à gestão das ações de prevenção uma grande das populações.

O Programa Mais Médicos foi criado em julho de 2013, como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso a atenção básica resolutive. Inicialmente regulamentado pela Medida Provisória 621, de julho de 2013, posteriormente convertido na Lei Nº 12.871 em 22 de outubro de 2013. Congrega três frentes, a primeira é investir na melhoria da infraestrutura da rede de saúde - nas unidades básicas de saúde. A segunda, ampliar e reformar os cursos de graduação em medicina e residências médica no país. A terceira, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil, é a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis.⁹ Puderam participar do edital que o instituiu, médicos brasileiros ou estrangeiros graduados no Brasil ou no exterior, desde que o país de origem do candidato tivesse média superior ao de 1,8 por mil - número de médicos per capita no Brasil antes do PMMB.¹³

As iniciativas do Sistema Único de Saúde de alterar o padrão de provimento de profissionais em áreas de maior carência são anteriores ao Programa Mais Médicos. Desde 2011 o PROVAB vem recrutando e alocando médicos, enfermeiros e odontólogos para atuarem em áreas vulneráveis, demonstrando um aumento importante na participação entre os anos de 2011 e 2013, onde passamos de 350 para 3.550 médicos.^{9,i}

ⁱ 2013 a contratação deixou de ser feita pelo município e passou a ser feita pelo Governo Federal, houve um aumento do valor da bolsa e foi ofertada uma pontuação adicional de 10% na nota da prova da residência médica. BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.087/ 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União 2 set 2011. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina92&data=02/09/2011>

O Ministério da Saúde abriu no início do ano de 2013 um Edital para adesão dos municípios no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB, procurando distribuir profissionais nas regiões mais carentes. O total de municípios que aderiram foi de 2.868, demonstrando uma necessidade de 13 mil médicos, mas o resultado entre a demanda e a oferta foi negativo, pois do total de municípios que pediram médicos, 1.565, ou seja, 55% desses municípios, não tiveram a adesão de nenhum médico.¹¹

Como se verifica, o Programa Mais Médicos é instituído num cenário de fortes evidências de falta desses profissionais e acesso a serviços de atenção básica em diversas regiões do país. O artifício do provimento emergencial por meio do recrutamento de profissionais estrangeiros não é novo como estratégia de regulação da oferta de ações profissionais na saúde. A seguir serão descritas e analisadas as características do Programa brasileiro e alguns exemplos em outros países.

Conhecendo o Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos tem como objetivo primordial a melhoria do atendimento aos usuários do SUS, congregando investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, levar médicos para regiões onde não há, de realizar mudanças na lógica dos cursos de medicina e principalmente dos novos cursos de instituições privadas em todo o país. A ocupação do território por médicos estrangeiro foi uma ação do Governo Federal para atender a uma demanda de mais de 2.500 municípios, onde se deu prioridade à adesão aos médicos brasileiros, os quais preencheram 45% das vagas e para as 55% das vagas remanescentes foram ofertadas

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina92&data=02/09/2011>

os médicos estrangeiros, com o objetivo de sanar está carência.ⁱⁱ

Preocupado em aproximar os novos médicos ao cotidiano dos serviços de atenção em saúde desenvolvidos no sistema público, passa a ser obrigatório aos alunos que ingressarem nos cursos de medicina a partir do ano de 2015 a atuação profissional por um período de dois anos em unidades básicas de saúde, na urgência e emergência do SUS. Este novo momento está sendo chamado de “2º ciclo da Medicina” o qual tem como objetivo apropriar e construir na prática deste estudante um contato direto com a população.¹⁵

O modelo brasileiro será inspirado ao que já acontece em países como Inglaterra e Suécia, onde os alunos precisam passar por um período de treinamento em serviço, com um registro provisório, para depois exercer a profissão com o registro definitivo. A medida valerá para os alunos da rede pública e privada e não dispensa o estágio obrigatório, em regime de internato, que continuará sendo desenvolvido no 1º ciclo com carga horária total de 7.200 horas. As instituições de ensino terão de oferecer acompanhamento e supervisão na atuação do aluno. Como haverá recursos federais para garantir a supervisão, os estudantes de escolas particulares estarão isentos do pagamento de mensalidade. O estudante só receberá o diploma de médico após terminar os dois anos do 2º ciclo. Os profissionais receberão uma bolsa, paga pelo Ministério da Saúde, e um CRM

ⁱⁱ No ano de 2013 a especialização em Atenção Primária passa a ser obrigatória. Em menos de um ano, o PMMB recrutou e alocou 14.462 médicos em 3.785 municípios. A grande inovação do PMMB se refere a estratégia de chamadas internacionais, quando além dos 1.846 médicos brasileiros, o programa passou a contar com 12.616 médicos estrangeiros de 49 países participando do programa. Dos médicos que atuam no PMMB, 11.429 são médicos cubanos que foram recrutados através de uma parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde, desta última com o Ministério de Saúde Pública de Cuba.¹¹

provisório para trabalhar nas atividades de atenção básica, que depois poderá ser aproveitado para abater uma etapa das residências.¹⁵

Com relação às mudanças na formação o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação - MEC abrirá “11,5 mil vagas nos cursos de medicina no país até 2017 e 12 mil vagas para formação de especialistas até 2020.”¹⁵

Haverá uma mudança na lógica de abertura de novos cursos de medicina em universidades privadas em todo o país. Esta nova lógica será baseada em ações do Governo Federal através de chamada pública com foco nas regiões prioritárias do SUS e terão como requisito a existência de pelo menos três Programas de Residência Médica em especialidades consideradas prioritárias no SUS - Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, e Medicina de Família e Comunidade, as universidades privadas poderão apresentar propostas, com base neste foco/requisitos se aprovadas pelo MEC, os cursos de medicina podem ser abertos.¹⁵

Histórico de outras tentativas

Mas mesmo a prática do cuidado que engloba as ações do SUS, o qual tem como porta de entrada preferencial a atenção básica, as pessoas que vivem em regiões mais distantes enfrentam sérias dificuldades de acesso e a falta de médicos sempre foi um importante agravante deste problema, como fica claro na campanha “Cadê o Médico?” realizada pela Frente Nacional de Prefeitos, durante o Encontro dos Prefeitos, em Brasília, janeiro 2013.¹⁶

A histórica análise e ações em prol da redução das desigualdades na distribuição do acesso ao serviço médico no Brasil é marcada por várias iniciativas de atração e fixação de profissionais em regiões remotas.

Tabela 2: Relação de Programas anteriores aos Mais Médicos

Ano	Nome do Programa
1976	Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS);
1993	Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS);
2001	Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);
2011	Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB).

Fonte: Carvalho e Souza.¹⁶

Experiências Internacionais

Essa realidade não é exclusiva do Brasil, sendo uma constante preocupação em outros países. Neste sentido, iremos relatar os exemplos da Austrália e dos Estados Unidos da América, analisando as respectivas ações e dispositivos forjados para reduzir esta problemática e ao final faremos alguns quadros comparativos de questões pontuais entre os dois países e o Brasil.

Austrália

A Austrália possui um sistema de saúde misto, com participação pública e privada, no qual a MEDICARE, fundada em 1984, provê cobertura universal de saúde à população australiana mediante financiamento público, sendo este o principal financiador dos cuidados em atenção básica.¹⁷ O déficit de médicos em seu território também era uma realidade na qual a média para cada mil habitantes nos centros urbanos era de 1,8 enquanto que nas comunidades rurais e pequenas cidades era de 0,9, em 1991.¹⁸

Corroborando para ações que viabilizassem a retenção e fixação de profissionais de saúde em regiões rurais, o governo australiano implementou algumas medidas e programas, os mais importantes foram o *Overseas Trained Doctors (OTD)* e o *Rural Clinical Training and Support (RCTS)*. O OTD tem como estratégia a atração de médicos formados no exterior para atuarem nas regiões onde governo australiano considera de maior vulnerabilidade. A coordenação dos médicos é realizada pela Agência de Trabalho Rural, pelo Conselho Médico Australiano e com a área de recursos humanos do MEDICARE. O RCTS tem como objetivo financiar as escolas médicas australianas para o fortalecimento da formação de clínicos nas áreas rurais, através de fundos do governo.¹⁹

O governo financia as escolas médicas, através da seleção de alunos oriundos de áreas rurais, provimento de estágios e internato rural.²⁰ Estabelecendo percentuais, como 25% dos estudantes de medicina realizam no mínimo um ano de sua formação clínica em uma área rural; 25% dos estudantes financiados pela *Commonwealth* devem ser oriundos de áreas rurais; 90% das escolas médicas da Austrália participam deste programa. Através destas ações o governo australiano objetiva que os estudantes possam estudar próximos a sua região de origem.¹⁹

Estados Unidos da América

Nos Estados Unidos da América (EUA) o sistema público de saúde é exclusivamente privado, ou seja, não há um sistema de cobertura universal. O que acontece quase que exclusivamente é o pagamento dos planos de saúde pelos empregadores, mas esta realidade engloba a classe trabalhadora ativa, e por isso desde 1965 o governo estadunidense financia através de programas pessoas dos seguintes perfis:

Quadro 1: Relação de pessoas que podem receber benefícios do Governo EUA

Programa dos EUA de financiamento	
Perfil	Benefício
Pessoas com mais de 65 anos	Podem se inscrever no programa MEDICARE, financiado pelo governo;
Família com baixa renda, crianças, mulheres grávidas e portadoras de deficiências	São elegíveis para o programa MEDICAID, financiado pelo governo;
Crianças cujos pais têm baixa renda, mas que não contemplem os requisitos para o MEDICAID	Cobertura S-Chip;
Veteranos das Forças Armadas	Podem se inscrever no programa MEDICARE, financiado pelo governo;

Fonte: World Health Organization.²¹

Apenas no ano de 2010 foi aprovada a *Affordable Care Act* (Obamacare) com os objetivos de: (a) expandir a cobertura de seguros públicos e privados; (b) controlar os preços dos planos de saúde; (c) garantir aos assegurados tratamentos básicos e até mesmo internações de doenças graves - independente de sexo ou, de condições pré-existentes. Este novo cenário provoca uma grande mudança no sistema de saúde dos EUA, mesmo que em nível individual a implementação ainda seja garantida por meio da obrigatoriedade em adquirir um seguro de saúde.

Assim como majoritariamente o serviço de saúde é privado, o mesmo ocorre com as instituições de formação médica, o que frequentemente acarreta um prematuro endividamento de muitos estudantes que recorrem ao crédito educativo para pagarem o elevado valor das anuidades (valor médio final do curso U\$ 278 mil dólares).^{22,23}

Análise comparada

Com base em dados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde, estima-se que 50% da população mundial vive em áreas rurais, e que essas regiões têm uma redução no acesso de pelo menos 25% da força de trabalho na atenção à saúde.²⁴ Com base nesta realidade a estratégia utilizada por muitos países têm sido atrair profissionais de saúde estrangeiros, para atenderem prioritariamente as áreas consideradas de maior vulnerabilidade.²⁵

As referidas ações que congregam a estratégia do governo australiano completaram 17 anos e ainda permeiam a dificuldade de fixação de médicos no período de pós 10 anos (prazo do contrato). Esta realidade pode englobar uma gama de fatores estruturais e pessoais, mas permeia a maioria das áreas de vulnerabilidade do país assim como ocorrem, em outros países que estabeleceram políticas de recrutamento de profissionais estrangeiros.²⁶

Os Quadros de 2 a 5 descrevem de formas pontuais as medidas para a redução das desigualdades de distribuição de médicos no território nacional, onde se percebe uma clara distinção entre as ações feitas pela Austrália e Brasil em relação aos EUA na tentativa de reduzir esta distinta distribuição de médicos. Isso acontece, pois Brasil e Austrália utilizam combinações de incentivos financeiros e educacionais para atrair e fixar temporariamente os profissionais, enquanto que os EUA têm maior foco nos incentivos financeiros e fixação permanente.

Quadro 2: Medidas para a redução das desigualdades de distribuição de médicos no território nacional

Austrália	Estados Unidos da América	Brasil
<p>Recrutamento de médicos estrangeiros que fossem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprovação no teste online; - Comprovação de proficiência em língua inglesa; - Avaliação dos critérios curriculares para aceite de participação em universidades estrangeiras previamente aprovadas pelo MEDICARE; - Contrato individual com uma empregadora; - Obtenção do visto temporário de trabalho; - Aprovação na entrevista para obtenção do registro MEDICARE; - Pagamento de taxa. 	<p>Programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>National Health Service Corps (NHSC)</i>, deve início em 1972, oferece bolsa de estudos e programas de pagamento de dívidas do financiamento estudantil, tendo como contrapartida após a graduação o aluno deve candidatar-se as vagas pré-aprovadas em áreas carentes. Quebra de contrato o candidato deverá reembolsar o governo em três vezes o investimento com juros. - <i>Conrad 30 Program</i>, o governo permite a médicos que estejam no país com visto (temporário para treinamento) a permanência no país após a conclusão do programa de intercâmbio para atuarem em áreas carentes. O vínculo do médico é com o empregador não com o governo federal, após o cumprimento das condições contratuais de trabalho por um período mínimo de 3 anos, os médicos podem inscrever-se para visto de imigrante ou de residente permanente. 25% dos médicos em atividade nos EUA são estrangeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edital para cadastro de médicos brasileiros; - Edital para cadastro de médicos estrangeiros, para ocuparem as vagas remanescente; <ol style="list-style-type: none"> 1) Quatro semanas de treinamento realizado pelas universidades brasileiras, que abordam linguagem clínica, os protocolos assistenciais nacionais e o SUS; 2) Os médicos aprovados receberam um registro provisório para o exercício da medicina - Registro Único do Ministério da Saúde (RMS). Foi criado um visto especial para médicos participantes do PMMB denominado VICAM.

Fonte: Australian Government²⁷ United States Department of Homeland Security Security²⁸; American Medical Associations²⁹; Oliveira et al⁹; Brasil. Ministério da Saúde¹⁴

Como se pode perceber no Quadro 3 que trata sobre o tempo de permanência dos profissionais médicos que ingressarem nos programas temos nos três casos diferentes normas, no Brasil são 3 anos, prorrogáveis por igual período, Austrália de 10 anos.

Quadro 3: Tempo de permanência no território

Austrália	Brasil
<p>O participante inicialmente possui restrições para o exercício laboral, sendo supervisionado por outro médico e sua licença não permite o exercício irrestrito da profissão, devendo ser colocado em áreas nas quais o governo australiano considera de maior vulnerabilidade por um período de 10 anos.</p>	<p>O contrato assinado pelos participantes tem duração de três anos, podendo ser prorrogado por três anos adicionais.</p>

Fonte: Australian Government²⁷; Brasil. Ministério da Saúde¹⁴

Quadro 4: Cursos de aperfeiçoamento

Austrália	Brasil
Durante esse período são ofertados aos participantes a possibilidade de aprimoramento técnico por meio de ofertas educacionais e aulas para a realização dos exames de revalidação completa do diploma do participante no país.	Os médicos que participam do programa devem dedicar 32 horas de sua semana para atividades clínicas e 8 horas para os estudos teóricos, sendo posteriormente submetidos a avaliação. Todos os participantes recebem um computador tablete que é utilizado para acessar cursos à distância oferecidos pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Fonte: Australian Government²⁷; Crisp, N, Chen, L³⁰

Quadro 5: Benefícios financeiros

Austrália	Estados Unidos da América	Brasil
Variam de acordo com a região escolhida pelo candidato, sendo maiores para os locais nos quais existem há maior necessidade/ regiões mais remotas.	No NHSC estadunidense, o médico que tenha, no mínimo, um ano de trabalho em localidades com carência de médicos poderá requerer o abatimento ao mês de 1% do saldo devedor de dívida ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies).	A remuneração é a mesma para todos os participantes do PMMB, entretanto a ajuda de custo para instalação é maior para os participantes que se deslocarem para zonas mais remotas.

Fonte: Australian Government²⁷; Oliveira et al⁹

A partir desta análise comparativa percebe-se a busca por ações que assegurem a universalização do acesso a cobertura de saúde de forma qualificada e equânime, obviamente estas ações são desenvolvidas e “desenhadas” - colocadas no papel - levando em consideração os atravessamentos históricos e as mais diferentes variáveis descritas como prioritárias para cada país. Sendo assim, as ações desenvolvidas no Brasil hoje, com e a partir do Programa Mais Médicos, visam maximizar não apenas o acesso à um cuidado nas práticas em saúde de forma equânime para todos os brasileiros, mas fornece ferramentas, para o desenvolvimento de agentes que sejam protagonistas da atenção e das práticas dos direitos humanos, sejam eles usuários, profissionais de saúde ou gestores.

Algumas coisas....

No desenhar deste “lugar” poderemos descrever a vulnerabilidade como um determinante. A pobreza não é doença, mas as diferenças de acesso e consumo, associadas à pobreza em contextos em que as políticas públicas não têm capacidade de oferecer respostas adequadas é o que torna o contexto da pobreza determinante para condições adversas de saúde.³¹ Por isso se estabelece um importante enlace com o Programa Mais Médicos, no qual políticas públicas são realizadas em prol da consolidação de ações que fomentem a equidade de acesso e consumo, pois somente pode se realizar o ideal do ser humano livre, isento do temor e da miséria, se forem criadas condições que permitam a cada pessoa gozar dos seus direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos.³²

Propiciar ambientes de mudança faz parte da formação das políticas públicas, não sendo diferente com a atenção em saúde. Nesse sentido, podemos observar que a necessidade de melhorar o acesso aos serviços e cuidado em saúde passava por uma necessidade de melhor distribuir profissionais e serviços, em especial os médicos no âmbito da atenção básica, cujo déficit de profissionais diminuiu consideravelmente sua potencialidade de gerar cuidado e acesso universal aos usuários. Outros sistemas de saúde, independente de se proporem universais, compartilham ou compartilharam de similar situação quando a falta de profissionais médicos, acompanhado ainda de sua maior concentração em grandes centros urbanos, asseverando ainda mais a situação dos serviços em regiões afastadas desses centros, marcadas por diferentes vulnerabilidades.

Nesse sentido, as experiências exitosas nos mostram a necessidade de fomentar e incentivar mudanças por meio de políticas estatais. Mas muito diferente de realizar políticas intervencionistas de forma vertical, são ações que procuram repensar a própria lógica dos serviços, em especial médico, cuja formação cada vez mais voltada ao conhecimento específico em especialidades somente presente em grandes centros, cujo acesso é para um número cada vez menor de pessoas. São serviços necessários da forma. Assim, isso não significa que bastaria aumentar a oferta de cursos de formação para resolver o problema, pois é necessário repensar na formação profissional, não

olvidando das necessidades regionais, pois elas devem fazer parte do cuidado nas práticas em saúde.

Conforme ilustramos, o Brasil não foi o único a desenvolver essas ações, sendo que a experiência em outros países nos mostra a sua potencialidade modificadora não só para micropolítica do trabalho, mas também para o acesso ao cuidado. Trazer profissionais com outras experiências, além de ser uma política de curto prazo para resolver o problema da falta de profissionais em determinadas regiões vulneráveis, traz novos compartilhamentos à equipe de atenção, podendo gerar um incremento ou novas formas de cuidado. Por isso, vamos observar que estas políticas vão realizar pelo menos esses dois movimentos: a) fomentar a ida de profissionais médicos a regiões cuja sua presença é baixa, seja pela via da redistribuição seja pela própria vinda de profissionais estrangeiros; b) no fomento à formação profissional não exclusivamente especializada, mas atenta às desigualdades regionais, acompanhado de uma redistribuição da oferta de cursos médicos nas próprias regiões vulneráveis.

Assim, ações desenvolvidas no Brasil hoje, com e a partir do Programa Mais Médicos, vão ao encontro da tendência de medidas que visam maximizar não apenas o acesso a um cuidado nas práticas em saúde de forma equânime para todos os brasileiros, mas fornece ferramentas, para o desenvolvimento de agentes que sejam protagonistas da atenção e das práticas dos direitos humanos, sejam eles usuários, profissionais de saúde ou gestores.

Referências

¹. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006: 69-92.

². PNH, Política Nacional de Humanização. [201?] Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/glossary/term/117>>. Acesso em: 26 jun 2014.

3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis*, Rio de Janeiro, 14(1); 2004: 41-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acessado em: 18 jun 2014.
4. Habermas J. A Inclusão do outro: Estudos de teoria política. São Paulo: Loyola; 2002.
5. Ayres, JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: Modelos e Práticas Saúde e Sociedade, São Paulo, 18, suppl.2; 2009: 11-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010412902009000600003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 out 2011.
6. Ferla AA, Matos IB. Participação na Saúde: teorias e práticas revitalizadas nos trabalhos do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa na Saúde. *Saúde e Sociedade*. 21. São Paulo; 2012: 8-17.
7. Giovanella L. et al. Sistemas de Salud en Suramérica: desafios para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
8. Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro e Mattos (Orgs.). *Gestão em Redes*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS; 2006.
9. Oliveira et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Blog Interface: Comunicação, Saúde, Educação*; 2014. Disponível em <http://revistainterface.blogspot.com.br/2014/10/programa-mais-medicos-interface_17.html>. Acesso em: 28 nov 2014.
10. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Saúde. Brasília: IPEA; 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em: 17 jun 2015.
11. BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Mais Médicos. Brasília; 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>>. Acessado em: 08 out 2014.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (Brasil). Edital nº 50, de 16 de agosto de 2013. Adesão dos médicos ao Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial da União, Brasília*; 19 ago. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programa/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5955-documentos>>. Acesso em: 2 dez 2014.
13. BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Mais Médicos. Brasília; 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5953-como-funciona-o-programa>>. Acessado em: 08 out 2014.
14. BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Mais Médicos. Brasília; 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5954-invertimentos-em-infraestrutura>>. Acessado em: 08 out 2014.
15. Carvalho, MS, Souza, MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface*, 17 (47). Botucatu; 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012>. Acessado em: 02 dez 2014.
16. Wiese, M, Jolley, G, Baum, F, Freeman, T, Kidd, M. Australia's systems of primary healthcare – the need for improved coordination and implications for Medicare Locals. *Australian Family Physician*. 40 (12); December 2011.

17. Viscomi, M, Larkins, S, Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 18 (1); 2013: 13-23.
18. Australian Government Department of Health (Austrália). Review of the Australian Government Health Workforce Programs, de 24 mai 2013. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc~chapter-4-addressing-health-workforce-shortages-regional-rural-remote-australia~chapter-4-health-education-strategies-rural-distribution>>. Acesso em: 02 dez 2014.
19. Clarke, TR, Freedman, SB, Croft, AJ. Medical graduates becoming rural doctor: rural background versus extended rural placement. *Med J*, 199 (11); 2013: 779-782.
20. World Health Organization. Health System in Transition, United States of America: Health System Review, 15 (3); 2013. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf>. Acesso em: 02 dez 2014.
21. Lorin, J. Medical School at \$278,000 Means Even Bernanke Son Has Debt. *Revista Bloomberg*. [internet] 08 de Abril de 2013. Disponível em: <<http://www.bloomberg.com/news/2013-04-11/medical-school-at-278-000-means-even-bernanke-son-carries-debt.html>>. Acessado em: 02 dez 2014.
22. Kahn, MJ, Ronald, J, Markert, FA, Lopez, SS; Randall, H; Krane, K. Is Medical Student Choice of a Primary Care Residency Influenced by Debt? *MedGenMed*; 2006, 8(4):18.
23. Araújo E, Maeda A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries. In: Bank W, ed. Washington D.C., USA: World Bank; 2013.
24. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resource for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet*, 371; 2008: 668-674.
25. Wilson et al. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote áreas. *Rural Remote Health*, 9; 2009:1060.
26. Australian Government (Austrália). Department of Health; 2014. Work as a Doctor in AUSTRALIA. Disponível em <<http://www.doctorconnect.gov.au/internet/otd/publishing.nsf/Content/home>>. Acesso em: 02 dez 2014.
27. United States Department of Homeland Security Security (Estados Unidos da America). Citizenship and Immigration Services. Conrad 30 Program; 2014. Disponível em: <<http://www.uscis.gov/working-united-states/students-and-exchange-visitors/conrad-30-waiver-program>>. Acessado em: 02 dez 2014.
28. American Medical Associations, IMGs in the U.S. Physician Workforce Discussion Paper; 2009. Disponível em: <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/member-groups-sections/international-medical-graduates/imgs-in-united-states.page?>>. Acessado em: 2 dez 2014
29. Crisp N, Chen L. Global Supply of Health Professionals, *N Engl J Med*, 370; 2013: 950-957.
30. Krieger N. Glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*, 5; 2001: 693-700.
31. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos; 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em 10 jul 2013.