

O “Projeto Mais Médicos para o Brasil”: Esperança para o alívio da escassez e desigualdades na distribuição de médicos na Atenção Básica.

Sabado Nicolau Girardi¹

Ana Cristina de Sousa van Stralen²

Equipe da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado (EPSM) do NESCON-UFMG

O problema

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído no governo Dilma Roussef, na segunda metade de 2013, com a finalidade, entre outras, de “diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”³ (Brasil, 2013, Pinto et al, 2014). A insatisfação com a falta de médicos no SUS era apontada entre os problemas mais relevantes em todas as pesquisas de opinião feitas à época, constituindo pauta comum para a maioria das administrações municipais (IPEA, 2011). Do ponto de vista do mercado de trabalho médico, sua instituição esteve ancorada em grande número de evidências que, além da consensual inequidade distributiva da força de trabalho médica no país, incluíam uma profusão de sinais de escassez de médicos (FGV, 2008, Campos, Machado & Girardi 2009, CFM, 2011, EPSM, 2012).

¹ Médico; Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG), que integra a rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH). Av. Professor Alfredo Balena, 190 Sl.721 CEP.: 30130-100 | Belo Horizonte – MG - Tel.: +55 (31)3409-9688 . E-mail: sabadogirardi@gmail.com.

² Psicóloga; Pesquisadora da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG), que integra a rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH). Av. Professor Alfredo Balena, 190 Sl.721 CEP.: 30130-100 | Belo Horizonte – MG - Tel.: +55 (31)3409-9688 . E-mail: anastralen@nescon.medicina.ufmg.br

³Exposição de Motivos da Medida Provisória n. 621, de julho de 2013, posteriormente convertida na Lei [n.12.871](#), em outubro de 2013.

Anteriormente ao lançamento do programa, cerca 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos, sendo os de menor porte e mais distantes, localizados nas regiões mais pobres e carentes do Norte e Nordeste do país, os mais afetados. A situação era também reportada nas áreas mais carentes e pelas populações mais vulneráveis das grandes cidades e regiões metropolitanas (EPSM, 2012). A falta permanente de médicos viria se somar à uma série de carências que acometiam grande parte destas populações excluídas. O Programa Mais Médicos é concebido, nesse contexto, no rol das ações mais abrangentes de inclusão social adotados pelo governo da presidenta Dilma, que visavam a erradicação da pobreza e da privação.

O programa foi estruturado a partir de três eixos de ação que, no conjunto, apontavam, para além do combate às desigualdades de acesso a bens e serviços essenciais, na direção de uma reforma regulatória inclusionista, que compreendia os serviços de saúde, mas também a graduação em medicina e, no limite, o sistema de autorização do exercício e o próprio escopo de prática das profissões de saúde. Noutras palavras, seu impacto iria muito além da provisão emergencial de médicos. Os três eixos de ação do PMM constituíam em:

- (i) Investimentos na melhoria da infraestrutura das redes de serviços e ações de saúde;
- (ii) Ampliação da oferta de cursos e vagas em medicina, redução das desigualdades regionais na oferta de cursos e amplas reformas educacionais na graduação em medicina e da resistência médica
- (iii) O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que trata da provisão emergencial de médicos em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2013)

O PMM pelo que representou de intervenção estatal deliberada sobre as forças do mercado e sobre o poder médico estabelecido; pela extensão das reformas no ensino das profissões de saúde e em particular, da residência médica, teve que se enfrentar com o *status quo* regulatório e, desde o início, com um forte movimento de rechaço da corporação médica, que se sentia mais imediatamente atingida em seus privilégios corporativos (Morais, *et al.* 2014).

De fato, a ânsia de garantir nichos de mercado e privilégios de prática quase monopólicos, assegurados historicamente por nosso modelo de regulação profissional elitista baseado em atos exclusivos e direitos de propriedade corporativos de escopos de prática, só poderia resultar na oposição ao PMM por parte de segmentos elitistas e reacionários da

profissão médica, hegemônicos nas entidades corporativas profissionais, especialmente no Conselho Federal de Medicina (CFM).

Na verdade, desde o início dos 2000 a corporação já vinha lutando no parlamento por projetos de Lei que se aprovados só veriam agravada as situações de escassez e carência de médicos, como é o caso do “Projeto do Ato Médico” - que visava a expansão dos campos de atividade e trabalho exclusivos dos médicos (Girardi, 2002) – e dos projetos de lei que propugnavam o congelamento das vagas de medicina por um prazo de 10 (dez anos) assim também a proibição da abertura de novas escolas, além do necessário fechamento de cursos mal avaliados pelo MEC⁴. Em suas revistas científicas, comunicações, e nas mídias (profissionais e geral) a corporação médica não admitia - e, diga-se de passagem, ainda hoje não admite, apesar de todas as evidências em contrário - o fato de que vivenciávamos situações de escassez e sub-oferta de médicos que vinham se agravando ao longo da década. O problema se resumiria, na visão desse segmento da corporação, às desigualdades regionais na distribuição dos médicos e, portanto, entre as “soluções”, não podiam constar obviamente nem a expansão de vagas e cursos e muito menos ainda o provimento emergencial de trabalho médico por médicos estrangeiros.

Tais resistências eram esperadas. A exposição de motivos da Medida Provisória e da Lei do PMM (Brasil, 2013a) buscava, nesse sentido, contornar as dificuldades que adviriam da ausência de consenso, reunindo dados oriundos das mais diversas fontes que comprovavam tanto a insuficiência como a má-distribuição do efetivo de médicos com relação à demanda atual dos serviços de saúde e seu agravamento nas projeções futuras.

Dados técnicos dos Ministérios da Educação e da Saúde e agências oficiais como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA); de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS); dados de registros administrativos, estudos e levantamentos realizados pela corporação médica, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); estudos realizados por instituições de pesquisa (EPSM, entre outros) e centros acadêmicos, comprovavam a necessidade da urgente intervenção naquelas três dimensões: investimentos na melhoria das redes de serviços e ações de saúde,

⁴ Sem dúvida que um expressivo número de escolas, cursos e vagas de medicina não encontravam padrões adequados de qualidade e não deveriam sequer ter seu funcionamento autorizado. A enorme expansão do ensino médico a partir da metade dos anos 90 e, definitivamente, nessa primeira quinzena de 2000, na esteira da expansão do negócio da educação superior - aquilo que podemos chamar a segunda explosão do ensino médico - não possuíam e não possuem requisitos básicos para a formação de médicos e, portanto, não poderiam existir. Mas este não é o ponto e, sobretudo, este fato não é argumento impeditivo a projetos de expansão da formação de Médicos, para garantir adequados níveis de oferta e a formação de qualidade e sustentada de profissionais de médicos no e pelo país.

mudanças na formação/ produção de médicos, através da expansão de vagas e cursos e na reforma na educação médica (graduação e formação de especialistas) e no provimento emergencial de médicos para áreas necessitadas (Brasil, 2013a).

Entre outras, as evidências apresentadas demonstravam (i) a baixa disponibilidade de médicos no Brasil (FGV, 2008, Campos, Machado & Girardi, 2009, Nascimento, 2011); (ii) a dificuldade de atração e fixação de médicos em áreas remotas e desassistidas (Stralen *et al*, 2017) as grandes desigualdades regionais na distribuição de médicos, escolas e vagas (CFM, 2011); (iii) a expansão da demanda e o forte aquecimento do mercado de trabalho médico ao longo dos 2000 (EPSM, 2010), (v) a ínfima participação de estrangeiros e graduados no exterior comparativamente a diversos países, etc. (Oliveira, *et al*. 2015)

Evidência complementar que mostra o acerto da decisão do governo de provimento emergencial por médicos estrangeiros e formados no exterior é dado por um experimento de preferência declarada (*Discrete Choice Experiment*), realizado com médicos inscritos no Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) (EPSM, 2013). O PROVAB foi instituído em 2011, com o objetivo de valorizar e estimular os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica, em especial na Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios com maior percentual de pobreza, em desassistidas, áreas remotas e de difícil acesso. O programa oferece diversos incentivos, em que se destaca o acréscimo de 10% à nota obtida nos exames para ingresso nos programas de residência médica em troca de trabalho pelo período de um ano na APSM em áreas designadas como carentes pelo governo. (BRASIL, 2011).

A pesquisa conduzida em 2012 por meio de um *survey online* com 620 médicos apresentou diferentes cenários de emprego para os participantes. Considerando um cenário-base caracterizado por um salário de R\$ 7.000,00, condições de trabalho inadequadas, sem oferta de moradia e inexistência de pontuação para os concursos de residência médica, apenas 16% dos participantes se dispunham a ir para áreas remotas e isoladas ou zonas de fronteira com outros países. Ao combinar outros atributos, como o acesso garantido a vaga de residência médica, aumentaria apenas para 25% a proporção de médicos que se dispunham a ir trabalhar nessas áreas. No melhor dos casos, o experimento revelou que oferecendo acesso garantido à vaga de residência, mais aumento salarial de R\$ 6.000 (40%), oferta de moradia e condições adequadas de trabalho, resultaria em apenas 1/3 dos participantes se tornarem propensos a trabalhar nas referidas áreas (EPSM, 2013).

A escassez de médicos em áreas carentes e remotas: uma questão mundial

A escassez de médicos em áreas remotas e vulneráveis é um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento na maior parte dos países. Quando combinadas com outras desvantagens socioeconômicas e situações de altas necessidades de saúde a carência de profissionais pode levar a estados de privação moralmente inaceitáveis gerando problemas de governabilidade. Nas sociedades justas e democráticas os governos se vêem instados a intervir prontamente para corrigir tais situações, sob pena de serem condenados como ilegítimos. Este é precisamente o caso do “Programa Mais Médicos”, uma intervenção do Estado de combate à exclusão e à privação essencial.

Na primeira década dos anos 2000 o problema da escassez e da indisponibilidade de médicos veio se agravando, conforme demonstramos mais adiante. Mas este não é um problema só do Brasil. Mundialmente a concentração geográfica de médicos tende a ser maior em áreas nobres e/ou urbanas. Cerca de 50% da população mundial vive em áreas rurais e remotas, que por sua vez são servidas por menos de 25% da força de trabalho médica (Araújo e Meada, 2013). À escassez de médicos se somam as dificuldades de retenção destes profissionais nas regiões mais isoladas, mais pobres e vulneráveis (Campos, Machado & Girardi, 2009).

Vários estudos atestam o constante esforço dos países para solucionar o problema (Maciel, 2007; Campos, Machado & Girardi 2009; Araújo e Maeda, 2013; WHO, 2010;). Vale destacar o documento “Recomendação Globais para aumentar o acesso aos trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas, através da melhoria das estratégias de fixação”, produzido pela OMS, em 2010. O documento contém uma revisão das várias estratégias adotadas para enfrentar a escassez e a dificuldade de retenção de médicos em áreas rurais e remotas e destaca 26 recomendações reunidas em quatro grandes eixos:

- (i) estratégias educativas, como a graduação em medicina fora dos grandes centros e a vivência clínica dos estudantes em áreas remotas durante a graduação;
- (ii) regulatórias, a exemplo da ampliação de escopos clínicos de prática dos profissionais e oferecimento de bolsas de estudos para aqueles que

concordarem em atuarem em áreas remotas e desassistidas para conclusão do curso.

- (iii) incentivos financeiros, que incluem usar uma combinação de incentivos, como subsídios para moradia, transporte, férias remuneradas;
- (iv) e medidas de desenvolvimento e suporte aos profissionais, como oferecer um ambiente de trabalho seguro, com condições adequadas, programas de educação permanente, valorização profissional. (WHO, 2010).

O escopo de prática dos médicos do Programa Mais Médicos.

De fato, o PMM incorpora de maneira direta e indireta, em seus três eixos de ação, as recomendações expostas acima, como, por exemplo o incentivo financeiro, as reformas educacionais na graduação e residência médica e investimento em infraestrutura. No que diz respeito às recomendações regulatórias, que incluem mudanças na regulamentação dos escopos de prática dos profissionais de saúde, adotada por vários países (Verhuslt, Forrest, 2007, Nelson *et al*, 2014; Toso, Felippon, Giovanella, 2016) o programa revelou sinais importantes que devem ser considerados.

Estudo transversal realizado em 2016, com 1241 médicos, que teve como objetivo caracterizar o escopo de prática de médicos participantes do PMM e investigar os fatores associados à execução de maior número de atividades clínicas revelou que os médicos do programa realizam em média um menor número de procedimentos do que relatam saber realizar. Os fatores associados à realização de maior número de procedimentos foram sexo masculino, menor tempo de graduação, dois anos ou menos de atuação na UBS, atuar na região geográfica Norte, em municípios de pequeno porte e mais distantes da sede da região de saúde. Já com relação aos procedimentos que os médicos declararam saber realizar o padrão observado quanto ao sexo, porte e distância do município foi semelhante àquele observado para os realizados. Entretanto, foi relatado saber fazer maior número de procedimentos por médicos cubanos e de outras nacionalidades. Entre os motivos apresentados pelos participantes para não realização dos procedimentos que sabem realizar destacaram-se a falta de materiais e infraestrutura inadequada e fatores associados e medidas restritivas para a prática. Este último foi relatado principalmente pelos médicos estrangeiros.

Um esforço para identificar áreas com escassez de médicos na atenção primária e medir sua intensidade: aspectos conceituais e metodológicos

Desde 2008 a EPSM, vem trabalhando na identificação de áreas e regiões com escassez/carência de profissionais de saúde na APS e na construção de escala ou *index* para medir sua intensidade (EPSM, 2010). Os conceitos de escassez, carência e privação remetem a distintos campos embora possam ser utilizados de forma intercambiável. O conceito de escassez, mais afeito à economia, é usualmente reservado com referência a situações nas quais os recursos disponíveis são insuficientes para atender as satisfações. Quando falamos em escassez de um bem ou recurso queremos dizer que ele não existe em quantidade suficiente para satisfazer a todos os indivíduos nos níveis que dele necessitam. A intensidade da escassez pode variar em grau (forte/fraca) e natureza e ainda ser considerada artificial nos casos em que os governos poderiam, se decidissem fazê-lo, tornar o recurso em questão disponível para todos ao nível da satisfação. Já o conceito de carência, mais usado na sociologia, normalmente se refere a situações nas quais necessidades básicas ou essenciais não se vêm atendidas e nem sempre pela inexistência ou escassez de recursos que podem existir, mas não são acessíveis a todos, por variadas razões, nos níveis que dele necessitam. A privação, por seu turno costuma revelar uma situação mais grave, de carências múltiplas, a que as pessoas se vêm acometidas e nos remete imediatamente ao campo político. Carências interligadas, que se potencializam e comprometem por vezes de forma irremediável o curso de vida das pessoas caracterizam estados de privação essencial moralmente intoleráveis, costumando, nos estados democráticos, ser condenadas como tirânicas.

A definição de carência/escassez adotada para a construção do Índice de Escassez de Profissionais na APS reflete tais diferenciações, buscando traduzir uma espécie de gradiente da escassez à privação e, para tanto, leva em consideração quatro dimensões: a disponibilidade/oferta de recursos humanos em atenção primária, necessidades de saúde, carências socioeconômicas e barreiras de acesso a serviços de saúde medidos pela distância. O pressuposto é o de que altas necessidades de saúde, carências socioeconômicas e dificuldades de acesso se refletem em maior demanda de serviços médicos, agravando a situação de escassez destes e dependendo de sua intensidade levam a privações essenciais.

Para cada uma dessas dimensões é atribuído um indicador: razão de médicos da atenção primária por habitantes (ajustado por tempo equivalente a 40 horas ambulatoriais), taxa de mortalidade infantil (TMI), porcentagem de domicílios na pobreza e critérios

indicativos de tempo de acesso aos serviços de saúde (distância em tempo do município sede da região de saúde - CIR).

A partir da classificação dos indicadores, de acordo com a sua intensidade é construído o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária (IEMAP)⁵, ao qual se atribui uma escala que mede a intensidade da escassez e a insere num gradiente que varia de traços de escassez – situações limítrofes, de mais fácil reversão à escassez severa que correspondem a estados análogos aos estados de privação, que exigem múltiplas intervenções combinadas para combater. Dessa forma, a ideia é que a classificação sirva para priorizar a justa alocação de recursos escassos e melhorar o alcance social da ação governamental.

Uma potencialidade do Índice de Escassez é a de caracterizar as iniquidades distributivas de recursos humanos em saúde, para além do critério usualmente utilizado de razão de médicos por habitantes. Ao índice médico/habitantes são adicionados indicadores relativos às carências socioeconômicas, altas necessidade de saúde e dificuldade de acesso a serviços de saúde por parte das populações estudadas, permitindo caracterizar situações insegurança assistencial permanente e sinais de estados de privação. Em suma, identificam-se não só as situações de notável insuficiência de profissionais médicos, mas também aquelas em que, mesmo com parâmetros adequados de oferta, mostram-se vulneráveis do ponto de vista socioeconômico, de altas necessidades de saúde e de acesso.

Quando a escassez e a má-distribuição de médicos andam juntas.

Ao contrário dos diagnósticos que apontam exclusivamente para os óbvios problemas da desigualdade distributiva estudos indicam a combinação perversa de situações de escassez e má-distribuição de médicos em nosso país (EPSM, 2010-2012, Nascimento, 2011). Sinais ou indicadores clássicos de escassez nos mercados de trabalho – quando a oferta não é suficiente para satisfazer as demandas existentes incluem, entre outros, pelo lado do sistema de emprego, salários crescentes; altas taxas de rotatividade; dificuldades de contratação crescentes e cargos vacantes com alto tempo pra preenchimento; baixas taxas de desemprego; “canibalização” – situação em que empregadores disputam entre si pela contratação de profissionais. Já pelo lado do sistema de formação profissional, incluem sinais como a crescente procura pelos cursos de formação em geral acima da oferta de vagas; alto

⁵ A metodologia detalhada para construção do IEMAP pode ser conferida em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Index_relatorio.pdf

aproveitamento das vagas abertas nos cursos de formação; altas taxas de eficiência terminal e baixo abandono dos cursos.

Comparando os dois lados do mercado de trabalho, verificamos que o saldo de novos empregos gerados era maior que as novas ofertas medida pelo número de egressos do sistema formador. O mercado de trabalho da profissão médica, diferentemente da maior parte das outras profissões de saúde, exibiu todos estes indicadores na primeira década dos 2000, além de uma evidente iniquidade na distribuição regional e por especialidades médicas (EPSM, 2010).

O Projeto Mais Médicos para o Brasil, redução da escassez de médicos e das desigualdades regionais

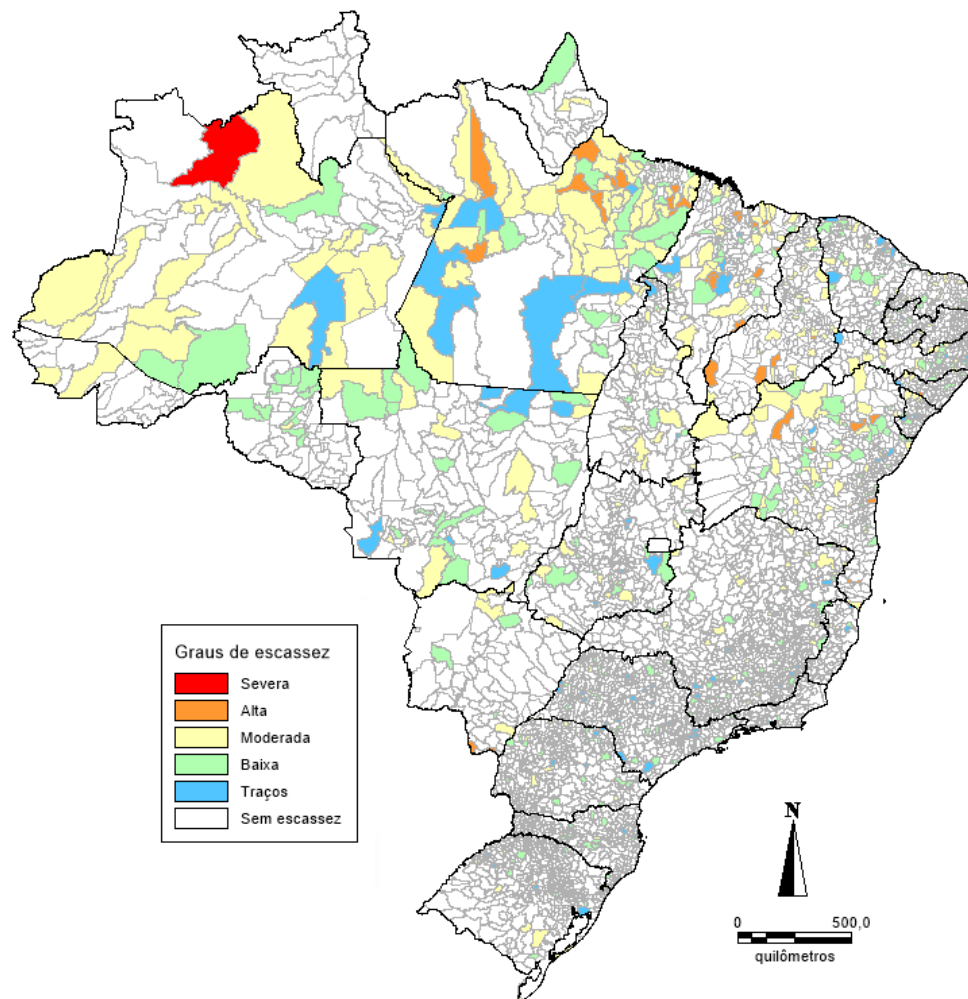
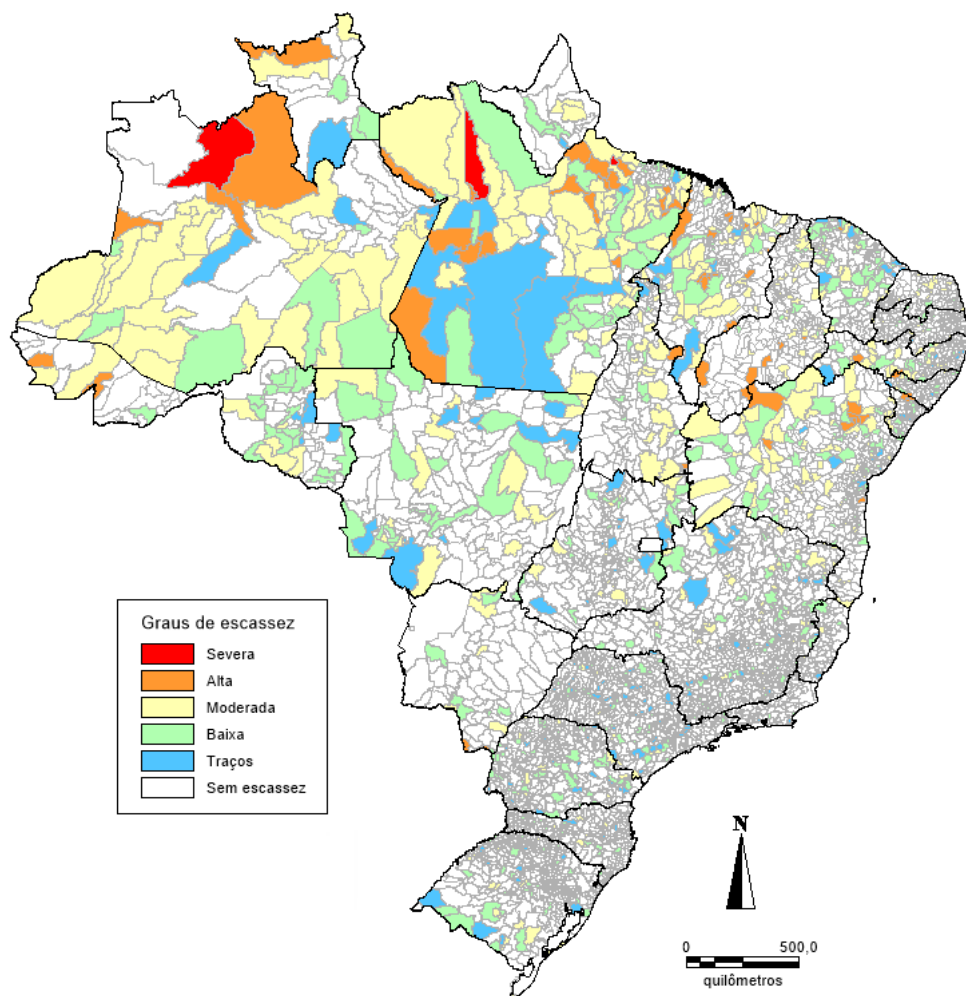
Em março de 2013, ou seja, anteriormente à implantação do PMMB cerca de 20% dos municípios brasileiros tinham escassez de médicos na atenção primária, considerando o IEMAP (indicador agregado que, como vimos(leva em consideração oferta de médicos, mortalidade infantil, pobreza extrema e remotividade (Indicador de Escassez de Médicos na APS, Girardi et al, 2016). As regiões Norte e Nordeste e as populações vulneráveis e mais pobres eram as mais afetadas. Na região Norte, por exemplo, cerca de 50% dos municípios conviviam com escassez de médicos. Nestas duas regiões localizava-se a totalidade de municípios com escassez Alta e Severa, que exigiam intervenção imediata por meio de políticas públicas de provimento de médicos (Girardi, et al, 2016). Segundo a metodologia do IEMAP, em março de 2013, ou seja, anteriormente à implantação do PMMB cerca de 20% (n=1.200) do total de municípios brasileiros conviviam com escassez de médicos em atenção primária, sendo as regiões Norte e Nordeste as mais afetadas. Na região Norte, por exemplo, cerca de 50% de seus municípios conviviam com escassez de médicos na ocasião. Nestas duas regiões localizava-se a totalidade de municípios com escassez Alta e Severa, que exigiam intervenção imediata por meio de políticas públicas de provimento de médicos (Girardi, et al, 2016).

Não é novidade que a maioria dos municípios com escassez (64,6%) fosse de pequeno porte, com até 20 mil habitantes. Assim como apontado anteriormente a maioria dos médicos tende a concentrar em áreas nobres e/ou centros urbanos (Campos et al 2009; Araújo e Maeda, 2013).

Em setembro de 2015, cerca de dois anos após a implantação do PMMB e introdução de 14.256⁶ médicos do programa, sendo predominantemente cubanos (cerca de 80%) em 3.755 municípios brasileiros, podemos observar importantes mudanças no cenário de escassez de médicos. O número de municípios com escassez reduziu de 1.200 para 777 neste mesmo período. O número de municípios que apresentavam escassez “Alta” reduziu de 63 para 34 e com escassez “Severa” de 3 para 1 município. Este alívio pode ser observado também todas as regiões geográficas do país, com destaque para a região Norte, em que ocorreu uma redução de 48% para 31% de municípios com escassez para setembro de 2015. Já a região Nordeste reduziu de 25,1% para 18,1%. Em relação à distribuição por porte populacional, observamos que, embora em termos percentuais a redução aparenta ser pequena nos municípios de pequeno porte, com até 20 mil habitantes, em números totais ela é bastante significativa ao sinalizar uma redução de 776 para 526 municípios com escassez (Girardi, et. al, 2016). Os Mapas 01 e 02 e refletem esta distribuição geográfica dos municípios designados com escassez de médicos anterior e posterior ao Programa Mais Médicos.

⁶ Foi realizada uma compatibilização entre os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de setembro de 2016 e o cadastro do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) de fevereiro de 2016.

Mapas 1 e 2 – Distribuição dos municípios segundo o Índice de Escassez de médicos em Atenção Primária no Brasil em 2013 e 2015.



Fonte: Elaboração própria a partir do CNES/MS (2013, 2015), DEPREPS/MS (2016) e Censo Demográfico IBGE (2010).

Uma sombra sobre o “Mais Médicos”

Não é muito difícil, no contexto atual, caracterizado pelo completo desmonte das ações e programas sociais inclusivos do regime democrático que instituiu o Mais Médicos, destituído, conforme se sabe, pelo golpe e arresto da democracia de 2016, tecer considerações sobre os impactos e menos ainda sobre as perspectivas do programa. Pode-se dizer que junto com o governo que o instituiu, o Mais Médicos também se viu abortado, o que não significa dizer que também foram afastadas as razões que levaram à sua instituição. Muito pelo contrário, o prognóstico, para continuarmos no campo das metáforas médicas, é de piora do quadro. De fato, as projeções feitas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do NESCON UFMG, nos últimos três anos, considerando os mais generosos cenários de aumento da oferta de cursos e vagas de medicina, apontam para um futuro no qual ainda viveremos o problema da escassez e da privação de médicos e de cuidados básicos, especialmente para os mais pobres e o conjunto crescente de excluídos da riqueza e do bem estar na sociedade brasileira.

As esperanças em torno das necessárias reformas da educação médica, da graduação e da formação de especialistas, e das reformas de escopo visando maior compartilhamento de atos e cooperação entre as profissões de saúde, que se colocavam no horizonte do Programa Mais Médicos também se esvaíram, foram subitamente expropriadas pelas elites proprietárias de nosso país. Em seu lugar, e debaixo da cortina de fumaça do espetáculo de “julgamento” e condenação peremptória e arbitrária das instituições da democracia brasileira real (apesar dos pesares), – vislumbra-se no horizonte, um triplo risco: o risco da suspensão do direito universal à saúde (a destruição do SUS), a suspensão da Seguridade Social, (a destruição da Previdência Social) e a suspensão do Estado de Direito e da Democracia.

De qualquer forma, o Mais Médicos deixa suas lições, sobretudo já deixa saudade. É inegável que além da boa avaliação dos usuários e gestores, o “Mais Médicos”, como mostram os dados, teve um impacto positivo no cenário de escassez de médicos. Ele contribuiu para reduzir o número de municípios com escassez de médicos em APS, tendo maior impacto nos municípios em pior situação no gradiente do nosso Índice de Escassez. Noutras palavras, o programa atendeu aqueles municípios mais necessitados, que tinham as piores razões de médico/habitante, em situação de extrema

miséria e com altas necessidades de saúde. Por outro lado, estudo recente realizado pela EPSM/NESCON, em fase de conclusão, sinaliza duas hipóteses que merecem ser melhor investigadas: primeiro, o Mais Médicos teve um importante impacto na diminuição da dependência dos municípios e regiões em relação ao trabalho itinerante na Atenção Básica; segundo, aumentou o nível de resolutividade da atenção primária, pelo fato dos médicos do programa praticarem escopos clínicos mais expandidos.

Por fim, sem dúvida, o Mais Médicos deixou-nos a marca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araujo E, Maeda A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: A Guidance Note. Washington: The Work Bank; 2013.

Brasil. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União, Set 2011.

Brasil. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União 2013; 8 jul.

Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013; 23 out

Campos FE, Machado MH, Girardi SN: A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades Divulgação. *Saúde para Debate* 2009, 44:13-24.

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFG, 2010 [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Index_relatorio.pdf/

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFG; 2012. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Fortalecimento da capacidade de planejamento de recursos humanos para sistemas nacionais de saúde. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFGM, 2013. acessado 2016 mar 01. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/FORTALECIMENTO_CAPACIDADE_PLANEJAMENTO_RECURSOS_HUMANOS_SISTEMAS_NACIONAIS_SAUDE.pdf.

Girardi SN. Dilemas da regulamentação profissional na área de saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, v.2, n.5, 2002.

Girardi, SN, Stralen, ACS, Cella, JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2675-2684, 2016.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al . Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2739-2748, Sept. 2016

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Sistema de indicadores de percepção social (SIPS). Brasília: IPEA; 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_sistemaindicadores_sips_01.pdf

Maciel Filho R. Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde [tese]. Rio de Janeiro: UERJ; 2007.

Morais I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santo R, et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48:107-15

Nascimento, PAM. Há escassez generalizada de profissionais de carreiras técnico-científicas no Brasil? *NOTA TÉCNICA: mercado de trabalho*, 49, nov.2011, IPEA

Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.

STRALEN, ACS; MASSOTE, AW; CARVALHO, CL and GIRARDI,SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis* [online]. 2017, vol.27, n.1 [cited 2018-11-19], pp.147-172.

Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(1):169-177

Verhuslt L, Forrest CB. To Count Heads or to Count Services? Comparing Population-to-Physician Methods with Utilization-Based Methods for Physician Workforce Planning: A Case Study in a Remote Rural Administrative Region of British Columbia. *Health Care Policy* 2007; 2(4):178-192.

WHO - World Health Organization: Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention .*Global recommendations*. Geneva, 2010.