

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ANA LUIZA DOS SANTOS GUIM

PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE INTERVENÇÃO NA PROVISÃO E
DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

BELO HORIZONTE

2016

ANA LUIZA DOS SANTOS GUIM

PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE INTERVENÇÃO NA PROVISÃO E
DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Gestão
Pública da UFMG como requisito
parcial para obtenção do título de
Bacharel em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Ângelo
Machado

Belo Horizonte

2016

ANA LUIZA DOS SANTOS GUIM

**PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE INTERVENÇÃO NA PROVISÃO E
DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Gestão Pública
da UFMG como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Gestão
Pública.

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Ângelo Machado
Departamento de Ciência Política da UFMG

Prof. Dra. Eleonora Schettini Martins Cunha
Departamento de Ciência Política da UFMG

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e irmão, pelo amor, incentivo e por estarem sempre presentes.

Agradeço à UFMG, que me proporcionou oportunidades infinitas, além de grande aprendizado e crescimento acadêmico, profissional e pessoal. Definitivamente finalizo a graduação como uma pessoa muito diferente da que iniciou.

Agradeço ao meu professor-orientador José Angelo Machado, pelo apoio, desde 2013, em vários momentos do curso de graduação, tanto na iniciação científica quanto no intercâmbio acadêmico, e agora no trabalho de conclusão de curso.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso busca identificar quais foram as principais intervenções do Estado brasileiro sobre os problemas da insuficiência e má distribuição de médicos e quais foram seus resultados, de acordo com a literatura que trata do tema. Foram estudados sete programas, dentre eles: Projeto Rondon, PIASS, PISUS, PITS, FIES, PROVAB e Programa Mais Médicos. Esta questão se mostra especialmente relevante em vista da dependência que a realização igualitária do direito à saúde, consagrado constitucionalmente no Brasil, apresenta em relação à solução destes dois problemas.

Palavras-chave: saúde, programas governamentais, médicos.

ABSTRACT

This monography seeks to identify the main brazilian state interventions over the problems of insuficiency and bad distribution of doctors, and which were their results, according to the literature on the topic. Seven programs were studied, including: Rondon, PIASS, PISUS, PITS, FIES, PROVAB and Programa Mais Médicos. This question shows itself relevant specially due to the dependecy of the equality of the right to health, constitutionally enshrined in Brazil, it presents with regard to the solution of these two problems.

Key-words: health, government programs, doctors.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

CFM – Conselho Federal de Medicina

CRM – Conselho Regional de Medicina

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIES - Fundo de Financiamento Estudantil

MST – Movimento Sem Terra

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PISUS - Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde

PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMM - Programa Mais Médicos

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil (1º Eixo/Provimento Emergencial)

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

SIGPROVAB – Sistema de Informações Gerenciais do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões.....	p.13
Tabela 1 - Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2013.....	p.14

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. PROJETO RONDON.....	16
2. PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO NO NORDESTE	21
3. PRIMEIROS PROGRAMAS DA ERA SUS	24
3.2. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.....	25
3.3. FIES e PROVAB	29
4. PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	33
4.1 A percepção contemporânea ao PMM.....	40
CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso busca identificar quais foram as principais intervenções do Estado brasileiro sobre os problemas da insuficiência e má distribuição de médicos e quais foram seus resultados, de acordo com a literatura que trata do tema. Esta questão se mostra especialmente relevante em vista da dependência que a realização igualitária do direito à saúde, consagrado constitucionalmente no Brasil, apresenta em relação à solução destes dois problemas.

Proença de Oliveira et al (2015) apontam para as mudanças mundiais nos sistemas de saúde, devido à fatores demográficos, epidemiológicos e econômicos. Nesse contexto, países buscam a universalização da cobertura de saúde e o fortalecimento e adequação dos sistemas às necessidades da população, tendo a distribuição desigual dos profissionais médicos como um dos fatores limitantes ao alcance deste objetivo. Citando estudo recente da Organization for Economic Cooperation and Development (OCDE), os autores destacam que mesmo com o aumento do número total de profissionais médicos disponíveis nas sociedades, ainda se concentra a força de trabalho em capitais e se observa escassez nas zonas rurais. Não obstante, reconhecem o Sistema Único de Saúde como fundamental para o acesso à saúde da população brasileira e reconhecem também a importância da priorização da Atenção Básica, tida como a porta preferencial de atendimento do SUS. No entanto, apontam para a dificuldade de acesso a serviços de saúde resolutivos por parte da população brasileira que vive em comunidades desassistidas e vulneráveis.

A escassez de profissionais do setor saúde, notoriamente médicos, está muito ligada ao exercício prático da Medicina com o mercado, em que há uma tendência de atração dessa força profissional em localidades onde o retorno financeiro é maior, onde o acesso à procedimentos de alta tecnologia é maior, ou é próximo dos grandes centros. Com isso, desequilíbrios e assimetrias são criados, e o mercado não consegue corrigir os mesmos por si só, entrando aqui a figura intervencionista do Estado. Além disso, é importante considerar a dificuldade do Estado brasileiro em intervir nas questões que afetam a classe médica, uma vez que desde o início do século XX, conforme

demonstrado por Neto (2006, p.44), a elite médica brasileira “apresentava argumentos ideológicos sobre os limites e as potencialidades da ação estatal, visando preservar sua atuação profissional médica em moldes liberais”.

Como o problema da fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades não é um caso restrito ao nosso país (CAMPOS, MACHADO e GIRARDI 2009), consideramos importante destacar algumas medidas utilizadas por países norte e latino-americanos, afim de reforçar a desmistificação de que a dificuldade brasileira em prover médicos suficientes para todas as regiões é fruto simplesmente da má-gestão administrativa e dos recursos de saúde, e de ilustrar como cada nação possui suas estratégias, de acordo com a sua realidade geográfica e social.

Campos, Machado e Girardi (*ibidem*) demonstram que o Canadá, país de vasta extensão territorial, assim como o Brasil, utiliza desde 1970, políticas de incentivo financeiro, recrutamento direto de médicos, provedores alternativos, criação de faculdades de medicina em localidades remotas (como a Universidade do Nordeste de Ontario) e a difusão da telemedicina, como meios para enfrentar o problema. Ainda, os autores também apontam o programa National Health Service Corps, nos Estados Unidos. Considerando-o como o “maior programa federal criado para lidar diretamente com o problema da má-distribuição de médicos no país” (*ibidem*, p. 20), o NHSC possui quatro diferentes vertentes: um programa de bolsas para estudantes da área de saúde que se comprometam, sob contrato, a prestar serviços em áreas carentes; um programa de refinanciamento de dívidas estudantis para os profissionais já formados; um programa de apoio financeiro a estados e comunidades e, finalmente, um programa de provisão de corpos de empregados federais vinculados ao Serviços de Saúde Pública dos Estados Unidos.

Mudando o espectro para os países latino-americanos, ressaltamos a tese de doutorado de Maciel Filho (2007), da qual extraímos os seguintes achados em relação às experiências internacionais em distribuição médica:

- 1) A Argentina e o caso da Patagônia: apesar da ampla oferta de médicos no país, foi necessária a intervenção na região da Patagônia, que registrava um alto coeficiente de mortalidade infantil. Ao governo da província de Neuquén, coube o papel de formar equipes profissionais e capacitar médicos recém-formados para prestar atenção primária, além de implantar programas de treinamento de profissionais em saúde

como auxiliares de enfermagem e agentes de saúde. Além disso, como parte das ações do Plano, foi criada em Neuquén, a primeira residência médica em Medicina Geral do país. Dessa situação, todos os médicos rurais ganham o status de médicos generalistas, e a Medicina Geral consolida-se como especialidade no país, “tendo alto reconhecimento e prestígio, já que o Estado oferece a esses especialistas uma carreira dentro do sistema de saúde e o setor privado [...]” (*ibidem*, p. 72).

2) A Colômbia e o serviço social obrigatório: o país passa, nos anos 70, por um processo de reforma acadêmica e curricular que se orientou para um modelo de medicina comunitária, e o serviço social obrigatório ou mais conhecido como “ano rural” é condição para que os estudantes possam obter o certificado de registro profissional. Os estudantes tomam a experiência como uma oportunidade de aprendizagem, e segundo Maciel Filho (*ibidem*), a oferta supera a demanda.

3) República Dominicana e a grade curricular “social” do médico: desde os anos 70, a República Dominicana demanda que os currículos dos cursos de Medicina envolvam disciplinas de sociologia médica e antropologia social, afim de fortalecer os serviços da rede pública. A partir do início da graduação, os estudantes trabalham em áreas desassistidas, com a supervisão dos docentes das universidades.

Vários outros países latino-americanos também instituíram o serviço social obrigatório como condição para o exercício profissional da Medicina, como o México, o Peru, a Costa Rica e o Equador. (MACIEL FILHO, *ibidem*)

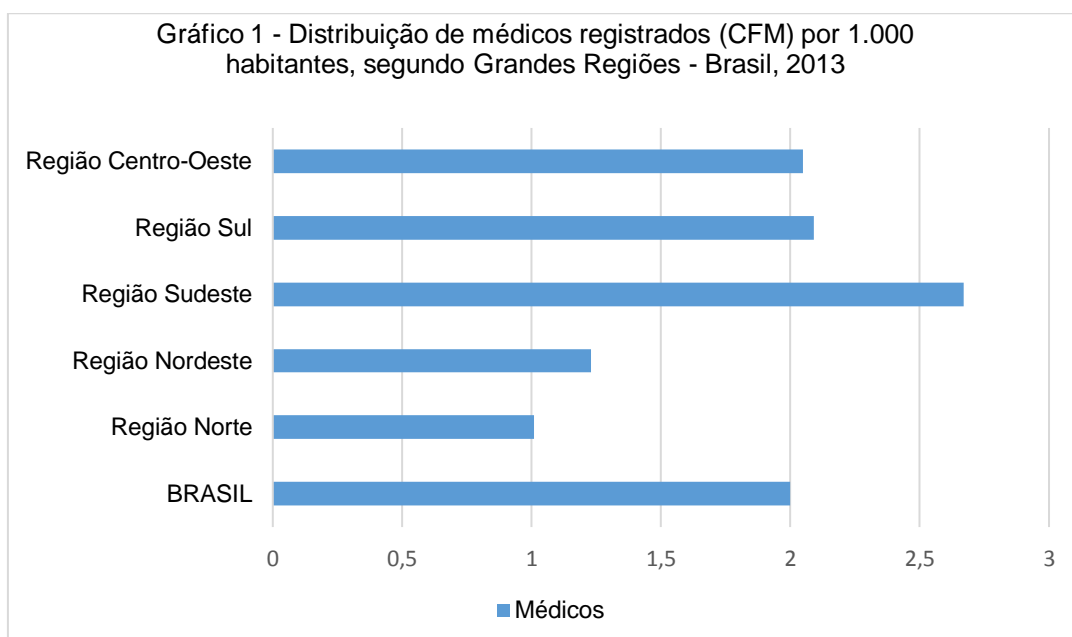
O Estado brasileiro, partindo da perspectiva de um Estado do Bem-Estar Social, em que este é responsável pela “interferência pública sobre a estrutura de oportunidades de acesso a bens e serviços públicos e privados e” e “na regulação de produção de bens e serviços sociais privados” (DRAIBE, 1993, p.19), vem desde o ano de 1968, criando políticas de intervenção para o problema de provisão e distribuição dos médicos no país. No entanto, é só a partir do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, que o Estado brasileiro, a partir da obrigação constitucional, atua mais fortemente para diminuir as desigualdades no acesso à saúde.

Paiva e Teixeira (2014) destacam que movimento sanitário nos anos 70 e 80 foi formatado tanto pelo movimento popular pela saúde, proveniente de “grupos apoiados pela Igreja Católica, quanto pela militância de esquerda, em bairros pobres de periferias das grandes cidades” (*ibidem*, p. 23), os quais demandavam controle social

dos serviços de saúde, melhorias na qualidade da medicina e conquista do direito à saúde. O movimento de médicos, que surge a partir de “críticas ao sistema de saúde vigente e lutas da categoria por direitos trabalhistas” (*ibidem*, p. 23), foi imprescindível neste processo de discussão sobre a ampliação da reforma da saúde no Brasil, à época marcada pela divisão entre saúde previdenciária e saúde comunitária. Para os autores, “a reforma, quase de forma mítica, seria o divisor de águas que, pela sua força, engendraria novo capítulo na história das políticas sociais no país” (*ibidem*, p. 30).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, tornou-se o ponto de referência para a consolidação da reforma sanitária, culminando no capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988, que garantiu as bases mínimas para a reforma, através dos princípios e diretrizes. A partir desse momento, o direito à saúde foi garantido pelo Estado, de maneira universal, igualitária e integral. (LEVCOVITZ et al, 2003)

No entanto, ao colocar a descentralização como fator principal na gestão de saúde do SUS, o Município passou a ser o principal responsável em prover atendimento médico à população. Na medida em que as cidades possuem características econômicas e sociais muito distintas, terminou por se reforçar as desigualdades regionais, principalmente com o fato da presença e fixação do médico se dar de maneira discrepante no que toca às grandes cidades e às localidades mais remotas, como demonstrado no gráfico e tabela a seguir.



Fonte: CFM, Pesquisa Demográfica Médica no Brasil, 2013.

Tabela 1 – Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2013

UNIDADE	Médico (CFM)*	População**	Razão***
Distrito Federal	10.826	2.648.532	4,09
Rio de Janeiro	58.782	16.231.365	3,62
São Paulo	110.473	41.901.219	2,64
Rio Grande do Sul	25.541	10.770.603	2,37
Espírito Santo	7.780	3.578.067	2,17
Minas Gerais	40.425	19.855.332	2,04
Santa Catarina	12.497	6.316.906	1,98
Paraná	19.813	10.577.755	1,87
Goiás	10.651	6.154.996	1,73
Mato Grosso do Sul	4.238	2.505.088	1,69
Pernambuco	13.994	8.931.028	1,57
Rio Grande do Norte	4.604	3.228.198	1,43
Sergipe	3.013	2.118.867	1,42
Paraíba	5.259	3.815.171	1,38
Roraima	646	469.524	1,38
Tocantins	1.928	1.417.694	1,36
Mato Grosso	3.919	3.115.336	1,26
Bahia	17.741	14.175.341	1,25
Alagoas	3.921	3.165.472	1,24
Rondônia	1.897	1.590.011	1,19
Ceará	9.953	8.606.005	1,16
Amazonas	4.016	3.590.985	1,12
Acre	819	758.786	1,08
Piauí	3.297	3.140.213	1,05
Amapá	667	698.602	0,95
Pará	6.565	7.792.561	0,84
Maranhão	4.750	6.714.314	0,71

*Médicos registrados no Conselho Federal de Medicina: endereço informado ao CRM (CFM, 2012);

**População geral (IBGE, 2010);

***Razão médico registrado/1.000 habitantes.

Fonte: CFM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2013. p.37.

O Brasil possui hoje, em média, cerca de dois médicos para cada mil habitantes, de acordo com estudo do Conselho Federal de Medicina (2013). No entanto, quando se compara a situação brasileira com outros países que também possuem sistemas de saúde organizados, gratuitos e universais, e que também tem a Atenção Básica como prioridade, a relação médico por mil habitantes é inferior aos demais, como nos casos da Inglaterra (2,7/mil habitantes), Portugal (3,87/mil habitantes), Espanha (3,96/mil habitantes) e Argentina (3,2/mil habitantes) (Carvalho, 2013).

Ainda, Girardi (2012) apud Carvalho (2013) demonstra que dos anos 1998/1999 a 2009/2010, a quantidade de formandos dos cursos de Medicina é no mínimo duas vezes inferior à quantidade de postos de trabalho disponíveis.

Portanto, constata-se aqui dois problemas fundamentais para a pergunta de pesquisa do presente trabalho: a insuficiência de médicos e a má distribuição regional dos mesmos. Diante deles é que nos indagamos quais foram as principais políticas desenvolvidas pelo Estado brasileiro e quais foram seus resultados no enfrentamento de ambos.

Nesse contexto, haja vista que é de conhecimento amplo, por parte da literatura, a dificuldade dos sistemas de saúde nacionais em prover de maneira igualitária a oferta de médicos nos municípios e regiões, o presente trabalho tem o objetivo de compilar diversas perspectivas no que diz respeito aos efeitos, impactos e críticas aos principais programas de saúde no Brasil que visaram uma melhor provisão e distribuição de médicos, ampliando o debate da gestão pública no âmbito da saúde.

Por fins de pesquisa, apresentarei as políticas de maneira cronológica, iniciando com o período anterior ao regime democrático brasileiro, marcado pelo Projeto Rondon, e pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Em seguida, apresento os programas que vieram após a constitucionalização e advento do Sistema Único de Saúde (SUS), com o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) e, finalmente, o Programa Mais Médicos (PMM). Todos os programas anteriores ao último tiveram um caráter tímido, principalmente devido à dificuldade de interferir na regulação médica brasileira, visto o contexto social em que a profissão se desenvolveu, por isso, sobressai do espectro

o Programa Mais Médicos como aquele que produziu maior impacto, não apenas na distribuição e fixação dos profissionais como na equalização das oportunidades de acesso à atenção primária em saúde no país.

1. PROJETO RONDON

O Projeto Rondon surgiu a partir da idealização de um professor da antiga Universidade do Estado da Guanabara, hoje Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em 1966. De acordo com Edlander Santos (2011, p.25), o professor tinha o objetivo de “levar a juventude universitária a conhecer a realidade deste país continental, multicultural e multirracial, e especialmente, de proporcionar aos estudantes universitários a oportunidade de contribuir para o desenvolvimento social e econômico do País”.

Funcionando como “estágios acadêmicos” durante os períodos de férias escolares, o Projeto Rondon teve sua primeira experiência em 1967, quando trinta universitários das universidades Universidade do Estado da Guanabara (UEG), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ) seguiram para Rondônia. Os eixos do Projeto estavam limitados a quatro: "Conhecimento da Realidade Nacional", "Integração Nacional", "Desenvolvimento" e "Interiorização". A integração foi especificada pelo Ministério da Cultura, à época, como “integração geográfica, social e econômica. Integração também de pensamento, de atitudes, de classes e gerações. Integração no plano material e ideológico para o trabalho comum de construção de um novo Brasil.” (Ministério da Educação e Cultura, 1972: 5 apud Maciel Filho, *ibidem*, p.93)

O lema “Integrar para não entregar” vem de uma perspectiva militarista, característica do contexto histórico da época, na qual o Brasil passava por dificuldades no que se refere a apropriação de território nacional por outras nações fronteiriças.

É instituído em 1968, através do Decreto nº 62.297:

Art. 1º. Fica instituído em caráter permanente, um Grupo de Trabalho, denominado "Projeto Rondon" com sede na cidade do Rio de Janeiro, diretamente subordinado ao Ministério do Interior, com a finalidade de promover estágios de serviço para estudantes universitários, objetivando conduzir a juventude a participar do processo de integração nacional. (BRASIL, Decreto nº 62.297, 28 de junho de 1968)

Em novembro de 1970, o governo militar brasileiro, através do decreto 67.505, deu autonomia administrativa e financeira (através do Fundo do Projeto Rondon) ao Grupo de Trabalho Projeto Rondon.

Ainda, com a promulgação da Lei nº 6.310, em 1975, o mesmo foi elevado à condição de Fundação, com orçamento e patrimônio próprio. A lei colocou objetivos do Projeto Rondon para o desenvolvimento e integração nacional, para o mercado de trabalho e mão de obra e para pesquisa e preparação de recursos humanos, sendo eles:

[...] II - no campo do mercado de trabalho e mão-de-obra:
 a) promover, com os estágios de universitários, o conhecimento das condições do interior do país, abrindo perspectivas para a interiorização e fixação de técnicos de nível superior nas áreas em que atuarem;
 b) desenvolver, junto às populações carentes, o treinamento especializado de nível médio, incentivando o mercado de trabalho e o aprimoramento da mão-de-obra qualificada;
 c) promover, juntamente com os órgãos especializados, a abertura de novos mercados de trabalho [...] (BRASIL, Lei nº6.310, 15 de dezembro de 1975)

Quando as universidades assumiram um papel maior no que se refere às atividades propostas pelo Projeto Rondon, através dos “Campus Avançados”, houve uma expansão do programa, revelando assim a importância das instituições para o sucesso da iniciativa. Os Campus Avançados eram considerados extensões das universidades e eram envoltos por uma lógica educacional de propiciar aprendizado indireto, objetivando a interiorização, não só do ensino universitário, mas também de tecnologias e para fazer fruir polos desenvolvimentistas. As locações dos campus avançados estavam condicionadas à comunidades vulneráveis e, no início, esses polos estavam encarregados de atrair estudantes para o desenvolvimento de suas habilidades, mas foram se tornando polos de irradiação de saberes. (Rodrigues apud Maciel Filho, *ibidem*). “O “Campus Avançado” procurava conjugar as iniciativas governamentais e privadas no que realizavam em áreas prioritárias.” (Rodrigues,s.d. apud Maciel Filho, *ibidem*, p.95).

De acordo com Maciel Filho (*ibidem*), por uma congruência das Operações Nacionais por parte do governo militar brasileiro e dada a maior protagonização das universidades no Projeto Rondon, programas de interiorização foram incentivados

afim de fixar indivíduos nas regiões vulneráveis por mais tempo do que os estágios acadêmicos.

Baseados em incentivos para a interiorização de profissionais de nível superior, esses programas eram destinados tanto aos profissionais liberais, quanto aos servidores públicos que desejassem atuar junto às prefeituras e aos órgãos da administração estadual e federal existentes na região. Essa atuação se dava mediante um vínculo salarial com o Projeto Rondon, por um período máximo de 12 meses. (Maciel Filho, 2007, p. 96)

Os incentivos propostos a esses indivíduos incluíam não só o vínculo salarial, mas também créditos especiais àqueles que desejassem permanecer por mais tempo, como crédito à residência particular, crédito à equipamentos de consultório ou escritório e créditos para quaisquer atividades econômicas privadas. (Rodrigues, s.d. apud Maciel Filho, *ibidem*). Na medida em que esses programas de interiorização se deram de maneira contínua ao Projeto Rondon, Maciel Filho (*ibidem*, p. 97) destaca alguns pontos mencionados no Seminário que comemorava 10 anos do programa, principalmente por parte do Conselho Federal de Educação:

A questão da interiorização do profissional não é, pois, apenas do Projeto Rondon, mas também do Conselho Federal de Educação, procurando, além da elevação do nível cultural das regiões interioranas, assegurar trabalho aos profissionais de nível superior e assistência às populações necessitadas. (Conselho Federal de Educação, 1979: 35 apud Maciel Filho, 2007, p.97).

Ressalta-se aqui o já reconhecimento do governo brasileiro em assumir um papel de provedor e incentivador de políticas no âmbito educacional para adequação dos currículos das profissões às necessidades de regiões menos desenvolvidas.

No mesmo evento, Maciel Filho (*ibidem*, p. 98) destaca que foi proposto o acoplamento, junto à legislação militar, da substituição da prestação de serviços às Forças Armadas por um Serviço Civil Social, após a formatura dos universitários, às comunidades interioranas. Ainda:

outras propostas foram sugeridas no evento: (1) vincular a fixação e a interiorização do profissional oriundo do ensino universitário público e gratuito a um determinado número de anos de prestação de serviços; (2) criar incentivos para estimular empreendimentos em diversos setores da economia, nas áreas mais carentes e desfavorecidas; (3) instituir o Serviço

Cívico Social, de caráter voluntário, mediante estímulos e benefícios, como isenções de serviços e oferta de facilidades em termos de futuro profissional (Conselho Federal de Educação, 1979 apud Maciel Filho, 2007, p. 98)

Ao fim do regime ditatorial brasileiro, em 1984 até o início do processo de redemocratização, o Projeto Rondon perdeu sua força, sendo extinto definitivamente em 1989. Na avaliação de Rodrigues (s.d.) apud Maciel Filho (*ibidem*), a extinção do Projeto se remeteu não somente à essa realidade, mas também a desvio dos recursos financeiros do projeto para outros fins, desvirtuamento de finalidades e utilização indevida de suas estruturas. O autor também reflete que há de se considerar como fator importante na extinção do programa o conluio político na distribuição dos cargos referentes ao Projeto Rondon, sendo passível de manipulação eleitoral: “Cresceram os "apetites políticos" e o Rondon "era um prato cheio".... Inclusive pelos dividendos políticos que o próprio cargo de Presidente da Fundação oferecia” (Rodrigues, s.d.; s.p. apud Maciel Filho, *ibidem*, p.98).

Ainda, o mesmo autor destaca que as duas principais críticas ao projeto se baseavam na ideia de que era um movimento arquitetado pelos governos militares para anestesiarem a juventude universitária em um contexto histórico extremamente autoritário. Já as críticas do ponto de vista técnico estavam ligadas ao tempo de permanência dos estudantes e de seu caráter voluntário, o que desfavorecia a continuidade dos universitários. Para o autor, o programa foi extinto de maneira irresponsável, havendo abandono completo das instalações dos vinte e três campus avançados, sem avaliar as ações e resultados obtidos, premeditado por uma “ânsia revisionista” de eliminar qualquer medida classificada como “entulho do autoritarismo”.

Na visão dos autores Amorim, Gonçalves e Penna (2011), o impacto nos municípios que receberam as atividades do projeto Rondon foi de grande valia, principalmente nas áreas de educação, saúde – onde a presença do estágio médico era saliente - e assistência social. Além disso, as universidades, professores e alunos envolvidos também foram beneficiados na medida em que viveram e transformaram uma realidade que condiz com a falta de necessidades básicas ao indivíduo.

Durante seus 22 anos de existência, o Projeto Rondon contemplou milhares de municípios – majoritariamente localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste – que receberam atendimentos e serviços nas áreas de saúde,

educação, agropecuária, engenharia, arquitetura e outras. Participaram do Projeto cerca de 350 mil universitários e 13 mil professores. Na área da saúde, foram realizados atendimentos médicos, vacinação, combate a endemias, pesquisas, planejamento, educação sanitária, enfermagem e odontologia (Ministério da Educação e Cultura, 1972; Rodrigues, s.d apud Maciel Filho, 2007, p. 98).

Deste modo, não tendo um desenho especificamente voltado para a fixação ou interiorização do trabalho médico nas regiões mais longínquas do interior brasileiro, o Projeto Rondon pode ser considerado como uma primeira intervenção do Estado que produziu impacto neste sentido. Apesar disso, a bibliografia que trate especificamente do componente médico e do impacto sobre a interiorização destes profissionais é praticamente inexistente.

2. PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO NO NORDESTE

A V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, trouxe como um de seus temas a extensão das ações de saúde às populações rurais, e “em seu relatório final, constou que 50% da população do país vivia em áreas rurais, com precárias condições de vida e pouco acesso às ações de saúde e saneamento” (Maciel Filho, *ibidem*, p.100). Esse diagnóstico, juntamente com o objetivo de cobertura total dos serviços de saúde, segundo o autor, deu respaldo para a criação do PIASS, em 1976, instituído através do Decreto nº78.307:

Art. 1º. Fica aprovado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, para o período de 1976-1979, com a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região. (BRASIL, Decreto nº 78.307, 24 de agosto de 1976)

Entre as diretrizes básicas do programa, estavam a disseminação de unidades de saúde do tipo miniposto e a desativação gradual de unidades itinerantes de saúde, a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente.

A VI Conferência Nacional de Saúde, com o tema de “Interiorização dos Serviços de Saúde”, estando diretamente associada e constituindo como um desenvolvimento do tema “extensão das ações de saúde às populações rurais”, da V Conferência, ressaltou que o Ministério da Saúde procurava enfatizar a necessidade de uma união de esforços para a expansão da cobertura dos serviços de saúde, e elaborar um programa de Sistema Nacional de Saúde direcionado para o atendimento prioritário das necessidades básicas, vindo daí o maior motivo para a instituição do PIASS (Conferência Nacional de Saúde, 6, 1977). A mesma conferência delimitou algumas premissas do programa:

O PIASS não é mais um programa de saúde a ser desenvolvido; é uma proposição metodológica de trabalho, para a implantação de uma estrutura

permanente de Saúde Pública, ao nível da população necessitada de bens e serviços básicos de saúde-saneamento. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1977, p.22)

Os objetivos imediatos do PIASS não são os de levar alguns serviços de saúde a populações que não os tinham. No plano material o objetivo imediato criar uma infra-estrutura de Saúde Pública e no plano técnico, é desenvolver uma nova mentalidade técnico-operacional, de prestação de serviços de saúde às populações. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1977, p.23)

É um programa de interiorização de uma rede básica de serviços de saúde e saneamento, tendo como área de implantação o Nordeste. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1977, p. 26)

A mesma conferência ressalta que o PIASS objetivava recrutar pessoal no nível auxiliar, diretamente das próprias comunidades desassistidas, enfatizando a prevenção de doenças endêmicas de caráter transmissivo.

Em 1979, o programa foi expandido para outras regiões como o Norte e o Centro-Oeste, além dos estados Espírito Santo e Mato Grosso (Lopes, 2013), resultando numa expansão de 1225% da rede ambulatorial pública. Foi uma consequência do objetivo do governo em cobrir todos os municípios brasileiros, implantando medidas descentralizadoras e regionalizadas administrativamente, com vistas à integração dos serviços. (Ribeiro, 2007)

Para Castro e Viana (1992) apud Pugin e Nascimento (1996), o PIASS resumia-se a um programa de interiorização de atendimento, tentando conjugar maior eficiência dos recursos de saúde e baixos custos. Os mesmos autores argumentam que a escassez dos recursos do programa custou ao mesmo a falta de um maior investimento na melhoria das ações de saúde, porém havendo ainda significativa ampliação da rede estrutural de saúde.

Pode-se dizer que a maior importância do PIASS foi a extensão da “cobertura médico-sanitária às localidades amparadas”, através da ampla construção de unidades de serviços de saúde, servindo também, em última análise, como “base ideológica para a implantação do SUS” (Lopes, 2013, p. 16).

Em Mendes (1994) apud Ribeiro (2007), considera-se o PIASS, ainda que de caráter regional, como o início do desenvolvimento de uma proposta para Atenção Primária no Brasil.

A atenção primária era uma concepção estreita de um programa, executado com recursos escassos dirigidos a populações marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidade de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária. (Mendes apud Ribeiro *ibidem*, p. 129)

Porém, Ribeiro (*ibidem*) ressalta que esse modelo de atenção, estava mais adequado como assistência primária e não atenção primária. Foi apoiada por ter sido “vista como a única possibilidade de levar assistência médico-sanitária e de baixo custo a todos que dela precisavam” (p.129). Sendo assim, Mendes (1994) apud Ribeiro (*ibidem*) destaca que, à realidade brasileira da época, prevalecia um “entendimento reducionista da atenção primária seletiva e de poucos recursos, especialmente através dos programas de medicina simplificada ou das estratégias de sobrevivência dos grupos de risco” (p. 130).

Para Carvalho (2013, p. 49), o PIASS “estava mais voltado para a atuação do nível médio e elementar. Surgiu na época da expansão do modelo previdenciário e foi muito criticado pelo fato de se remeter a uma visão de ‘medicina de pobre para pobre’”.

Deste modo, assim como no Projeto Rondon, não se tratava de uma intervenção especificamente destinada a impactar a distribuição regional dos médicos no país, mas desta vez tratava-se de um projeto que mirava na distribuição regional de recursos de saúde – vinculados ao primeiro nível de atenção aos pacientes – e que impactava mais diretamente sobre o mercado de trabalho médico. Se por um lado o projeto valorizava muito a estruturação, na equipe de saúde, de uma divisão técnica do trabalho que introduzia profissionais de nível médio e elementar qualificados para determinadas tarefas, a presença do médico passava a ser requerida nas unidades situadas nas áreas urbanas e, de forma mais restrita a alguns períodos semanais, de unidades rurais. Detendo bibliografia mais densa que a pertinente ao Projeto Rondon, aquela relativa ao PIASS também não conta com muitos trabalhos que avaliem especificamente o impacto sobre a carência e distribuição de médicos, talvez refletindo mais uma preocupação mais geral com a ampliação da cobertura das ações primárias em saúde no país.

3. PRIMEIROS PROGRAMAS DA ERA SUS

Neste capítulo apresentamos os programas gestados e implementados já sob a vigência do Sistema Único de Saúde. O Programa Mais Médicos será abordado em um capítulo à parte, dado seu impacto e a produção de estudos que tem despertado um peso maior na literatura que trata do tema.

3.1. Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde

De acordo com Maciel Filho (*ibidem*), o PISUS é proposto em novembro de 1993, estruturando-se em 4 subprogramas: Unidades de Pronto Atendimento; Interiorização do Médico, Interiorização do Enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde.

O objetivo do primeiro subprograma consistia no provimento de uma unidade de saúde para cada município receptor do programa. O segundo subprograma calcava-se na fixação de um médico para o município contemplado, com residência formalmente estabelecida no mesmo. Ainda, como já reconhecido pelo Ministério da Saúde, para lidar com a dificuldade na fixação de médicos em comunidades desassistidas propunha-se o pagamento por produtividade (número de consultas), pelo dobro da tabela do SUS à época. Já o terceiro e o quarto subprograma visavam a garantia da presença de enfermeiros e agentes comunitários de saúde, juntamente com os médicos, com propostas de no mínimo dez salários mínimos por produtividade aos enfermeiros, e de no mínimo um salário por ações dos agentes. (Maciel Filho, *ibidem*)

Aos municípios resguardava-se a responsabilidade de provimento de moradia aos médicos e enfermeiros, além do pessoal necessário para a manutenção da unidade de saúde e do transporte de pacientes. Aos estados, o monitoramento das ações municipais, e os materiais de consumo, como medicamentos, vacinas e equipamentos médico-hospitalares. (Maciel Filho, *ibidem*)

O programa é contextualizado numa nova realidade democrática brasileira, em que o direito universal à saúde faz parte dos princípios constitucionais, visando a minimização do problema da interiorização do médico, ao estabelecer a presença de

uma equipe, ainda que pequena, suportada com instalações mínimas e equipamentos essenciais. Ainda, defendia-se que, apenas com a presença do médico, se poderia garantir a interiorização de outros profissionais da área de saúde (Ministério da Saúde (1993) apud Maciel Filho, *ibidem*).

Na medida em que foi proposto no último ano do governo Itamar Franco, com as novas eleições presidenciais e a eleição de Fernando Henrique Cardoso, onze meses seguintes de sua anunciação, em 1994, o programa é extinto, se caracterizando, para Lopes (2013, p.17) como “mais uma experiência fracassada de prover médicos para atender as pessoas residentes em áreas inóspitas”. Portanto, diferente das duas intervenções analisadas nos capítulos anteriores, o PISUS não chegou a ser implementado, embora já contenha uma estratégia específica (pagamento por produtividade e acima da tabela SUS) e, ao mesmo tempo integrada a outros elementos da atenção à saúde (infraestrutura e outros profissionais), para a fixação do profissional médico.

3.2. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

O PITS veio com a proposta de “impulsionar a interiorização da força de trabalho de profissionais para intervirem na atenção básica apoiando e fortalecendo a estratégia Saúde da Família” (Marques, 2005, p. 22). Por Estratégia Saúde da Família, entendia-se a “reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde” (Lopes, 2013, p 20.). Além de seguir a estratégia do Programa Saúde da Família, a composição das equipes também era a mesma (um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a cinco agentes comunitários de saúde).

Trata-se, portanto, de uma intervenção objetiva que visa garantir resultados a curto e médio prazo. O caráter transitório de suas ações e a indução para que os municípios se organizem utilizando a estratégia do PSF configura o modelo e as características essenciais do programa (Brasil, 2001e apud Marques, *ibidem*, p.22).

A instituição do PITS se deu através do Decreto nº3.745, de 2001, e sua regulamentação através da Portaria nº227/GM, também de 2001.

Art. 1º Fica instituído o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, com o objetivo de incentivar a alocação de profissionais de saúde, de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médico-sanitários.

Art. 2º Constituem objetivos do Programa:

I - ampliar a cobertura das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS);

II - impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde no País;

III - fortalecer o Programa de Saúde da Família; e

V - estimular a fixação de médicos e enfermeiros, em municípios carentes de assistência à saúde, na forma de treinamento em serviço.

Art. 3º O Ministério da Saúde é o responsável pela coordenação das atividades e pela execução do Programa ora instituído.

Art. 4º As atividades constitutivas do Programa serão desenvolvidas em parceria, mediante convênio, com os Estados e Municípios das Unidades da Federação em que o Programa for implantado.

[...]

Art. 6º Constituem diretrizes básicas do Programa:

I - conferir prioridade às necessidades de saúde das regiões desprovidas ou carentes de serviços e de profissionais de saúde, especialmente de médicos e enfermeiros;

II - apoiar a organização da atenção à saúde, em especial os cuidados básicos, valendo-se, para tanto, dos princípios e estratégias do Programa de Saúde da Família;

III - conceder incentivos aos profissionais que o integrarem;

IV - assegurar orientação, supervisão e educação permanente aos profissionais que o integrarem, mediante articulação com o Ministério da Educação e com instituições de ensino superior; e

V - contribuir na organização de sistemas de referência e contra-referência para pacientes que requeiram assistência especializada ou hospitalização. (BRASIL, Decreto nº3.745, 5 de fevereiro de 2001)

Por benefícios e incentivos aos profissionais, incluíam-se curso introdutório para a participação no programa, tutoria e supervisão continuada, curso de especialização em saúde da família, certificado de participação e bolsa mensal para os profissionais médicos. A moradia, alimentação, transporte, e disponibilidade estrutural das unidades básicas de saúde eram de contrapartida dos municípios. O vínculo empregatício era de doze meses, podendo ser renovado por mais doze. Para serem contemplados com o programa, os municípios deveriam ter até cinquenta mil habitantes, ausência do PSF, o máximo de uma consulta médica por ano por habitante, taxa de mortalidade infantil superior a oitenta por mil nascidos vivos, além

daqueles prioritários ao controle da malária, hanseníase e tuberculose (Brasil apud Lopes, *ibidem*, p.18).

No primeiro ano de implantação do PITS, 151 municípios foram contemplados, sendo a população coberta, segundo dados do Ministério da Saúde, de 1.536.827 habitantes, ainda que aponte para uma sobre contagem. Isto pode ter se dado, visto que a população dos municípios que tinham equipes incompletas ou não foram escolhidos pelos profissionais lotados (principalmente na região Norte), não foi subtraída da inicialmente estimada a partir dos municípios contemplados. O ano de 2002 foi marcado por novos dispositivos de regulação que visavam adequar e ajustar o programa, entre eles: mudar o recorte de municípios para até vinte mil habitantes, e não mais 50 mil; e dispensar a região Norte do critério de não possuir o PSF. O número de municípios com vagas era, então, de 216, mas apenas 122 municípios mantiveram profissionais lotados. A coordenação nacional do programa realizou uma pesquisa com profissionais e prefeitos aderentes ao PITS, sobre o interesse dos mesmos em continuar no programa. Apesar da resposta positiva daqueles que participaram, foi notada que a quase totalidade dos profissionais que responderam era, na verdade, composta de enfermeiros (Maciel Filho, *ibidem*).

Em 2003, o novo Ministério da Saúde, (dado as eleições presidenciais de 2002), reavaliou o PITS e decidiu pela sua reformulação, abrindo menos vagas no processo seletivo e estimulando, com acréscimo de 10% na bolsa remuneratória, além da permanência dos profissionais lotados em 2002 e 2001. No entanto o programa foi extinto em 2004, pois os poucos profissionais que mantinha nos municípios acabaram por retornar de maneira progressiva às suas cidades originárias:

A cada ano foi diminuindo o número de médicos que se interessaram em participar do Programa. Se no primeiro ano o PITS conseguiu despertar o interesse de 2.284 médicos, em 2002 esse número caiu para 1.716 e em 2003 foi de apenas 666, revelando que o Programa foi se tornando cada vez menos atrativo para os médicos. (Maciel Filho, *ibidem*, p.128)

Realidade também notada por Lopes (*ibidem*, p.20), “observou-se um desinteresse dos médicos pelo PITS, permanecendo alta a procura pelos enfermeiros, porém sem a adesão dos médicos, muitas prefeituras desistiram do Programa.”

Para Maciel Filho (*ibidem*) o programa foi conduzido de maneira fragilizada, havendo problemas por parte da Coordenação Nacional no que se refere a tutoria, supervisão, as atividades de educação continuada, a conectividade e a farmácia básica, gerando insatisfação por parte dos profissionais.

É possível afirmar que o PITS não se sustentou como uma estratégia de interiorização muito mais em decorrência da verticalidade de sua gestão e da inserção politicamente restrita atribuída aos estados e municípios, do que em função das dificuldades enfrentadas de outras ordens. Mesmo porque, boa parte dessas dificuldades ocorreu exatamente por esse motivo (MACIEL FIHO, *ibidem* p. 206).

Porém, quando analisa a atuação do PITS do ponto de vista da sua repercussão para a população, um estudo quantitativo realizado por Moura, Lima e Braquehais (2005), e que verificou o impacto do programa para a população do pequeno município de Santo Alto no Ceará, apontou bons resultados sob a maior presença dos médicos no município. Destacam-se, destes: redução do nascimento de crianças com baixo peso; queda no número de óbitos em crianças com menos de um ano; redução de óbitos por doenças preveníveis, como diarreia e insuficiência renal aguda; aumento significativo de imunização e controle da desnutrição e redução da mortalidade infantil a valores bem abaixo das metas do Estado e do Ministério da Saúde, levando os autores a concluir que “as ações foram organizadas e efetivas e que o PITS, como era o objetivo do Ministério da Saúde, trouxe SAÚDE para o município de Santo Alto”. (*ibidem*, p.54)

Para Carvalho (*ibidem*, p.49), por outro lado, na medida em que pesquisas indicavam a rotatividade de profissionais do PSF, como estratégia para reforçar a fixação dos mesmos, o PITS “foi responsável pela ampliação do acesso e da cobertura assistencial de várias localidades carentes de atendimento à saúde”.

Sendo assim, ainda que programas de interiorização sejam bem-sucedidos, no que se refere ao acesso à saúde para os habitantes nos municípios localizados em regiões desassistidas, uma das grandes fragilidades dos mesmos é seu caráter provisório, o que pode ter como um dos seus efeitos mais negativos o quanto o encerramento de programas desse porte afetam diretamente o direito básico e constitucionalmente enraizado da saúde para as populações antes beneficiadas. De qualquer maneira, o

PITS significou um passo à frente do PISUS, ainda que a solução fosse fixar médicos por meio de um programa de qualificação profissional à distância, no qual individualmente cada médico participava na medida da sua inserção neste programa (que poderia variar entre um e dois anos, caso a bolsa fosse renovada). Não obstante, os incentivos para a participação dos profissionais não foram suficientes nem mesmo para que eles participassem temporariamente do programa, o que ainda deixava em suspenso o problema da carência e distribuição de médicos no país.

3.3. FIES e PROVAB

A partir de um diagnóstico do Ministério da Saúde, apresentado no Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade, realizado em abril de 2011, com a participação das três esferas gestoras do SUS, membros do Controle Social e entidades médicas nasceu uma nova iniciativa. Avaliou-se que “em síntese, tanto o SUS quanto a saúde suplementar expandiram mais ações e serviços e isso fez a demanda de médicos aumentar além da formação deles no País” (BRASIL, 2015, p. 37), e que, além dos usuários, “os gestores municipais e estaduais do SUS aumentaram a exigência e a pressão pela criação de políticas nacionais que pudessem ampliar a quantidade de médicos e dar mais racionalidade e equidade à distribuição deles no território” (BRASIL, 2015, p. 37). Diante deste quadro o governo tomava como prioridade, a ser enfrentada, “o déficit de provimento de profissionais para a população” (BRASIL, 2015, p.38)

As questões que nortearam o debate, e explicitavam a necessidade de políticas sobre o tema, residiam na situação do mercado de trabalho do setor saúde, em que: o número de postos de trabalho se mantinha sempre muito acima do número de graduandos em Medicina; a razão brasileira de médicos por mil habitantes era inferior ao de outros países americanos e europeus; e da conclusão de que haveria uma limitação na expansão dos serviços públicos de saúde, como a ESF, devido à falta de médicos (BRASIL, 2015).

As duas primeiras medidas a serem realizadas se valeram do FIES e do PROVAB.

O Fundo de Financiamento Estudantil é um programa do Ministério da Educação, criado em 1999 pelo governo Fernando Henrique Cardoso, e ampliado no governo de Luis Inácio Lula Da Silva, em 2002. O programa visa financiar a graduação de alunos regularmente matriculados em cursos superiores não gratuitos. Os critérios para participação, atualmente, estão limitados a estudantes com renda familiar de até dois e meio salários mínimos, que ainda não tenham concluído curso superior e que tenham participado de alguma edição do Exame Nacional do Ensino Médio a partir de 2010, obtendo a nota média mínima nas provas de 450 pontos, e nota superior a zero na redação.

Em 2011, o governo de Dilma Rousseff regulamentou a Lei nº12.202, em que médicos formados com a ajuda do FIES, são permitidos, no que se refere às mensalidades, de “poderem abatê-la em função do tempo de atuação nas equipes da Estratégia de Saúde da Família nas áreas com maior necessidade de médicos apontadas pelo Ministério da Saúde”. (BRASIL, 2015, p. 38)

Para Lopes (*ibidem*, p.22), “essa alteração da legislação caracteriza nitidamente a intenção do governo brasileiro de incentivar o provimento e a fixação de médicos em áreas carentes”. No entanto, é importante ressaltar que a regulamentação do FIES é uma medida de incentivo que só alcança os médicos formados com os recursos do mesmo.

Ainda, com o objetivo fundamental de ampliar o acesso à Saúde à população carente, incentivando profissionais da saúde recém-formados a trabalhar em regiões marcadas pela escassez de médicos, o mesmo governo instituiu o PROVAB, também em 2011:

Disponibilizando profissionais de saúde para localidades do país marcadas pela pobreza, tais como periferias das grandes metrópoles, populações ribeirinhas, quilombolas, indígenas, além de áreas remotas da Amazônia legal e do semiárido nordestino... O PROVAB serve como degrau entre a graduação e a pós-graduação, aprimorando a formação profissional do recém-formado, que, além de conhecer de perto a realidade dos usuários do SUS, atuando junto com as comunidades de forma supervisionada, tem acesso ao curso de especialização em Atenção Básica, disponibilizado pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). (TUDO SOBRE PROVAB, s.d.)

Aos médicos participantes, oferecia-se uma bolsa no valor de dez mil reais, sendo o profissional obrigado a cumprir uma estipulada carga horária de atividades práticas semanais nas unidades de saúde e, também, outra carga horária estipulada para

atividades acadêmicas no curso de especialização em Atenção Básica. O principal diferencial dos incentivos do PROVAB encontra-se no acréscimo de 10% na pontuação dos profissionais em provas de residência médica, uma vez cumprida os critérios acima.

Os municípios foram distribuídos em cinco perfis diferentes, sendo eles: capital e região metropolitana; município maior que 100.000 habitantes; grupo intermediário (aquele que não se encaixasse em nenhum perfil); população rural e pobreza intermediária; população rural e pobreza elevada e populações quilombolas, indígenas e assentados rurais (CARVALHO, 2013).

O Ministério da Saúde (2015) julgou o PROVAB como uma iniciativa pioneira, na medida em que combinava a atuação na atenção básica e a formação supervisionada, ainda utilizando a experiência na Atenção Básica como uma forma de ingresso na residência médica escolhida pelo profissional.

Em termos de abrangência, diferentemente do Projeto Rondon e do PITS, o PROVAB 2012 permitiu com que os 5.565 municípios brasileiros pudessem concorrer a uma vaga, manifestando a sua adesão de acordo com cinco perfis articulam critérios como capital e região metropolitana, municípios beneficiados pelo FIES, população rural com extrema pobreza. Na primeira versão do programa, segundo dados do SIGPROVAB, foram inscritos 2.176 municípios. Deste total, foram selecionados novecentos e cinquenta municípios para receberem 4.671 profissionais de saúde” (CARVALHO e SOUSA, 2013, p.917)

Feuerwerker (2016) chama atenção para o possível impasse ao Sistema Único de Saúde, ao incentivar os profissionais médicos com a adição de 10% nas provas de residência:

O PROVAB é uma medida em prol do provimento de médicos, especialmente, para os locais mais distantes. A iniciativa é válida, pois há a necessidade dramática de estratégias para se interferir num mercado de trabalho superaquecido e atrair médicos para a saúde da família. Mas o processo não é de valorização da atenção básica, já que o principal atrativo para os jovens médicos é, exatamente, o acréscimo na nota nos concursos para residência (por meio dos quais ascendem às especialidades e se distanciam da atenção básica). (FEUERWERKER, *ibidem*, p.930)

Carvalho (2013) e Weiller e Schimith (2013) compartilham da mesma visão:

Algumas lideranças e universidades acreditam que esta estratégia compromete o mérito no ingresso das provas de residência e afirmam a incapacidade dos médicos mesmo depois de formados no exercício da Atenção Básica fazendo uma medicina de baixa qualidade. [...] (CARVALHO *ibidem*, p. 85)

O fato de o médico poder incorporar 10% nas provas de residências é um estímulo importante para adesão dos mesmos ao programa. Verifica-se, ainda que precocemente, que é pequena a opção por continuar sua formação na AB/Estratégia Saúde da Família, uma vez que o programa contribuiu para aprovação em programas de residência médica com enfoque nas especialidades. (WEILLER E SCHIMITI, *ibidem*, p.146)

Weiller e Schmidt (*ibidem*) acreditam que por outro lado, o PROVAB, ainda em vigência quando da realização deste trabalho, poderá configurar um mecanismo para sensibilizar os médicos, na medida em que estes conhecem a rede de atenção básica de saúde e, a partir desse conhecimento, contribuem de maneira favorável a construção da rede, pois suprem a necessidade visível dos municípios carentes.

Já Carvalho (*ibidem*) defendeu que o PROVAB muda o espectro da formação médica hospitalar e especialista, pois possibilita ao profissional, o exercício da Medicina na Atenção Básica. Ainda, de que apesar das dificuldades sofridas no processo de instituição do programa, o objetivo principal de levar médicos às populações desassistidas está sendo alcançado, juntamente com a integração ensino-serviço possível através da participação das universidades na supervisão e tutoria dos profissionais.

Deste modo, em que pese não termos encontrado trabalhos que apontem especificamente para o impacto do incentivo concedido para médicos formados pelo FIES para abatimento da sua dívida pela via do trabalho em áreas carentes, os avanços obtidos pelo PROVAB já são mais palpáveis. Não obstante, as críticas e ressalvas apontam para a grande dificuldade de vencer os fatores estruturais do mercado de trabalho médicos que respondem pela sua carência e má distribuição, entre os quais a adesão à especialização (via programas de residência médica) e seu ingresso em áreas com maior probabilidade de retorno econômico.

4. PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Para o Ministério da Saúde, o PROVAB e o FIES “tiveram efeito no provimento de médicos para a Atenção Básica, mas em quantidade inferior àquilo que o sistema demandava” (BRASIL, 2015, p. 39) e “não tiveram volume e abrangência necessários para enfrentar o problema a contento.” (BRASIL, 2015, p. 40)

O Programa Mais Médicos foi instituído em 2013, através da Medida Provisória nº 621, assinada pela então Presidente da República, Dilma Rousseff, tendo sido convertida na Lei nº 12.871, já em outubro do mesmo ano. Veio com a proposta do governo federal de tomar frente para “a tarefa de formular políticas públicas para enfrentar os desafios que vinham condicionando o desenvolvimento da Atenção Básica no País” (BRASIL, 2015, p. 15), e finalmente assumir “o desafio constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde ao planejar a formação de especialistas e acordo com a necessidade de cada região de saúde do País.” (BRASIL, 2015, p. 12)

O PMM possui três eixos de atuação, que funcionam simultaneamente: o primeiro diz respeito ao provimento emergencial de médicos nas regiões de escassez; o segundo, à educação, com a proposta de reestruturar a formação médica visando solucionar em caráter duradouro, o problema da falta de médicos; e o terceiro eixo diz respeito à infraestrutura, em que novas unidades básicas de saúde são construídas, e as já existentes são ampliadas e reformadas.

Os objetivos do programa são:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

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

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

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

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (BRASIL, Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013)

Ainda, o programa adota como estratégias para o alcance dos objetivos supracitados, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. (BRASIL, Lei nº 12.871, 22 de outubro de 2013)

Importantes eventos, anteriores ao Programa Mais Médicos, podem ter pressionado para a medida, entre eles a campanha “Cadê o médico?”, da Frente Nacional de Prefeitos, apresentada no início de 2013, no Encontro Nacional dos Prefeitos em Brasília. Ainda, a eclosão de diversas manifestações nas principais capitais e algumas cidades do interior brasileiras, em junho de 2013, demandavam melhores condições de serviços públicos, entre eles a saúde.

A campanha “Cadê o médico?” reivindicava providências, por parte do mais alto poder executivo, no que se refere à disposição de médicos nas regiões brasileiras. “Entre as propostas deste segmento, destacasse a flexibilização de regras para a entrada de médicos do exterior a fim de atuarem na atenção básica.” (Carvalho, *ibidem*, p.80) Já os movimentos de junho de 2013, a mesma autora aponta para a diferenciação destes frente a outros movimentos sociais ditos “convencionais”, como o MST, ou de movimentos arquitetados por partidos políticos. Os autores Pinto et al (2014) utilizaram o conceito de janela de oportunidades, ao avaliarem os efeitos que as ‘jornadas de junho’ apresentaram enquanto acontecimento exógeno que deu oportunidade ao surgimento do PMM para a mudança de uma política:

Para nós, está claro que o PMM trata de problema que há muito já havia sido formulado enquanto demanda, porém, não havia se transformado em questão social, objeto de ação efetiva do Estado. Talvez, por não reunir, até então, correlação de forças suficientemente capazes de superar o bloqueio da agenda efetuado por forças sociais conservadoras do *status quo*. (Pinto et al, 2014, p.107)

[...] Com tudo isso, entendemos que as jornadas de junho podem ser compreendidas como um momento que acelerou e favoreceu o debate público de uma política que vinha sendo gestada e amadurecida para responder a uma demanda e pressão crescentes. A emergência dessas reivindicações, que expressavam necessidades de grande parte da sociedade, conseguiu, no debate público, após iniciativa do governo, subordinar interesses específicos de grupos sociais em condição, até então, privilegiada na chamada ‘formação da opinião pública’. (Pinto et al, 2014, p. 108)

Pinto et al (*ibidem*) apontam para uma superação do PMM, frente a outros programas de interiorização e provisão de médicos no Brasil, quando o Ministério da Saúde retirou da responsabilidade do município a remuneração do profissional mais custoso da Estratégia Saúde da Família que, ao mesmo tempo, foi o de maior ganho para a população, alterando a maneira como é financiada a Atenção Básica, ao selecionar, distribuir e custear diretamente a bolsa dos profissionais.

No entanto, o PMM enfrentou muita resistência por parte da classe médica organizada, principalmente do Conselho Federal de Medicina. As principais críticas vieram pelo fato de o Governo Federal ter de contratar cerca de quatro mil médicos estrangeiros, principalmente de Cuba, via Convênio com Organização Pan-Americana de Saúde, para alcançar os objetivos do primeiro eixo do programa, o de provimento

emergencial. Consideramos ser importante, nos parágrafos seguintes, explanar como o processo do provimento emergencial se dá.

Primeiramente, é aberto um edital de convocação dos municípios, para que os mesmos possam aderir, voluntariamente ao programa. Ao município, faz-se necessário a assinatura de um Termo de Compromisso, que se refere à contrapartida assumida pelo mesmo diante do provimento do profissional por parte do MS, e que consiste em fornecer as condições básicas de funcionamento das UBS, alimentar os sistemas de informação previstos e a garantia, ao médico, de tempo hábil para o cumprimento das atividades educacionais, entre outros. Após a assinatura, o município deve solicitar determinado número de vagas, obedecendo as regras do programa ao ponderar as necessidades da população, a cobertura já disponível da AB no município e as composições de equipes e infraestrutura da UBS a receber os profissionais. Em seguida, o Ministério da Saúde toma conhecimento do número necessário de vagas e a distribuição das mesmas em território nacional. A partir daí, abre-se o edital de inscrição de médicos, em que a prioridade para o chamamento dos profissionais é elencada da seguinte forma:

1. médicos com registro no Brasil;
2. médicos brasileiros formados no exterior e sem diploma revalidado e, conseqüentemente, sem registro no CRM;
3. médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior, sem diploma revalidado e sem registro no CRM;
4. se ainda houver vagas depois destas três chamadas individuais, a Lei autoriza o Ministério da Saúde a fazer acordo de cooperação com organismo internacional com o objetivo de trazer médicos para atuação específica no Programa.

Como apontado por Alessio e Sousa (2015, p.58), em julho de 2013 foi publicado o primeiro edital convocando os médicos para o projeto, sendo que as 15.460 vagas demandadas não foram preenchidas por médicos brasileiros e, “como previsto na legislação, os médicos estrangeiros foram convocados para suprir esta necessidade”. As autoras também destacam a já sinalização, desde abril do mesmo ano, por parte da presidente Dilma quanto à esta possibilidade.

De acordo com Lopes (*ibidem*), a prática de convocar médicos estrangeiros em áreas com dificuldade de provimento não é novidade no cenário mundial. Ainda, o mesmo autor ressalta o fato de que o Brasil é um dos países que menos emprega médicos estrangeiros no mundo, com o índice remoto de 1,79%. Na Inglaterra, por exemplo, cerca de 37% dos médicos vieram do exterior, enquanto nos Estados Unidos, cerca de 25%. Já na Austrália, 22% dos médicos atuantes no sistema de saúde são estrangeiros, mas o valor passa para 40% quando se trata de localidades remotas. No Canadá, 24,3% dos médicos são estrangeiros, mas nas áreas em que há dificuldade de provimento o índice sobe para 66%.

Ao estudarem o processo de implantação do PMM, Alessio e Sousa (*ibidem*, p.56) afirmam que o mesmo foi “cercado de disputas judiciais e embates ideológicos advindas, de maneira mais contundente, dos médicos e suas entidades representativas”. Ainda, apontam que não é a primeira vez, em escala mundial, que as entidades médicas se manifestam contrárias a políticas que influem na regulação de sua força de trabalho:

Exemplos recentes das reações de entidades e médicos ocorreram na Venezuela à ocasião da implantação do “Misión Barrio Adentro” naquele país em 2003, programa semelhante ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Movimentos de depreciação do médico estrangeiro e negação de atendimento a encaminhamentos feito por estes à atenção secundária ou assistência farmacêutica aconteceram lá como acontecem aqui (Ros, da *et al.*, 2008; Martins, 2014; Resende, 2014 apud Alessio e Souza, 2015, p.67)

Ainda sobre as reações dos médicos no sentido de preservar seu mercado de trabalho da intervenção estatal, outras referências são importantes para dimensionar a reação ao PMM:

As ações mais contundentes contra o Programa pelas entidades médicas parecem ter sido os Mandados de Segurança (MS) pedindo suspensão imediata do PMM cerca de 10 dias do seu anúncio e as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) contra a MP nº 621/2013. Todas as ações questionam, especialmente no que tange o acesso ao profissional médico, a urgência e emergência da situação de saúde no país, necessárias para justificar a edição de uma medida provisória prevista na Constituição Federal do Brasil. A justificativa da urgência na suspensão do Programa, por outro lado, residiria no “dano irreparável ou de difícil reparação à saúde do povo

brasileiro” (AMB, CFM, 2013) quanto mais demorasse a decisão pela suspensão dos efeitos da MP nº621/2013. Os pedidos foram apreciados e indeferidos; um dos argumentos centrais usados em uma das negativas foi exatamente a urgência de medidas em favor da população desassistida: “Assim, o cenário indica, ao contrário do sugerido na inicial, a existência de periculum in mora inverso, ou seja, o perigo na demora de fato existe, porém milita em favor da população” (Brasil, Supremo Tribunal Federal, 2013). (ALESSIO e SOUZA, 2015, p.68)

A resistência ao PMM foi reconhecida pelo Ministério da Saúde nos seguintes termos:

É fato que, em um primeiro momento, houve resistência por parte de alguns setores da sociedade, principalmente em relação aos médicos estrangeiros. À medida que os resultados do programa na vida cotidiana das pessoas foram sentidos, foram sendo superadas as dúvidas e os questionamentos sobre a necessidade de Mais Médicos para a melhoria da assistência à população e para a expansão do atendimento na Atenção Básica, em todo o País. (BRASIL, 2015, p. 9)

A necessidade da contratação de médicos estrangeiros foi necessária até o quinto chamamento do programa. A partir do sexto, realizado no primeiro semestre de 2015, houve inscrição recorde de médicos brasileiros, registrados nos CRMs brasileiros, ou médicos brasileiros formados no exterior, não havendo mais a necessidade de chamamento internacional ou ampliação do convênio com a OPAS.

Para Schanaider (2014), a ampliação do número de médicos no PMM não resolverá a contento a alocação destes profissionais em municípios interioranos, uma vez que estes profissionais tenderão a buscar a iniciativa privada e os convênios, pois estas propostas de trabalho são mais compensadoras e permitem educação continuada e proximidade com grandes centros. Ainda, afirma que o PMM privilegia a quantidade e negligencia a qualidade do médico.

Outros autores tem um ponto de vista mais positivo em relação ao PMM:

Apesar da importância dos recursos humanos para o acesso à saúde e das políticas anteriores do governo brasileiro para enfrentar as desigualdades na distribuição de médicos e o fortalecimento da Atenção Básica, nenhuma teve a abrangência, a magnitude e a celeridade do Programa Mais Médicos, inclusive na sua preocupação com a necessidade de mudança da formação médica. [...] A potência do Mais Médicos, entre outras, relaciona-se a uma proposta de mudança que não tem medo de procurar novos caminhos, que dialoga com experiências nacionais e internacionais e com todos os sujeitos envolvidos na ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica e do SUS. (PROENÇO DE OLIVEIRA et al, *ibidem*, p.624; p.630)

Evidentemente o Programa Mais Médicos não está sendo entendido como uma estratégia de garantia imediata de direitos, à medida que são construídas e consolidadas políticas públicas efetivas e de longo prazo para recursos humanos em saúde. Entende-se que o que está fundamentalmente em confronto é o dever do estado de garantir acesso universal à assistência à saúde prevista na constituição (e a urgência exigida no atendimento desse direito) versus o entendimento equivocado que tal política tem a intencionalidade de intervir no exercício liberal da profissão, tal como ela é concebida no imaginário de atuação liberal-privatista, descrito por Ceccim et al. (2008) em artigo que 67 analisam os imaginários presentes na formação dos profissionais de saúde relativamente à regulação e ao exercício da profissão. (ALESSIO E SOUZA, *ibidem*, p.66)

Na medida em que o PMM atua em três diferentes eixos, simultaneamente, objetivando lidar com o problema de provisão, distribuição e formação do médico, bem como interferindo na infraestrutura das unidades de saúde do SUS, é evidente que os esforços empenhados foram de maior dimensão do que os outros programas, como ressaltado por Proença de Oliveira et al (*ibidem*):

Apesar dos programas [...] terem contribuído para atrair profissionais para áreas remotas, nenhum conseguiu fazê-lo na magnitude necessária para suprir a demanda dos municípios. Foi apenas por meio do PMMB que o recrutamento e a alocação de médicos teve a dimensão necessária para atender a demanda dos municípios. (PROENÇO DE OLIVEIRA et al, *ibidem* p.627)

Por fim, o Ministério da Educação também se envolveu na estratégia de forma complementar, elaborando um plano, por meio do PMM, para alcançar 2,7 mil profissionais da Medicina para cada mil habitantes em 2026, expandindo as vagas da graduação por critérios que proporcionam a descentralização da formação e a interiorização das universidades. Pela primeira vez no Brasil, o interior oferta mais vagas que as capitais, invertendo o paradigma de concentração das escolas médicas nos grandes centros. (BRASIL, 2015, p. 11)

Deste modo, não é difícil perceber que o PMM foi, até o momento, não apenas a medida que mais impacto produziu em termos de melhoria em termos de acesso à assistência destes profissionais para regiões menos assistidas, como foi o que criou as condições para mudanças mais duradouras, institucionalizando uma dinâmica de distribuição de profissionais pela via legal, no que se distingue de programas

anteriores. Além disso, mobilizou a opinião pública e despertou a reação da corporação médica, que viu ameaçado seu controle sobre o próprio mercado, bem como abriu oportunidade para projetos de longo prazo como o da ampliação de vagas em cursos de graduação em medicina.

4.1 A percepção contemporânea ao PMM

O PMM refletiu mudanças na própria forma de se perceber as possibilidades e limites de intervenção do Estado no mercado de trabalho médico. Nesta seção, trazemos algumas referências e reflexões mais recentes sobre o problema da distribuição de médicos, algumas impactadas pelo PMM e outras propondo estratégias divergentes.

Inicialmente, Ney e Rodrigues (2012), ainda antes do PMM, acreditavam haver uma carência de regulação no setor da Medicina, com rigidez no que se refere à autorização e controle do exercício profissional, criando monopólios sobre a prática. Haveria uma carência de políticas para controle de especialidades, distribuição e formação dos médicos, o que estaria contribuindo para a formação de muitos especialistas e poucos generalistas, o que influencia a distribuição de médicos recém-formados.

Já Proença et al (*ibidem*) sugerem que programas de governo que combinam diferentes incentivos aos profissionais possuem maior efetividade, ainda que haja poucas avaliações dos programas na literatura. Iniciativas que perduram por um prazo maior, como as modificações na graduação e residência médica, são congruentes com o fortalecimento do sistema de saúde, mas dependem da integração entre profissionais e processos definidores das competências gerais e específicas para a produção da saúde e integralidade do cuidado. Sendo assim, faz-se mister que as Diretrizes Curriculares Nacionais e a aproximação das universidades com o sistema de saúde sejam voltadas para a integralidade, universalidade e sustentabilidade do SUS.

De outro ponto de vista, Schnaider (*ibidem*) constata que o SUS não é prioridade para os médicos e não há perspectiva que o sistema tenha competência para a população. Para o autor, é necessária a criação de uma carreira de Estado para incentivar a

redistribuição demográfica dos formandos em Medicina, com a condição de renovação e migração para grandes centros após determinados anos de carreira.

O Fórum de Estudantes da Escola Nacional de Saúde Pública, em evento durante a 59ª Semana de Aniversário da ENSP/Fiocruz (2013), afirmou que o modelo assistencial brasileiro é ainda fortemente hospitalocêntrico e medicocêntrico, o que é refletido nos processos de formação em Medicina, em que se direciona o conhecimento e o cuidado para uma abordagem individual e curativa. Para eles, o modelo cria expectativas aos estudantes de que os mesmos vão atender pacientes em consultórios privados nas grandes cidades, onde há consumo e valorização de procedimentos que demandam alta tecnologia, em que pouco se contribui para o SUS e às demandas por serviços nas comunidades desassistidas do interior e das periferias, sendo fundamental constituir uma nova relação entre saúde e sociedade.

Carvalho (*ibidem*) por sua vez, defende que a medicina não seja conjugada como propriedade dos profissionais que a praticam, sendo uma ciência e um campo de saber. Para a autora, os médicos dominam o campo e procuram por meio de dispositivos legais, “manter esta hegemonia regulamentando a prática médica e delimitando o território de atuação das outras profissões em relação à medicina”, a exemplo do ato médico.

Maciel Filho (*ibidem*), por fim, aponta que o Brasil precisa ultrapassar a lógica da atuação por programas, e institucionalizar as políticas de maneira consistente, efetiva e de maior permanência dos profissionais. Ainda, acredita que a distribuição e fixação dos médicos deve estar também contida na agenda do Poder Legislativo e Judiciário brasileiro, não apenas do Executivo, devendo fazer parte do plano de desenvolvimento do país, uma vez que o problema excede o âmbito da política de recursos humanos em saúde e da política de saúde em si.

Percebe-se, a partir daí, que o nível de abrangência das soluções para o problema da carência e distribuição de médicos é muito amplo, envolvendo mudanças estruturais e, em alguns casos, embates políticos com grande potencial conflitivo, especialmente ao envolver uma corporação profissional como a médica.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve o objetivo de compilar as considerações e críticas sobre os efeitos e impactos dos principais programas de intervenção na provisão e distribuição de médicos no Brasil.

O Projeto Rondon, primeiro analisado, estava ligado não propriamente a uma questão de expansão do atendimento médico e, sim, à promoção de cidadania, por meio do qual universitários de várias graduações, juntamente com docentes, faziam estágios acadêmicos nos períodos de férias escolares, conhecendo a realidade interiorana do Brasil. Apesar das críticas, o programa abrangeu diferentes operações, não restringindo as estratégias apenas à interiorização de profissionais.

O PIASS surgiu como uma expansão da rede básica de saúde e saneamento às localidades necessitadas, principalmente na área rural, se configurando como uma base ideológica para a criação do SUS. Percebido como um programa que demandava a estruturação das ações de saúde como integrantes ao plano de desenvolvimento nacional, arquitetado pelo governo militar, entendido como uma medida indispensável para o crescimento econômico e social do Brasil. A expansão da rede básica não trouxe apenas a um aumento da interiorização do trabalho médico, embora não tenhamos encontrado referências mais detalhadas sobre este ponto, mas ampliou a participação de profissionais menos qualificados no cuidado à saúde.

O PISUS, em sua proposta, via como o incentivo mais forte para atrair o médico o pagamento do dobro da tabela SUS e por produtividade, mas sabe-se que não é só, isoladamente, a remuneração formal que atrai os médicos. No entanto, não teve a chance de ser implementando, uma vez que se mudou o cenário político nacional e o programa não sobreviveu à entrada de um novo governo eleito, que não considerou a proposta.

O PITS, aliado a estratégia Saúde da Família, conseguiu atrair pouco mais de dois mil médicos para regiões necessitadas em sua primeira edição em 2011, mas foi gradativamente perdendo a sua força, até ser extinto definitivamente em 2004. Ainda que a cobertura de pessoas atendidas tenha sido grande, problemas na gestão por

parte do Ministério da Saúde para com os profissionais podem ter sido o fator fundamental para a diminuição do interesse dos trabalhadores.

Encontramos na literatura referências que apontaram para o caráter provisório e restrito dos programas de interiorização, como o PISUS e o PITS, pouco abrangentes para romper com o problema da carência e má distribuição de médicos no país.

O FIES pode ser caracterizado como uma medida pontual, mas com potencial para dar uma contribuição relevante, pois dá a oportunidade, aos estudantes que cursam a graduação da Medicina com o apoio do programa, de abater parcialmente ou totalmente sua dívida para com o governo federal ao atuar em equipes da Saúde da Família nas comunidades necessitadas. Ainda que essa medida atinja apenas uma parte dos graduandos em Medicina, a expansão do FIES, a expansão de vagas em cursos de Medicina, e a política de cotas deu oportunidade para inclusão, na profissão, de pessoas que fogem do parâmetro de famílias mais abastadas vindas de um estudo integral em escolas particulares.

O PROVAB, também vindo como uma medida pontual, assim como FIES, implementada em 2011, incentivou os profissionais médicos a exercer suas funções nos municípios com os cinco perfis elencados pelo governo, oferecendo a bolsa remuneratória, a especialização em Atenção Básica e o acréscimo de 10% na pontuação da prova de residência médica. De acordo com Leal (2015), a terceira edição do programa já contou com a conclusão de um ano de atuação de 3094 médicos nas comunidades desassistidas, havendo aumento expressivo do número de candidatos às vagas em cada edição.

Já o PMM surgiu como proposta quando o MS conclui que o PROVAB e o FIES, apesar de contribuírem para a melhor provisão e distribuição dos médicos no Brasil, ainda não haviam dizimado o problema a contento, meio a um contexto de manifestações populares que demandavam melhores serviços públicos e meio a forte pressão dos prefeitos com a campanha “Cadê o médico?”. O PMM pode ser conceituado como o programa de intervenção mais ousado e completo que os governos federais já implantaram no país, uma vez que tem atuado tanto no provimento emergencial, quanto no estabelecimento de novos parâmetros para formação médica, visando adequá-la melhor à realidade nacional, quanto na questão da infraestrutura dos centros de saúde. Ainda que mal visto por entidades médicas, o

programa vem mudando a realidade dos usuários de saúde do SUS, e contou com inscrição recorde de médicos brasileiros em sua última edição.

Conclui-se, por fim, que os programas de intervenção na provisão e distribuição de médicos no Brasil sempre foram circunscritos pelos contextos políticos, havendo pouca continuidade da proposta dos mesmos. Seria importante considerar outras medidas para o problema, como o serviço civil social obrigatório como requisito para a obtenção do registro profissional, ou como a implementação de uma carreira de Estado para médicos do SUS, por exemplo.

Consideramos importante ressaltar que, desde o ano de 2011, as intervenções governamentais veem aumentando, com o FIES, o PROVAB e o Mais Médicos. É possível que o Programa Mais Médicos possa surtir efeitos no longo prazo para o problema da carência e distribuição de profissionais, quando este se encarrega de três campos fundamentais para a adequação do acesso à saúde integral a todos os brasileiros: o provimento, a formação dos profissionais e a infraestrutura das instalações de saúde. Mas, para que se possa assegurar conquistas duradouras para o SUS, deve-se ficar atentos ao desenvolvimento do programa e seus efeitos sobre uma multiplicidade de dimensões, como a qualificação da infraestrutura e das condições de trabalho, assim como das mudanças na formação médica, que incluem do número de vagas em graduação e residência médica até a grade curricular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fatima de. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre Governo e Entidades Médicas. Dissertação para Mestrado em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19306/1/2015_MariaMartinsAlessio.pdf>. Acesso em 24 de maio de 2016.

AMORIM, Diogo Natividade de; GONÇALVES, Sebastião Jorge da Cunha; PENNA, Lúcia Helena Garcia. Projeto Rondon 2007: Experiências Acadêmicas. *Revista Fluminense de Extensão Universitária*, Vassouras, v. 1, n. 2, p. 79-91, julho/dezembro, 2011. Disponível em <http://www.uss.br/pages/revistas/revistafluminense/v1n22011/pdf/005_Projeto_Rondon_2007_Experiencia_Academica_DIOGO.pdf> Acesso em 11 de maio de 2016.

BRASIL, Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Disponível em <<http://www.ieprev.com.br/legislacao/5568/decreto-no-3.745,-de-5-2-2001>>. Acesso em 12 de maio de 2016.

BRASIL. Decreto nº 62.927, de 28 de junho de 1968. Institui, em caráter permanente, o Grupo de Trabalho "Projeto Rondon", e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-62927-28-junho-1968-404732-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 28 de maio de 2016.

BRASIL. Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em 20 de maio de 2016.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em 23 de maio de 2016.

BRASIL. Lei nº 6.310, de 15 de dezembro de 1975. Autoriza a instituição da Fundação Projeto Rondon, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6310.htm>. Acesso em 28 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf> Acesso em 19 de maio de 2016.

CARVALHO, Monica Sampaio de. Programa de Valorização dos Profissionais de Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação. 2013. 167 folhas. Tese de Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

Disponível em

<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13660/1/2013_M%C3%B4nicaSampaioDeCarvalho.pdf> Acesso em 30 de maio de 2016.

CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, Dezembro de 2013. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de maio de 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1977. Brasília. Tema III: Interiorização dos Serviços de Saúde. 38 folhas. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0216cns_tema3.pdf> Acesso em 20 de maio de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Demografia Médica no Brasil. Cenários e indicadores de distribuição. 2013. v. 2. Disponível em:

<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf>. Acesso em 23 de maio de 2016.

DRAIBE, Sonia Miriam. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/Universidade Estadual de Campinas, Campinas, caderno de pesquisa nº08, 1993. Disponível em

<<https://sociologiajuridica.files.wordpress.com/2011/10/o-welfare-state-no-brasil-caracterc3adsticas-e-perspectivas-sonia-draibe.pdf>><https://sociologiajuridica.files.wordpress.com/2011/10/o-welfare-state-no-brasil-caracterc3adsticas-e-perspectivas-sonia-draibe.pdf>>. Acesso em 09 de junho de 2016.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão!. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 929-930, Dezembro de 2013. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de maio de 2016.

FÓRUM DE ESTUDANTES DA ENSP/FIOCRUZ. 59^a Semana de Aniversário da ENSP/Fiocruz - Semana Sérgio Arouca - pensamento crítico em saúde: a Reforma Sanitária em questão. Roda de Conversa sobre “A interiorização da formação e do trabalho em saúde no Brasil” , 05 de setembro de 2013. Disponível em

<<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/08/A-interioriza%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-e-da-forma%C3%A7%C3%A3o-em-sa%C3%BAde-%E2%80%93-Mais-M%C3%A9dicos-e-Mais-Reforma-Sanit%C3%A1ria.pdf>> Acesso em 24 de maio de 2016.

JUCÁ, Mércia Marques. Análise da mortalidade infantil nos municípios do programa de interiorização do trabalho em saúde no Estado do Ceará. 2005. 113 folhas. Dissertação para Mestrado Acadêmico em Saúde Pública – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2005. Disponível em

<http://www.uece.br/ppsac/dmdocuments/merciamarques_2005.pdf>. Acesso em 19 de maio de 2016.

LEVCOVTIZ et al. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil: (1974-2000). Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. – (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde, 2). Disponível em http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/OPAS-serietecnica/S%E9rie%20T%E9cnica%2002.pdf. Acesso em 09 de junho de 2016.

LOPES, Lucas Ramão dos Santos. Demografia médica: provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade. 2013. 62 folhas. Escola Superior de Guerra. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.esg.br/images/Monografias/2013/LOPES.pdf> Acesso em 05 de junho de 2016.

MACIEL FILHO, Romulo. Estratégias para a distribuição de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. 2007. 262 folhas. Tese de Doutorado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf. Acesso em 09 de junho de 2016.

MOURA, Ana Débora Assis; LIMA, Guldemar Gomes de; BRAQUEHAIS, Adna Ribeiro de. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS: uma estratégia que deu certo. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 6, núm. 2, maio-agosto, 2005, pp. 47-54 - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2005. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027951006> Acesso em 18 de maio de 2016.

NETO, André de Faria Pereira. Os médicos e o Estado (1922): uma relação de tensão e colaboração. *Clio – Revista de Pesquisa Histórica*, v. 2, nº24, 37-62, 2006. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/MedicosEstado1922.pdf>. Acesso em 09 de junho de 2016.

NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de junho de 2016.

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, Sept. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 de junho de 2016.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, março de 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 de junho de 2016.

PINTO, Aurelio Heider et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Revista Divulgação em Saúde para Debate – Cebes*, nº51, outubro de 2014. Disponível em <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em 25 de maio de 2016.

PUGIN, Simone Rossi; NASCIMENTO, Vania Barbosa. Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996). 1996. 32 folhas. São Paulo: Cedec – Série Didática nº1, dez. 1996. Disponível em <http://www.cedec.org.br/files_pdf/seriedidatica/DIDATI1.pdf>. Acesso em 25 de maio de 2016.

RIBEIRO, Fatima Aparecida. Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. 2007. 325 folhas. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-084507/publico/fatimaapribeiro.pdf>>. Acesso em 05 de junho de 2016.

SANTOS, Edlander. A origem do Projeto Rondon. *Da Cultura*, Brasília, 2011, nº21. Disponível em: <http://www.funceb.org.br/images/revista/24_1t8w.pdf>. Acesso em 25 de maio de 2016.

SCHANAIDER, Alberto. Mais ou menos médicos!. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 303-304, out. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912014000500303&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 junho de 2016.

TUDO SOBRE PROVAB. O que é o PROVAB; Benefícios; Avaliação. s.d. Disponível em: <<http://www.tudosobreprovab.com.br/#!o-provab/c1awx>> Acesso em 03 de junho de 2016.

WEILLER, Teresinha Heck; SCHIMITH, Maria Denise. PROVAB: Potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde. *Journal of Nursing and Health – Editorial*, v.3, nº2, p. 145-46, 2013. Disponível em <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/4119/3236>>. Acesso em 14 de maio de 2016.