

A formulação e implementação do Programa Mais Médicos e a cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde e Cuba

The formulation e implementation of the More Doctors Program and the cooperation with the Pan American Health Organization and Cuba

La formulacion e implementación del Progama más Médicos y la cooperacion con la Organización Panamericana de la Salud y Cuba

Felipe Proença Oliveira

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba.

Hêider Aurélio Pinto

Mestre em saúde coletiva e doutorando em políticas públicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde.

E-mail: heiderpinto.saude@gmail.com

Resumo

A escassez de profissionais de saúde em áreas remotas é um problema mundial, dificultando o acesso principalmente de populações vulneráveis aos serviços de saúde. Como uma resposta a essa situação no Brasil foi criado em 2013 o Programa Mais Médicos, tendo como um de seus pontos mais debatidos a cooperação para a vinda de médicos cubanos. Realizou-se um estudo qualitativo com análise documental para analisar a influência de política anterior similar ao Programa Mais Médicos, dos diálogos internacionais com países e organismos internacionais e da cooperação entre Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde e Cuba na formulação desta política pública. Evidenciou-se a importância da cooperação na formulação, viabilização da implementação e resultados do Programa Mais Médicos e a necessidade da mesma para garantir o número de médicos demandados pelos municípios, em especial nas cidades e áreas mais vulneráveis, e os efeitos em saúde dessa atuação.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Cooperação Internacional; Atenção Primária à Saúde; Análise de Política.

Abstract

The shortage of health professionals in remote areas is a global problem, difficult making difficult for vulnerable populations to access health services. As a response to this situation in Brazil was created in 2013 the More Doctors Program, with one of its most discussed points being the cooperation for the arrival of Cuban doctors. A qualitative study was carried out with documentary analysis to analyze the influence of

previous policy similar to the More Doctors Program, the international dialogues with countries and international organizations, and the cooperation between Brazil, Pan American Health Organization and Cuba in the formulation of this public policy. It was evidenced the importance of cooperation in formulating, making feasible the implementation and results of the More Doctors Program and the need for it to guarantee the number of physicians demanded by the municipalities, especially in the most vulnerable cities and areas, and the health effects of this action.

Keywords: More Doctors Program; International Cooperation; Primary Health Care; Policy Analysis.

Resumem

La escasez de profesionales de la salud en áreas remotas es un problema mundial, dificultando el acceso principalmente a poblaciones vulnerables a los servicios de salud. Como una respuesta a esa

situación en Brasil fue creado en 2013 el Programa Más Médicos, teniendo como uno de sus puntos más debatidos la cooperación para la llegada de médicos cubanos. Se realizó un estudio cualitativo con análisis documental para analizar la influencia de política anterior similar al Programa Más Médicos, de los diálogos internacionales con países y organismos internacionales y de la cooperación entre Brasil, Organización Panamericana de la Salud y Cuba en la formulación de esta política pública. Se evidenció la importancia de la cooperación en la formulación, viabilización de la implementación y resultados del Programa Más Médicos y la necesidad de la misma para garantizar el número de médicos demandados por los municipios, en especial en las ciudades y áreas más vulnerables, y los efectos en salud de esa actuación.

Palabras clave: Programa Más Médicos; Cooperación Internacional; Atención Primaria de Salud; Análisis de Política.

Introdução

Desigualdades geográficas na distribuição de médicos podem ser encontradas em vários países e regiões. Estima-se que 50% da população mundial vive em áreas rurais remotas, áreas que são servidas por menos de 25% da força de trabalho médico.¹ Muitos países têm buscado soluções para ampliar a cobertura da atenção básica (AB) em regiões vulneráveis atraindo profissionais de saúde para as mesmas.²⁻⁴

No Brasil percebe-se a escassez de médicos como um dos fatores que dificultam o desenvolvimento da AB. Um dos marcos desse debate foi o Seminário Nacional sobre Escassez, Provisão e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de maior vulnerabilidade,

realizado em abril de 2011.⁵ No seminário foram apresentadas as experiências de diversos países para a atração e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas, assim como também foi avaliado o alcance de iniciativas anteriores nesse campo no Brasil.

A AB deve ser a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ordenar o acesso com equidade aos demais serviços da rede de saúde, estar presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades, garantindo acesso universal, com qualidade e em tempo oportuno.⁶ Nos contextos em que não é possível contar com os profissionais adequados para essa atenção ocorre um prejuízo importante ao sistema de saúde.

O Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) foi criado em 2012 enquanto uma iniciativa pioneira ao incentivar a atuação do médico na AB em áreas de vulnerabilidade com a formação supervisionada, ao mesmo tempo em que valorizou essa experiência como critério de ingresso na residência médica. No primeiro ano do Programa houve uma baixa procura, mas com mudanças no seu desenvolvimento, que incluíram a oferta de especialização e o pagamento de bolsa para os profissionais participantes centralizado no Ministério da Saúde (MS), a participação de médicos teve importante ampliação. Apesar disso, o PROVAB isoladamente não conseguia atender toda a demanda apresentada pelos municípios.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória⁷ que foi convertida em Lei⁸ em outubro do mesmo ano, somando-se a um conjunto de ações e iniciativas elaboradas para enfrentar os desafios que vinham condicionando o desenvolvimento da AB no País, entre os quais a escassez de médicos.

Em 2013, ao menos três questões foram apontadas como fundamentais para a análise sobre a falta e a má distribuição de médicos no Brasil, bem como para a constatação da necessidade de políticas sobre o tema: o mercado de trabalho médico com pleno emprego e a criação de uma quantidade de postos de trabalho muito acima do número de concluintes de cursos de Medicina; o número

de médicos por 1.000 habitantes abaixo de diversos países das Américas e da Europa; e a dificuldade de expansão dos serviços públicos pela escassez de médicos, tanto de um modo geral como em certas especialidades, com limitações na demanda de novos serviços como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), salas de cirurgia, UTI neonatal etc.⁵

Nesse ínterim, Brasil tinha uma proporção de médicos por habitante significativamente inferior à necessidade da população e do SUS. Esses médicos estavam mal distribuídos no território, de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam – proporcionalmente – com menos médicos.⁹ Muitas cidades não tinham médico residindo no município (de modo que, embora contassem com a visita de um médico, não existia a permanência do profissional ao longo da semana) e grandes contingentes populacionais não contavam com acesso garantido a uma consulta médica. Esses contingentes quase sempre se localizavam nas áreas de maior vulnerabilidade e piores condições de vida.

Além disso, o país formava menos médicos do que a criação anual de empregos na área nos setores público e privado, o que agravava a situação a cada ano. Portanto, por mais que houvessem políticas para expandir os serviços públicos, não havia a possibilidade de contar com o número de profissionais necessário para o funcionamento planejado.¹⁰

O PMM é a maior iniciativa já realizada no país e está entre as maiores do mundo para enfrentar esse conjunto de problemas.¹¹ O mesmo apresentou uma capacidade de resposta imediata e emergencial, mas também ofereceu soluções de médio e longo prazo, a saber: a mudança e ampliação da formação médica e a adequação da estrutura das UBS no Brasil. A meta proposta para a necessidade de médicos consistia em sair da proporção de 1,8 médicos/1.000 habitantes e atingir a marca de 2,7 médicos/1.000 habitantes no ano de 2026, a semelhança do Reino Unido no ano de lançamento do programa.

Este artigo se propõe a analisar a importância da cooperação estabelecida entre o MS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Governo de Cuba para a formulação, implementação, primeiros resultados e consolidação do PMM. Descreve-se a modelagem¹² que a política ganhou em seu processo de formulação e implementação¹³ buscando identificar e compreender influências: das políticas anteriores numa perspectiva de desenvolvimento incremental;^{14,15} de formulações, políticas e organismos internacionais na perspectiva da difusão de políticas;¹⁶ e da cooperação com a OPAS e Cuba como um dos fatores decisivos na formulação e para viabilizar a implementação.

Métodos

Este artigo é fruto de uma pesquisa qualitativa que utiliza a análise documental¹⁷ de

documentos oficiais, entrevistas, artigos, pesquisas, relatórios e normas legais relacionadas ao PMM e aos temas aqui tratados como por exemplo, as recomendações internacionais para a área de recursos humanos, em especial da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da OPAS, e as cooperações nesse campo estabelecidas por Cuba. A análise partiu do entendimento de que uma política pública é formada por um conjunto de medidas concretas e por um conjunto de objetivos a serem atingidos que podem estar às vezes mais e às vezes menos explícitos nos textos e nas decisões do governo.¹⁸ Essa análise permite compor um certo quadro de sentidos¹⁸ que deve orientar a análise da modelagem,¹² ou desenho, que a política foi normatizada e implementada.

Os fatores que interferem na construção de uma política são diversos. Na literatura do campo de análise de políticas existem teorias que apontam a preponderância da influência ora dos atores sociais, ora das ideais, ora das instituições para explicar a emergência de novos problemas de políticas públicas e mudança das próprias políticas.^{13,19,20} De outro lado, alguns autores apontam para a possibilidade de combinar perspectivas¹⁹ e também de utilizar teorias sintéticas cujo modelo teórico já busca fazer uma certa combinação sem assumir a preponderância de um ou outro fator.²⁰

A pretensão desse artigo não é analisar os fatores que mais influenciaram no processo de formulação do PMM e sim analisar a influência

da cooperação do MS com a OPAS e Cuba nesse processo de formulação, incluindo a modelagem que a política ganhou, e também na viabilização da implementação do programa. Nesse esforço, considera também outros fatores e, no processo de formulação, o foco é sempre na modelagem da política e não no processo decisório ou na emergência do problema.

A formulação do Eixo Provimento e a Cooperação Internacional com a Organização Pan-Americana da Saúde e Cuba

Em linhas gerais, o “desenho” do Eixo “Provimento Emergencial” do Programa é o que segue. Foram recrutados profissionais graduados no Brasil e fora do País, brasileiros e estrangeiros, para atuar nas áreas com maior necessidade e tentar garantir a essas populações o direito concreto e cotidiano ao acesso universal – e com qualidade – aos serviços de saúde.²¹ Editais públicos operacionalizaram esse recrutamento no qual os médicos interessados foram selecionados e escolheram o local de atuação dentre os municípios que, também por editais, haviam realizado previamente a sua adesão.

No município, os médicos iniciavam sua atuação que consistia em atender a população de referência da Unidade Básica de Saúde (UBS) definida pelo gestor local e participar de uma série de atividades de educação e de integração ensino-serviço com o objetivo de desenvolverem uma atenção à saúde de qualidade seguindo as diretrizes da Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB).²¹ Os médicos deveriam, obrigatoriamente, participar de um curso de especialização em saúde da família, oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) na modalidade de educação à distância. O acompanhamento do desempenho dos médicos, bem como o apoio à sua participação na especialização, era realizado por tutores e supervisores vinculados às universidades públicas que aderiram à iniciativa.

Para tanto, paga-se uma bolsa mensal aos médicos pelo MS. O município era responsável pelas despesas de moradia e alimentação, além do transporte para a realização das atividades de atenção à saúde. O contrato previa uma duração de três anos, podendo ser renovado apenas uma vez, por igual período, para os médicos com registro no Brasil. A possibilidade de prorrogação foi posteriormente estendida para os médicos estrangeiros, em 2016, por meio de nova Medida Provisória convertida em Lei pelo Congresso Nacional.

O médico estrangeiro selecionado pelo PMM só podia exercer a medicina com a autorização prevista na Lei do Programa que se dá por meio de registro provisório emitido pelo MS. Esse registro permitia que atuassem somente na cidade específica onde foi alocado e desenvolvendo as atividades previstas no Programa. Essas medidas visavam garantir um tempo maior de permanência nas localidades de maior necessidade e com foco na AB à saúde da população.

Vale notar que o PMM tem muitas semelhanças com os estudos e orientações internacionais para políticas de atração e fixação de médicos em áreas remotas. Tanto as recomendações da OMS quanto a literatura apontam que as estratégias para enfrentar essa problemática incluem, pelo menos, quatro grupos de medidas. Um primeiro seriam as medidas educacionais, como mudanças nos currículos da graduação e residência médica e incentivo ao ingresso na formação especializada para quem trabalha em áreas remotas, como previsto pelo PMM.

Um segundo relaciona-se com as medidas de regulação, tais como a abertura de escolas médicas no interior, incentivando a admissão de estudantes oriundos dessas áreas, e o serviço civil obrigatório em áreas vulneráveis. O PMM previu a ampliação de escolas médicas. E, em lugar do serviço civil obrigatório, determinou que estudantes de graduação fizessem a formação no SUS tendo como itinerário necessário para a maioria das especialidades médicas a atuação e formação na AB por um ou dois anos.

O terceiro grupo diz respeito aos incentivos monetários, tais como bolsas de estudo e salários atraentes para quem se disponha a trabalhar nessas áreas. Mais uma medida presente no Programa. E, por fim, o quarto grupo busca incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros e supervisão com apoio entre pares. O PMM previu a supervisão e autorizou o visto pelo período de atuação no Programa.

Contempla-se, desse modo, a necessidade apontada pela OMS de combinar diversas medidas em uma estratégia para enfrentar a escassez de médicos. O fato do PMM ter feito justamente isso, em especial quando se analisa as ações tanto do Eixo Provimento quanto do Eixo Formação, é menos uma coincidência e mais parece ser um efeito do fenômeno conhecido como difusão de políticas.¹⁶ Reforçando essa perspectiva é observada a presença de organizações internacionais, OMS e OPAS, no contexto da formulação; registra-se a realização de um seminário internacional no Brasil em 2010 e outro nacional em 2011 – nos quais foram discutidos o tema e estas recomendações –; houve diálogo da equipe do MS de formulação do PMM com outros países e a participação da mesma em eventos internacionais; e, por fim, existem documentos do MS que reconhecem essa influência na formulação do Programa.^{21,22}

Ao mesmo tempo, a experiência anterior com o PROVAB foi decisiva para que o PMM recebesse o formato que teve e, as dificuldades com o mesmo, explicam em grande parte diferenças entre os dois programas. Assim, é possível perceber uma trajetória¹⁴ de construção nessa política e analisar o PMM como um desenvolvimento incremental¹⁵ do PROVAB, com objetivos mais abrangentes e munido com novos instrumentos de política pública.¹³ O PROVAB, mesmo tendo sido o maior programa de provimento do país até então - chegou a ter 3.579 médicos brasileiros em janeiro de 2013 - não conseguiu responder à grande demanda

dos secretários municipais dos mais de 3 mil municípios brasileiros que se inscreveram no mesmo. A fim de resolver o problema, o estudo de novas iniciativas e de políticas internacionais e o diálogo com outros países apontou cada vez mais para o recrutamento de médicos estrangeiros, além da inclusão de políticas educacionais e regulatórias.

Na Assembleia Mundial de Saúde da OMS, em abril de 2013, a delegação brasileira, incluindo o então Ministro da Saúde Alexandre Padilha, buscou conhecer experiências na área de atração e retenção de médicos, ao mesmo tempo que iniciou rodadas de entendimento com países que poderiam auxiliar no envio de médicos estrangeiros para o Brasil.²² Entre as experiências de recrutamento destacaram-se as realizadas pelo Reino Unido e pelo Canadá, em virtude do importante percentual de médicos estrangeiros no primeiro país (cerca de 25% do total de profissionais) e pela experiência canadense de inserção de estrangeiros em processos formativos nas áreas mais remotas.^{6,11}

Reuniões realizadas ainda durante a Assembleia apontaram para a possibilidade de vinda de médicos, ao Brasil, oriundos de dois países: Portugal e Espanha.²² No caso português, por causa do interesse em um acordo de reconhecimento mútuo dos diplomas médicos entre ambos os países. No caso da Espanha, a proposta envolvia a vinda, especialmente, de médicos de família, que em um contexto de crise em um país com crescente

desemprego, não estavam conseguindo ser vinculados ao seu sistema de saúde. Houve também reuniões bilaterais com a Argentina para avaliar o fomento de médicos argentinos para o programa brasileiro, mas essa estratégia não evoluiu devido ao diagnóstico da mesma carência de médicos em algumas regiões do país vizinho.²²

As reuniões bilaterais mostraram que o máximo que os países poderiam fazer era divulgar ou estimular que os médicos que lá atuavam conhecessem e, aqueles que se interessassem, respondessem individualmente ao chamado brasileiro. Contudo, a experiência da OPAS em ações no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde e a expertise e sua relevância como organismo internacional da região apontava para outras possibilidades, por exemplo, uma cooperação com um ou mais países da América que envolvessem diversos médicos daquele país e não só cada um individualmente.²²

Apesar disso, mesmo essa possibilidade era restrita. Poucos países da região tinham um número proporcional de médicos maior do que o Brasil e a demanda brasileira exigia um número absoluto de médicos muito grande frente ao total de médicos ativos em cada país. Inclusive, essa preocupação com os efeitos que o PMM poderia produzir caso algum país vizinho perdesse muitos médicos para o Brasil, fez com que se estabelecessem regras na linha do Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde, acordo o qual o Brasil é

signatário.²³ Com o objetivo de não atrair profissionais de países com uma situação de escassez maior do que a própria, definiu-se que no PMM não poderiam participar médicos de países cujo número proporcional de médicos (medido em número de médicos por um mil habitantes) fosse menor que o brasileiro.

A exceção da região, sem dúvida alguma, era Cuba. Em 2013 o país dispunha de 6,7 médicos a cada mil habitantes – quase 4 vezes mais que o Brasil que tinha 1,8 no mesmo período. Além disso, Cuba tinha um histórico de cooperações dessa natureza sendo que no ano de 2013 tinha médicos participando de missões em 67 países. Embora sejam mais conhecidas as missões humanitárias e gratuitas para o país que recebe o médicos – como os médicos enviados em catástrofes como terremotos, inundações e mesmo epidemias, como a do ebola -, Cuba também desenvolvia há muitos anos um tipo de cooperação na qual o país que recebe os médicos estabelecem algum tipo de troca internacional, seja por recursos financeiros ou produtos importantes para o povo cubano.²⁴ Assim, foi identificada a possibilidade de realizar a cooperação com o país caso o número de médicos brasileiros e estrangeiros não fosse suficiente para responder à demanda dos prefeitos para atender a população que não contava com atendimento médico básico de saúde.²² Ou seja, o fato de Cuba ter tantos médicos, de desenvolver cooperações desse tipo e a existência e atuação da OPAS na região foram fatores que ampliaram as possibilidades da

política e isso foi considerado no processo de formulação da mesma.

A Medida Provisória 621 foi publicada no dia 08 de julho de 2013,⁷ e, no mesmo dia, foi publicado o edital de chamada para médicos, seguindo a sequência disciplinada na medida e mantida na Lei⁸: primeiro as vagas são ofertadas para médicos com registro no Brasil e, posteriormente, para médicos com registro no exterior. Uma das reações das entidades médicas que consideraram o Programa como o pior ataque sofrido pela categoria²⁵ foi a de estimular um boicote nas inscrições de médicos brasileiros no PMM. O boicote ao primeiro edital tornou mais evidente uma situação que já era previsível com base na análise dos resultados do PROVAB: não havia médicos brasileiros interessados em número suficiente para preencher as mais de 13 mil vagas demandadas pelos municípios aderidos ao PMM. A procura do edital pelos médicos com registro no exterior (mais notadamente espanhóis, argentinos, portugueses e uruguaios) também foi insuficiente. Nesse momento ficou evidente a necessidade de utilização do mecanismo previsto na Medida Provisória, que foi convertido para o artigo 23 da Lei 12.871/2013,⁸ que previa a realização de acordos de cooperação internacional para garantir o provimento das vagas não preenchidas por brasileiros e estrangeiros com ou sem registro no Brasil.

Assim, definida como prioridade o desenvolvimento de uma política pública para

enfrentar a escassez de médicos, foi decisivo para o Brasil construir a cooperaço com a OPAS e Cuba sob a pena de, mais uma vez, não conseguir atender à demanda de médicos feita pelos municípios para cobrir importante parte da populaço que não tinha acesso à AB em saúde. Em 21 de agosto de 2013 foi assinado o termo de cooperaço entre o MS e a OPAS, que inicialmente previu a chegada de quatro mil médicos cubanos.

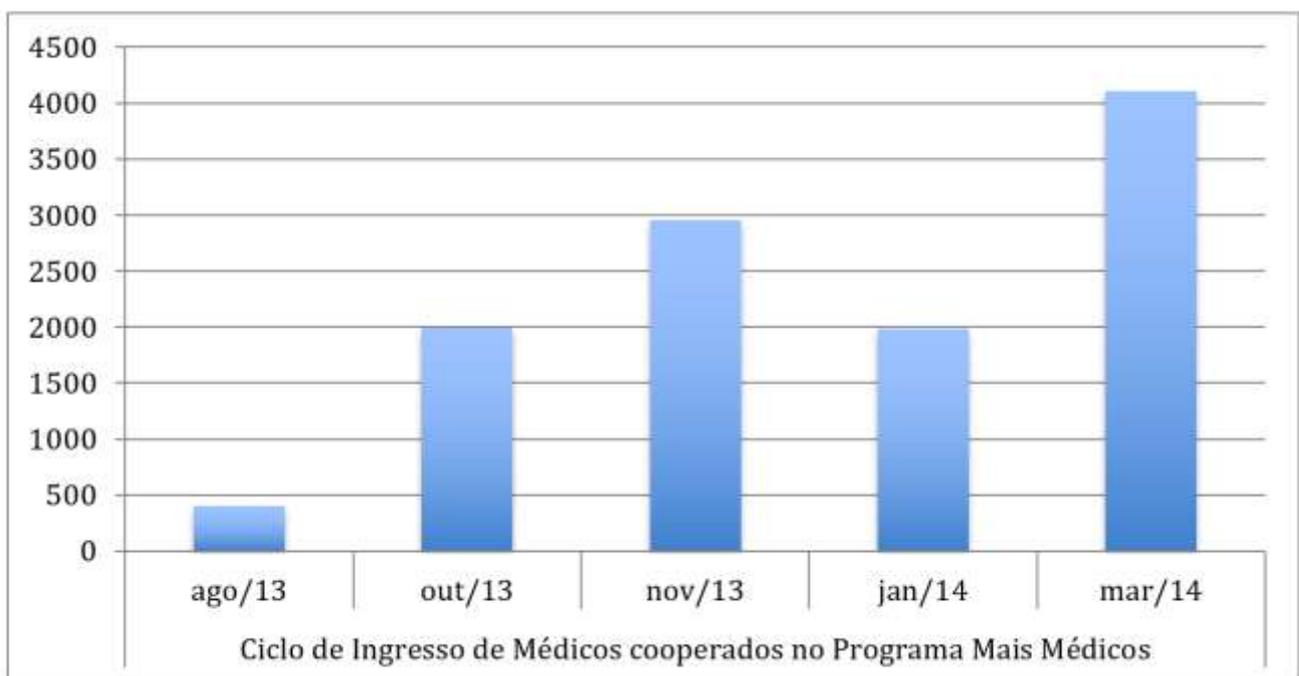
Do mesmo modo, a OPAS assinou o acordo com o Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de Cuba para efetivar a chegada dos médicos que passaram a ser denominados cooperados. Segundo a perspectiva cubana, a cooperaço afirmava e se pautava por alguns princípios básicos: um eixo importante da política externa cubana; direcionada a governos centrais e

locais buscando se desenvolver de forma sustentável; envolvendo profissionais com enfoque na atenço primária, que não opinam em assuntos relativos à política interna ou costumes locais; buscando beneficiar o maior número possível de pessoas; tendo ênfase em áreas remotas; e feita a partir da soma das potencialidades dos países envolvidos, sem finalidade de lucro e considerando as diferenças existentes.²⁶

A implementaço do Eixo Provimento e a primeiras ações, resultados e polêmicas relacionadas às Cooperaço

As chegadas dos médicos cooperados, conforme os ciclos de chamamento do PMM, podem ser resumidas no gráfico que segue (FIGURA 01):

Figura 1. Distribuço dos médicos cubanos nos cinco primeiros ciclos de chegada no Brasil.



Fonte: dados do DEPREPS/SGTES/MS.

Os cinco primeiros ciclos de chegada desses médicos fizeram com que correspondessem a 79,11% dos participantes do PMM, sendo 11.442 dos 14.462 profissionais do Programa. Os cooperados foram distribuídos em 3.495 municípios de todos os estados do Brasil, tendo sido os responsáveis pelo preenchimento das vagas nos municípios tidos como prioritários para o programa, correspondendo às localidades de maior vulnerabilidade social e econômica.

Ao observar o local de atuação, é evidente a presença desses profissionais em regiões de maior vulnerabilidade.²⁷ Um exemplo disso é que, conforme dados do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), 45% dos cubanos foram alocados em municípios com mais de 20% da população em extrema pobreza, o grupo de municípios mais vulnerável dentre aqueles considerados pelo PMM. Também é chamativa a presença dos cooperados nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: 96% dos médicos do PMM nessas localidades eram cubanos. A esses percentuais ainda se somam outras áreas de grande vulnerabilidade, como assentamentos rurais e quilombolas e a periferia de grandes cidades.

Contudo a atuação dos médicos cubanos seguiu fomentando um acirrado debate público devido à resistência cada vez mais forte de entidades da corporação médica. Um dos momentos mais marcantes desse enfrentamento foi o protesto de médicos brasileiros em Fortaleza, onde o exército

precisou fazer um cordão de isolamento para permitir o deslocamento dos médicos cubanos. No dia seguinte, a foto do médico cubano Juan Delgado sendo vaiado estampou a capa de diversos jornais. Porém, esse momento também coincidiu com a mudança da opinião pública sobre o Programa: em julho de 2013, segundo pesquisa de opinião publicada na grande imprensa, 49,7% dos entrevistados era a favor do PMM trazer médicos estrangeiros para atender a população brasileira. Em novembro do mesmo ano, mês em que o número de médicos cubanos do PMM ultrapassou cinco mil, a aprovação já havia aumentando para 73,9% dos entrevistados.²⁸

O apoio popular era ainda mais importante no caso do PMM porque ele foi criado por uma Medida Provisória que, para ser ratificada e convertida em Lei, precisava ser aprovada em votação nas duas casas do Congresso Nacional. Assim, compreendendo que os médicos cubanos representavam a maioria dos participantes no PMM e ao mesmo tempo estavam localizados em áreas mais vulneráveis, podemos afirmar que a Cooperação foi decisiva não só para os resultados imediatos do Programa – ter médicos em número suficiente para atender as populações cujos gestores municipais demandaram o atendimento do Programa – como também para fortalecê-lo politicamente, viabilizá-lo legalmente e impulsionar a sua implementação.

Na mesma linha, é possível afirmar também que a cooperação foi decisiva para o alcance

dos primeiros resultados do PMM que contemplam diversas dimensões: a ampliação da cobertura da AB em uma proporção quatro vezes maior que a média dos cinco anos anteriores; a ampliação do número de consultas em 33% nos municípios participantes no Programa; impacto nos indicadores de saúde, como a diminuição de internações sensíveis à AB; e a avaliação positiva que usuários, médicos e gestores fizeram do programa.^{27,29,30}

A crescente aprovação da população e dos gestores municipais^{28,29} e a divulgação do resultado de pesquisas científicas que mostravam também resultados e efeitos positivos do programa, ajudam a compreender certos deslocamentos nos discursos de opositores do PMM sobre os médicos cubanos. De um lado, já em 2014, as entidades médicas diminuíram os questionamentos sobre a qualidade dos médicos, direcionando-os para a forma de vinculação dos mesmos.²⁵ De outro, os candidatos à presidência da república nas eleições de 2014 que não defendiam o PMM, passaram a fazê-lo no decorrer do processo eleitoral, sendo que somente um manteve a crítica sobre o modo de vinculação dos mesmos.³¹

As argumentações se baseavam no formato do vínculo do médico com o governo cubano, que recebe do governo brasileiro o valor referente a cada médico no mesmo parâmetro de quem ingressa por edital. A cooperação com Cuba acontece através de uma modalidade de

Servicios Médicos Cubanos, na qual o Brasil faz o aporte de recursos para a OPAS e a organização transfere os valores para Cuba. A lógica do contrato dos países com Cuba e o modelo genérico de remuneração dos médicos são praticados por Cuba, com pequenas diferenças, nos mais de 60 países com os quais estabelece cooperação.²⁶

Os médicos são servidores de carreira de Cuba e continuam recebendo sua remuneração original na moeda de seu país, acrescido de um incentivo salarial em virtude da participação em missão internacional. Além dessa remuneração recebem um valor para manutenção das suas atividades em moeda que possa utilizar no país da missão. No caso do Brasil, o valor em reais recebido diretamente pelos médicos equivalia à bolsa de um médico brasileiro em especialização lato sensu, modalidade residência médica. Esse valor não corresponde ao mesmo de quem ingressa por edital, pois, além deles não totalizarem todos os valores recebidos pelos médicos cubanos, os recursos são utilizados também para manutenção do sistema de saúde cubano, que é integralmente público e estatal.²⁶

Diversas foram as comparações sobre a questão salarial. Muitas delas ignoravam as receitas dos médicos cubanos descritas acima e também as diferenças importantes entre as sociedades brasileira e cubana no que diz respeito à organização econômica e social. De todo modo, independente da inadequação da comparação, a resposta do Governo brasileiro foi que os

médicos cubanos eram funcionários do governo cubano e que a gestão dos recursos por Cuba estava relacionada à sua soberania enquanto nação.²¹

Outro objeto de questionamento no processo de implementação foi quanto à desistência de médicos cubanos de seguirem participando do PMM. Embora bastante destacadas pela imprensa, os dados do DEPREPS, consolidados

na Tabela 1, mostram que a desistência de cubanos até dezembro de 2015 - último ano no qual esses dados eram de acessíveis ao público - era a menor entre os perfis de médicos participantes. Além disso, era o único grupo passível de pronta reposição: conforme o acordado na Cooperação, a OPAS substituía imediatamente uma médico que abandonava por outro sem que isso implicasse em novos custos para o MS.

Tabela 1. Desistência por grupo de médicos até dezembro de 2015.

	Geral	Brasileiros	Intercambistas Individuais	Cooperados
Ingressantes	19.476	6.247	1.711	11.518
Desistentes	888	726	38	124
Índice de Desistência	4,6%	11,6%	2,2%	1,1%

Fonte: Dados do DEPREPS/SGTES/MS.

Por fim é importante destacar que se o PMM tinha no Eixo Provimento uma medida necessária e de efeitos imediatos, reconhecia que o Eixo Formação era o mais estruturante do Programa.²¹ A ampliação e interiorização de vagas de curso de medicina no Brasil, a priorização da formação na perspectiva de medicina de família e comunidade, a universalização das vagas de residência médica e criação de um novo itinerário de especialização no qual os médicos deveriam ser formar em medicina de família e comunidade e atuar na AB do SUS no decurso dessa formação, apontavam não só para o enfrentamento da baixa quantidade médicos comparada às

necessidades da população, mas também promovia fatores de interiorização e fixação do trabalho médico em áreas antes com muita dificuldade de atraí-los. Com efeito, o PMM projetou uma substituição gradual e progressiva dos médicos estrangeiros por médicos brasileiros ao término do período determinado em seus contratos, na perspectiva de que essa regiões deixassem de apresentar escassez de médicos.

Conclusão

O estudo apontou que a existência e experiência anterior do PROVAB, incluindo sua

implementação, avaliação e tentativas de modificá-lo para superar problemas, foi muito importante para o processo de formulação e implementação do PMM se dar como se deu. O diálogo com países, experiências e organizações internacionais também foi outro fator que influenciou na modelagem do Programa. Além disso, a cooperação com a OPAS e Cuba, como vimos, foi decisiva no processo inicial de formulação do PMM para ele ter o desenho com o qual foi criado, para viabilizar sua implementação e garantir seus resultados, em especial, os iniciais.

Diversos estudos têm apresentado uma avaliação bastante positiva do Programa, a exemplo dos altos índices de satisfação de usuários, médicos participantes e gestores com o PMM; redução do número de municípios com escassez de médicos, expansão no acesso aos serviços de saúde nas regiões mais vulneráveis, e um agregado de bons resultados em diminuição das internações e ampliação do acesso. Pela alta proporção, por atuarem nas regiões mais vulneráveis e com maior escassez e por terem uma avaliação por parte dos usuários melhor que a média dos demais participantes do PMM,²⁹ é possível afirmar que grande parte desses resultados se devem à Cooperação e à atuação dos médicos cubanos no Programa.

O fim da cooperação com a OPAS e Cuba no PMM provocado pelo tensionamento e pelo anúncio de novas condicionalidades e de mudança unilateral nos termos do acordo pelo presidente eleito em 2018, Jair Bolsonaro,

certamente terá efeitos. De um lado, ocasionará o não preenchimento de vagas justamente nas áreas mais vulneráveis, resultando em falta de acesso a atendimento médico justamente para as populações com maior necessidade. De outro, mesmo nos locais onde as vagas possam ser preenchidas, provavelmente haverá maior rotatividade de profissionais prejudicando a qualidade e resolubilidade do cuidado em saúde.

Como evidencia-se ao longo do texto, as exigências de mudança contratual e de realização de exames de revalidação demonstram desconhecimento da organização do Programa. Os resultados do Programa demonstrados pelas pesquisas e a não apresentação de uma solução alternativa de política pública que enfrente os problemas que deram causa ao PMM, mostram que essa situação foi precipitada e provocada por razões de cunho mais ideológico que técnico e não está amparada em estudos e nem na análise de resultados e alternativas.

Outras ameaças importantes ao Programa continuam em pauta, principalmente no Eixo de Mudança da Formação Médica. Proposições que excluam mecanismos de regulação da formação na Lei levariam a retrocessos importantes na gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS e tornariam a necessidade de provimento emergencial cada vez mais permanente. Por mais que a cooperação com a OPAS e Cuba tenha sido importante e tenha trazido muitos resultados

positivos, é fundamental que se tenham estratégias sustentáveis que garantam que a formação de médicos no país atenda, em quantidade e qualidade, às necessidades do sistema de saúde.

Experiências como o PMM demonstram a necessidade de ações efetivas por parte do Estado para problemas como a escassez de médicos que perpetuam a desigualdade no Brasil. Demonstram ainda o quanto é possível aprender com as experiências, colaborações e

cooperações internacionais, em especial as cooperações Sul-Sul, e reforçam que qualquer medida imediata precisa ser amparada por, coerente e sinérgica com medidas estruturantes de médio e longo prazo que buscam concretizar o princípio constitucional de que o SUS deve ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. O Estado deve ter capacidade e condições de planejar e regular a formação e atuação dos profissionais de saúde em função das necessidades sociais de saúde da população e do sistema de saúde.

Referências

- ¹Grobler L, Marais B, Mabunda S et al. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 1:CD005314.
- ²Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet*. 2008; 371: 668-674.
- ³Buykx P, Humphreys J, Wakerman J et al. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health* 2010; 18:102-109.
- ⁴Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88: 379-385.
- ⁵Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- ⁶Pinto HA et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014; 38(n. esp.):358-372.
- ⁷Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 23 out 2013 [citado 6 set 2018]. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/mp621_maismedicos_.pdf>.
- ⁸Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [Internet]. [citado 6 set 2018] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.
- ⁹Girardi SN et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz, MR, França T (Org.). *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2011. p. 171-186. *ObservaRH*,
- ¹⁰Universidade Federal de Minas Gerais. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. *Sinais de mercado: admissões por 1º emprego formal (RAIS/TEM) e egressos de medicina*. Belo Horizonte; 2011. (Censo da Educação Superior do INEP).
- ¹¹Oliveira FP et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface Comunic Saúde Educ*.2015; 19(54):623-634.
- ¹²Costa G, Dagnino R. (orgs). *Gestão estratégica de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora T+8; 2008.
- ¹³Secchi L. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning; 2010. v. 133.

- ¹⁴Pierson P. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *Ame polit science review*. 2000;94(2):251-267.
- ¹⁵Mahoney J, Thelen K. A theory of gradual institutional change. In: Mahoney J, Thelen K. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge: University Press; 2009.
- ¹⁶Coêlho DB. Mecanismos políticos e institucionais da difusão de políticas. In: Faria CAP, Coêlho DB, SILVA SJ (Orgs). *Difusão de políticas públicas*. São Bernardo do Campo: Ed UFABC; 2016. p.35-64.
- ¹⁷May T. *Pesquisa social: questões métodos e processos*. 3.ed. Porto Alegre: ArtMed; 2004.
- ¹⁸Muller P, Surel Y. *A análise das políticas públicas*. Pelotas: Educat; 2002.
- ¹⁹Côrtes SV, Lima LL. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. *Lua Nova*. 2012; 87:33-62.
- ²⁰John P. Is there life after policy streams, advocacy coalitions, and punctuations: Using evolutionary theory to explain policy change? *Policy Studies J*. 2003; 31(4):481-498.
- ²¹Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- ²²Pinto HA. *O que tornou o Programa Mais Médicos Possível: análise da formação da agenda e do processo de formulação do Programa Mais Médicos*. Porto Alegre; 2018. (Projeto de Pesquisa).
- ²³Portela GZ et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2017 [citado 06 set 2018]. 22(7):2237-2246. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702237&lng=en&nrm=iso.
- ²⁴Alves SMC et al. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2017 [citado 06 set 2018];22(7):2223-2235. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702223&lng=en&nrm=iso.
- ²⁵Gomes LB, Merhy EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface Comunic Saúde Educ. [Internet]* 2017[citado 06 set 2018]; 21 (supl.1) [citado 06 set 2018]. Disponível em: [14101&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702223&lng=en&nrm=iso).
- ²⁶Marimon NT, Martinez EC. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. *Rev Cubana Salud Pública*. 2010;36(3):254-262.
- ²⁷Pinto HA, Oliveira FP et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2017.
- ²⁸Confederação Nacional dos Transportes. Pesquisa CNT/MDA: Relatório Síntese – Rodada 116 – 31 de outubro a 04 de novembro [Internet]. Brasília; 2013. [citado 6 set 2018] Disponível em: [http://cms.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa %20CNT%20MDA/Relatorio%20SINTESE%20-%20CNT%20NOVEMBRO2013%20-%20R116%20-%20FINAL.pdf](http://cms.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20CNT%20MDA/Relatorio%20SINTESE%20-%20CNT%20NOVEMBRO2013%20-%20R116%20-%20FINAL.pdf).
- ²⁹Pesquisa avaliação de política pública para saúde no brasil: Programa Mais Médicos. UFMG e IPESPE. 2015.
- ³⁰Rede Observatório Programa Mais Médicos. Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014 [Internet]. [citado 6 de set 2018] Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>.
- ³¹Ferla AA, Pinto HA, Possa LB, Trepte RF, Ceccim RB. Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: o caso do Programa Mais Médicos. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2017; 21:1129-1141.

Submissão: 08/02/2019
Aceite: 13/04/2019