



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

VIVIANE KAROLINE DA SILVA CARVALHO

**O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E AS RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO  
MUNDIAL DE SAÚDE SOBRE ATRAÇÃO, RETENÇÃO E RECRUTAMENTO DE  
MÉDICOS PARA ÁREAS RURAIS E REMOTAS**

Ceilândia - DF

2015

VIVIANE KAROLINE DA SILVA CARVALHO

**O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E AS RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO  
MUNDIAL DE SAÚDE SOBRE ATRAÇÃO, RETENÇÃO E RECRUTAMENTO DE  
MÉDICOS PARA ÁREAS RURAIS E REMOTAS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito obrigatório para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

Ceilândia – DF

2015

VIVIANE KAROLINE DA SILVA CARVALHO

**O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E AS RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO  
MUNDIAL DE SAÚDE SOBRE ATRAÇÃO, RETENÇÃO E RECRUTAMENTO DE  
MÉDICOS PARA ÁREAS RURAIS E REMOTAS**

Monografia aprovada pela banca examinadora em \_\_/\_\_/\_\_ para obtenção de título de  
bacharel em Saúde Coletiva.

---

Orientador: Prof. Dr. Everton Nunes da Silva  
(Faculdade de Ceilândia / Universidade de Brasília)

---

Membro: Prof<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Carla Pintas Marques  
(Faculdade de Ceilândia / Universidade de Brasília)

---

Membro: Prof<sup>a</sup>. Dra. Mariana Sodário Cruz  
(Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília)

Ceilândia,  
2015

À minha mãe, que apesar de não demonstrar o seu amor da forma como eu gostaria (mas sim de uma forma que talvez eu nunca compreenda), nunca deixou de investir em mim e colocar a minha educação em primeiro lugar.

## AGRADECIMENTOS

Antes de mais nada é preciso agradecer a Deus por cada experiência vivida e cada dificuldade enfrentada que me fizeram amadurecer muito nessa caminhada. Agradeço por Ele colocar pessoas tão maravilhosas no meu caminho e sempre nos momentos certos, e por ter possibilitado que eu vivesse experiências únicas na minha vida, em especial nos meus anos de faculdade, que me mudaram radicalmente desde o meu primeiro dia de aula.

Sou grata e admiro cada professor que eu tive, mas tiveram alguns que me marcaram profundamente e seria injusto eu não agradecê-los por isso. Primeiramente, a uma mulher que eu admiro muito pela sua história de vida, dedicação e paixão pelo seu trabalho, à profa. Inêz Montagner, que me fazia querer acordar cedo (sem reclamar) para ir para as aulas; à profa. Mariana Sodario, que além de me fazer gostar de TMA, também despertou o meu olhar para o controle social e me possibilitou participar de um projeto cujas vivências eu jamais esquecerei; à profa. Larissa Bastos, que tentava conquistar uma turma cuja aula acontecia em horário de almoço e mesmo assim sempre trazia formas novas de mostrar a importância da comunicação em saúde; à profa. Carla Pintas, que me encantava com os relatos da sua atuação profissional durante as aulas de modelos; à profa. Silvia Badim por todas as discussões sobre direito sanitário; à profa. Flávia Reis de Andrade, cujas aulas de bioética ampliaram muito a minha forma de construir uma opinião; e por último, mas não menos importante, ao prof. Everton Silva, que além de despertar o meu amor pela área de economia da saúde, me apoiou, ajudou, ouviu as minhas lamentações e me incentivou durante a orientação do presente trabalho.

Agradeço ao meu noivo por todo o incentivo e ajuda durante a minha caminhada acadêmica, por sempre acreditar em mim, não me deixar desistir e por ser cada vez mais o meu melhor amigo. À minha cachorrinha Olívia que, apesar de não falar comigo verbalmente, sempre me enche de amor e alegria. Aos meus amigos, mas em especial às minhas queridas amigas Juliana Tavares, Sarah Olímpio e Jacqueline Figueiredo pela paciência e por todo o apoio com os textos e à banca examinadora por se disponibilizar a participar desse momento tão especial para mim.

“Eu disse a uma amiga:

— A vida sempre superexigiu de mim.

Ela disse:

— Mas lembre-se de que você também superexige da vida.

Sim.”

Clarice Lispector

## RESUMO

**Introdução:** A Organização Mundial de Saúde (OMS) é um organismo internacional de saúde pública e desenvolveu um conjunto de estratégias para melhorar a atração, a retenção e o recrutamento de profissionais de saúde em áreas rurais, que é um desafio que muitos países tem em comum. No Brasil, foi instituído o Programa Mais Médicos, com o objetivo aumentar o número de médicos no Brasil, principalmente em áreas de escassez profissional. **Objetivos:** Analisar se o Programa Mais Médicos está adotando medidas para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde publicadas em 2010. **Metodologia:** A estrutura do trabalho divide-se em uma revisão narrativa da literatura de artigos científicos sobre países que desenvolveram medidas para atrair e reter médicos em áreas rurais e em uma análise documental. **Resultados:** Nas quatro categorias analisadas, verificou-se que o PMM não atende 8/16 recomendações, totalizando 50% das recomendações que foram feitas pela OMS. **Considerações Finais:** O Projeto Mais Médicos, apresenta tanto desafios como avanços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, apesar de atender metade das recomendações, algumas recomendações que não foram atendidas já estavam sendo desenvolvidas no SUS. É importante aliar os avanços do programa, as recomendações da OMS e a solução dos desafios para possibilitar um enfrentamento da escassez de profissionais de saúde para áreas rurais de forma ampla, potencializando os benefícios para o SUS.

**Palavras-chave:** Escassez de médicos; distribuição desigual; atração, retenção e recrutamento de força de trabalho; provimento de profissionais de saúde; médicos rurais.

## ABSTRACT

**Introduction:** Poor distribution and the shortage of doctors and health professionals is a feature that many countries have in common and the distribution of these professionals is a factor that can't be evaluated in isolation. According to the World Health Organization (2010), half the world's population lives in rural areas, while the majority of health workers live and work in cities. The "Programa Mais Médicos", established by law 12.871/13, aims to increase the number of doctors in Brazil, mainly in areas of professional shortage through measures ranging from a change in the curriculum of medical students up to hiring foreign doctors. The World Health Organization (WHO) is an international public health agency and developed a set of strategies to improve the attraction, retention and recruitment of health professionals in rural areas. **Objectives:** To analyze if the "Programa Mais Médicos" is taking steps to improve the attraction, recruitment and retention of health workers in remote and rural areas according to the World Health Organization recommendations published in 2010. **Methodology:** The work structure is divided into a narrative review of the scientific literature articles about countries that have developed measures to attract and retain doctors in rural areas and in a documentary analysis. **Results:** In the four analyzed categories, it was found that the "Programa Mais Médicos" does not meet 8/16 recommendations, totaling 50% of the recommendations made by the WHO. **Final Thoughts:** The "Programa Mais Médicos" presents both challenges and advancements to the "Sistema Único de Saúde (SUS)" and, in spite of meeting half of the recommendations, some recommendations that were not met were already being developed in the SUS. It is important to combine the program advances, the WHO recommendations and the solution of the challenges to enable a broad confrontation of the shortage of health professionals to rural areas, increasing the benefits for the SUS.

**Keywords:** medical shortages; unequal distribution; attraction, retention and recruitment of workforce; health professionals; rural doctors.

## LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CFM - Conselho Federal de Medicina

DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas

ESF - Estratégia Saúde da Família

eSF - Equipes de Saúde da Família

eSFR - Equipes Saúde da Família Ribeirinhas

eSFF - Equipes Saúde da Família Fluviais

MP – Medida Provisória

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PBP - Programa Nacional de Bolsa Permanência

PMM - Programa Mais Médicos

pMM - Projeto Mais Médicos

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica.

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Porcentagem de recomendações da OMS atendidas pelo PMM ..... 43

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Estatísticas sobre a escassez de médicos em países selecionados.....	17
Quadro 2 - Avanços e dificuldades na implementação da atenção primária em países selecionados .....	29
Quadro 2 - Avanços e dificuldades na implementação da atenção primária em países selecionados .....	30
Quadro 3 - Estratégias para enfrentar o problema da escassez de médicos adotadas pelos países selecionados .....	31
Quadro 4 - Perguntas e critérios para orientar a seleção, desenho, implementação, monitoramento e avaliação das intervenções de retenção rurais .....	36
Quadro 5 - Categorias de intervenções usadas para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais, segundo a OMS (2010).....	37
Quadro 6 - Categorias de intervenções usadas no Programa Mais Médicos de acordo com as recomendações da OMS para melhorar atração, recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais .....	39
Quadro 7 – Valores gastos no PMM segundo Auditoria do TCU .....	47
Quadro 8 - Diminuição de incentivos segundo Auditoria do TCU .....	49

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Escassez de médicos: definição, causas e efeitos .....</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>23</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>24</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
<b>5.1 Medidas propostas para a retenção de médicos em áreas rurais, remotas e vulneráveis .....</b>	<b>26</b>
<b>5.2 Recomendações da OMS.....</b>	<b>35</b>
<b>5.3 Programa Mais Médicos .....</b>	<b>39</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>6.1 Recomendações Atendidas pelo PMM .....</b>	<b>44</b>
<b>6.2 Recomendações não atendidas pelo PMM.....</b>	<b>50</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A má distribuição de médicos e os desequilíbrios na composição das equipes de saúde com concentração dos profissionais de saúde em centros urbanos e escassez de mão de obra médica em áreas rurais é um problema que muitos países têm em comum (DAL POZ, 2013). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010), metade da população mundial reside em áreas rurais e remotas, enquanto a maioria dos trabalhadores de saúde vive e trabalha nas cidades. Além da má distribuição de profissionais de saúde dentro de um país causada pela migração de profissionais para os centros urbanos, existe também a migração de profissionais altamente qualificados de países com um baixo desenvolvimento econômico para países desenvolvidos, chamada de "fuga de cérebros", cujo acontecimento é reconhecido internacionalmente desde os anos 1960 (SCOTT et al., 2004).

A distribuição geográfica de profissionais de saúde é um fator que não pode ser tratado isoladamente. Segundo Dussault e Franceschini (2006), algumas estratégias adotadas para enfrentar o problema da má distribuição profissional são medidas desenvolvidas em resposta a crises, mas devem considerar fatores que vão além do domínio do Ministério da Saúde, criando estratégias integradas e coordenadas que avaliem de forma abrangente o ambiente no qual o profissional será inserido. Carvalho e Sousa (2013) destacam que as políticas de provimento devem ter como foco a mudança do processo de trabalho, promovendo uma integração entre as universidades e os serviços para alterar a realidade local.

Em um estudo desenvolvido por Póvoa, Andrade e Moro (2004), existe uma significativa diferença de atração profissional entre as regiões do Brasil, onde o Norte e o Centro-Oeste apresentam uma grande probabilidade de ter médicos que não são "naturais" dessa região e o Nordeste destaca-se como uma região que é pouco atrativa para os migrantes. Garcia, Rosa e Tavares (2014) destacam que a atenção básica precisa de um número maior de médicos por equipamentos e que discussões acerca do uso de recursos para contratação de novos profissionais precisam ser feitas.

Segundo Carvalho e Sousa (2013), com a expansão da cobertura da atenção básica é importante discutir novas propostas e estratégias de provimento e fixação de profissionais de saúde, e investimentos no processo de formação médica e educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco no cuidado em saúde. Rodrigues et. al. (2013) afirmam que no Brasil, em comparação com experiências internacionais, existe um padrão de baixa regulação estatal do trabalho e formação médica, resultando em uma baixa oferta de profissionais para trabalharem na Estratégia Saúde da Família (ESF), flexibilização da carga horária dos médicos e criação do Programa Mais Médicos (PMM), que segundo o autor, foi recebido de forma bastante crítica por representantes da categoria profissional médica.

O PMM, instituído pela Lei 12.871/13, tem como objetivo aumentar o número de médicos no Brasil, principalmente em áreas que apresentam um número baixo de médicos por habitante, além de promover a mudança da matriz curricular, reordenação da oferta de cursos de medicina, priorizando lugares com escassez de médicos, ampliação das vagas dos cursos de medicina, estabelecer o serviço obrigatório na atenção básica ou nos serviços de urgência e emergência do SUS para graduandos em medicina a partir do primeiro semestre de 2015, além de contar com a contratação de médicos brasileiros, brasileiros formados no exterior, e estrangeiros por um período de três anos (prorrogáveis por mais três) para atuarem em municípios com poucos profissionais de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é um organismo internacional de saúde pública, que tem como objetivo melhorar a saúde dos países a partir da orientação dos esforços estratégicos de colaboração entre os Estados membros e outros parceiros, para promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas. (OPAS, 2015) Para orientar os países com estratégias que incentivem que os profissionais de saúde vão trabalhar em áreas remotas e rurais a OMS desenvolveu um conjunto de estratégias para melhorar a atração, a retenção e o recrutamento de profissionais de saúde em áreas rurais, presentes no documento *“Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations”*.

Com base na relevância e influencia que a OMS tem, que é uma organização de referência mundial e cujo documento analisado é um orientador para a implementação de políticas de provimento de recursos humanos para os países, o objetivo do presente trabalho é analisar se o Programa Mais Médicos está adotando medidas para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde publicadas em 2010. O estudo justifica-se pela influencia da OMS no panorama mundial e pelas suas recomendações serem feitas a partir das experiências de outros países, o que contribui para apontar quais estratégias podem ser exitosas ou não, além da importância de tomar decisões baseadas em evidências científicas com o objetivo de melhorar o desempenho do SUS poupando tempo e recursos. Segundo Reis et al. (2011), é importante evitar seguir meias-verdades perigosas e enfrentar o que de fato funciona ou não, pois, meias verdades podem envolver muito dinheiro e levar ao fracasso.

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Escassez de médicos: definição, causas e efeitos**

Para que se possa alcançar os resultados de saúde que foram definidos pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) adotados no ano 2000, é necessário que a população possa ter acesso a serviços de saúde de boa qualidade (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006). Para que os serviços de saúde tenham uma qualidade elogiável, torna-se indispensável a presença de médicos e outros profissionais de saúde.

Com o avanço das tecnologias e a supervalorização das máquinas e exames, é importante reconhecer e reafirmar a importância do trabalhador de saúde e da sua capacidade de produzir o cuidado (CEBES, 2013). A preocupação com mercado de trabalho dos profissionais de saúde faz parte da agenda dos sistemas de saúde na América Latina desde os anos 1950 (LUIZ; BAHIA 2009) e os gestores de todas as esferas do SUS, em consenso, afirmam que de todas as categorias de profissionais de saúde, os médicos são os profissionais mais difíceis de contratar. (CEBES, 2013)

A má distribuição de médicos é um problema que ocorre em vários países e vem sendo analisada de forma sistemática desde a década de 1960 (MACIEL FILHO, 2007). O número de vagas desocupadas nos serviços de saúde evidencia a falta de profissionais de saúde, fator que existe tanto em países ricos como países pobres (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006).

Existem autores que afirmam que a quantidade de médicos no Brasil atualmente é suficiente para a demanda de cuidados que a população necessita. Ribas (2013), vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, afirma que “o Brasil tem hoje 400 mil médicos e começa a formar outros 18 mil a cada ano. Os números são mais do que necessários à nossa realidade”. Em oposição, o CEBES discorda das argumentações feitas por entidades médicas que relatam a suficiência de médicos, e

aponta a deficiência e a má alocação de médicos como um problema grave (CEBES, 2013)

Apesar da necessidade de uma equipe de saúde para oferecer um atendimento de qualidade e do bem-estar de uma comunidade ser um fator fortemente influenciado pela alocação dos profissionais de saúde, o local de atuação do médico nem sempre coincide com o que é melhor para a sociedade, levando a um número total de médicos que é considerado adequado, entretanto, é mal distribuído (PÓVOA; ANDRADE; MORO, 2004).

A Organização Mundial de Saúde afirma que falta um número suficiente de profissionais em áreas rurais e remotas na maioria dos países: apesar de cerca de metade da população mundial viver em áreas rurais, essas áreas são atendidas por menos de um quarto do número total de médicos e por 38% do total de trabalhadores de enfermagem, e que os desequilíbrios são ainda maiores em alguns países (OMS, 2009). O Quadro 1 apresenta algumas estatísticas sobre a escassez de profissionais de saúde em países selecionados.

**Quadro 1 Estatísticas sobre a escassez de médicos em países selecionados**

<b>País e autor citado pela OMS</b>	<b>Localização e população</b>	<b>Profissionais de saúde</b>
Bangladesh (Zurn et al, 2004)	Quatro zonas metropolitanas, onde apenas 15% da população reside	Reunem 30% de trabalhadores de enfermagem.
África do Sul (Hamilton e Yau, 2004)	46% da população total reside em áreas rurais	Concentram apenas 12% dos médicos e 19% dos enfermeiros;
Quênia	Nairobi (capital do país), responde por 7,5% da população	Detém 64% dos psiquiatras

(Continua)

País e autor citado pela OMS	Localização e população	Profissionais de saúde
EUA (Ricketts, 2000)	20% da população vive em áreas rurais	9% dos médicos registrados trabalham em áreas rurais.
Canadá	A área rural abrange 99,8% do território do país (24% da população canadense em 2006)	Representa apenas 9,3% da força de trabalho médico
Tanzânia (Wyss, 2003)	Áreas rurais	60% dos cargos vagos para o pessoal com habilidades de enfermagem

Fonte: Elaboração própria com adaptações do documento divulgado da primeira reunião de peritos da OMS para desenvolver as recomendações baseadas em evidências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009)

Segundo Póvoa, Andrade e Moro (2004), no Brasil, os médicos atuam em maior proporção em regiões que apresentam um maior desenvolvimento econômico, o que leva a uma grande desigualdade na distribuição geográfica dos médicos. O CEBES (2013), reconhece que o número de médicos no Brasil não é suficiente, e que a ausência de médicos tem um nível ainda mais elevado no SUS.

Scheffer (2013), comparou a quantidade de médicos por habitantes a partir dos referenciais de médico registrado, cadastrado, ocupado ou contratado e evidenciou que, por qualquer referencial observado, os moradores das regiões Sul e Sudeste apresentam uma média de médicos por habitante duas vezes maior que a média das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com exceção do Distrito Federal. O autor destaca ainda que apesar de existirem aproximadamente 400 mil registros de médicos em atividade no Brasil, o que leva a uma taxa de 2 profissionais por 1.000 habitantes, a região Norte e Nordeste apresentam um número inferior ao índice nacional, apresentando 1,01 e 1,2 médico por 1.000 habitantes, respectivamente. Em contrapartida, a região Sudeste apresenta uma razão de médico por habitante de 2,67, sendo duas vezes maior que a do Nordeste, seguida das regiões Sul, que obteve uma razão de 2,09, e Centro-Oeste, com 2,05 (SCHEFFER, 2013). É importante levar em consideração o tamanho do território do Brasil como um fator que pode contribuir para a concentração de médicos em áreas urbanas, pois, o Brasil possui uma grande extensão de áreas rurais.

Brito (2014), afirma que da mesma forma como os profissionais estão em falta, a distribuição dos mesmos não ocorre de forma proporcional, pois 22 estados apresentam um número de médicos abaixo da média nacional (2 médicos por 1.000 habitantes), fato esse evidenciado por Scheffer (2013), que aponta o Distrito Federal com uma razão de 4,09 médicos por 1.000 habitantes, o Rio de Janeiro, com 3,62, São Paulo, com 2,64 e destaca três estados com menos de 1 médico por 1.000 habitantes: Amapá (0,95), Pará (0,84) e Maranhão (0,71).

A falta de médicos, principalmente no SUS, pode estar relacionada com uma preferência dos médicos pelo trabalho no setor privado. Geralmente, os profissionais que se encontram em grandes áreas urbanas têm o objetivo de obter um desenvolvimento profissional, tanto financeiro quanto econômico, objetivo esse que pode influenciar a decisão do médico de atuar no setor privado (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006).

Scheffer (2013) indica a possibilidade da concentração de médicos em estabelecimentos privados a partir da diferença entre os médicos que estão registrados no Conselho Federal de Medicina (CFM) e os médicos do SUS que estão cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Com relação à distribuição nacional, a partir dos cadastros no CNES de médicos que prestam serviços ao SUS por cada 1.000 habitantes, o autor apontou a região Sudeste com a razão mais alta, de 1,35 médico para cada 1.000 moradores, em seguida a região Sul apresenta uma razão de 1,21 médico, o Centro Oeste de 1,13, o Nordeste de 0,83 e o Norte de 0,66.

A grande desigualdade na distribuição geográfica dos médicos que existe no Brasil ocorre por diversos fatores, como por exemplo, a distribuição de faculdades e programas de residência. Segundo Póvoa, Andrade e Moro (2004), os médicos se concentram em regiões com maior desenvolvimento econômico e com maior concentração de programas de residência, como nas Regiões Sul e Sudeste, que possuem 70,1% das faculdades de medicina do Brasil, promovendo uma distribuição geográfica desigual dos médicos, pois o Sudeste oferece 57% das vagas e conta com 57,7% do total de médicos. Rodrigues et al (2013), afirma que o Brasil precisa de mais

oferta de vagas em Medicina da Família e Comunidade e de incentivos para atrair os profissionais para essa área.

Carvalho e Sousa (2013) destacam a campanha intitulada “cadê o médico?”, que aconteceu em Janeiro de 2013, durante o “Encontro dos Prefeitos”, em Brasília, onde foram feitas reivindicações para o governo federal abastecer as diversas regiões do país com médicos e para a flexibilização das normas para a entrada de médicos estrangeiros para atuar na atenção básica. Com o objetivo de amparar as regiões mais necessitadas a curto prazo e gerar impactos sobre os indicadores de saúde, o Brasil instituiu o Projeto Mais Médicos (pMM) que conta com a atuação de médicos brasileiros e estrangeiros nessas áreas (GARCIA; ROSA; TAVARES, 2014).

Em relação à migração de profissionais formados em países de renda baixa ou média para países de renda alta, apesar de parecer um aspecto recente, é um fenômeno antigo e que acontece em vários países (SCOTT et al., 2004). Maciel Filho (2007) afirma que diagnósticos sobre a má distribuição de médicos é algo que já existe há muito tempo e que tentativas de minimizar esse problema têm sido elaboradas por cada país de acordo com o seu cenário político, econômico e social.

Apesar dos processos de regulamentação de entrada nos países limitarem a mobilidade de profissionais de saúde, a migração de profissionais de países de baixa e média renda para países ricos parece estar aumentando (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006). Scott et al. (2004) afirma que o recrutamento de profissionais de saúde de países pobres que é feito pelos países ricos ameaça a viabilidade de programas de saúde fundamentais nos países pobres, especialmente na África sub-Saariana.

Países que apresentam uma boa situação econômica podem contornar os efeitos da má distribuição de profissionais através de estratégias que fazem uso de tecnologias, como a transferência via aérea ou a telemedicina (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006). Um outro fator que auxilia na melhoria da distribuição de médicos, apontado por Dussault e Franceschini (2006), é a migração de profissionais estrangeiros para países desenvolvidos, entretanto, essa melhora na distribuição acontece em menor escala em países com baixo poder econômico que recebem médicos imigrantes.

Scott et al. (2004), afirmam a dependência de médicos estrangeiros para o funcionamento do sistema de saúde australiano e que não prevê a diminuição dessa relação devido as decisões passadas acerca dos programas de educação médica e pelas pretensões da força de trabalho médica. Desde a década de 1990, o governo Australiano buscou estratégias e incentivos para recrutamento e retenção dos médicos nas áreas rurais com o objetivo de enfrentar a crise de falta de médicos para áreas remotas (BUYKX et al., 2010). A dependência australiana de médicos estrangeiros é também confirmada por Han e Humphreys (2005), quando afirmam que “atualmente, o governo australiano se refere à contratação de médico estrangeiro como uma parte importante da solução para a escassez de mão de obra médica rural”.

Com relação a aspectos éticos relacionados com o recrutamento de médicos estrangeiros de países pobres para trabalhar em países ricos, há quem defenda que o trabalho médico é um bem que pode ser exportável, pois gera renda e é uma forma de compensar os investimentos em educação que foram feitos pelo país de origem (SCOTT et al., 2004).

O termo “fuga de cérebros”, segundo Araújo e Ferreira (2013), é usado para definir fluxos de migração de profissionais altamente qualificados de um país para o outro, geralmente de países em desenvolvimento para países desenvolvidos; quando a migração acontece entre países desenvolvidos, o termo “mobilidade” é empregado e geralmente a migração é caracterizada por recompensas salariais.

Dussault e Franceschini (2006) afirmam que quando existe um excesso de mão de obra em um determinado local, como por exemplo em áreas urbanas, pode ocorrer uma subutilização de profissionais, elevando o custo total do sistema de saúde e que ao invés dessa situação incentivar o deslocamento dos profissionais para as áreas rurais, muitos profissionais de saúde promovem a “fuga de cérebros”, e começam a sair para buscar oportunidades de emprego no exterior.

O deslocamento de áreas rurais para urbanas está relacionado com um conjunto de fatores que influenciam a decisão sobre onde o profissional irá trabalhar, como mostram Dussault e Franceschini (2006), destacando como principais fatores: planos de progressão na carreira; estilo de gestão, escalas de salários, recrutamento,

localização, e práticas de retenção, sendo destacadas como impedimento para atuar em áreas rurais as instalações inadequadas e a falta de equipamento e materiais.

Um outro problema que é importante ser abordado é a valorização do profissional da atenção básica. A falta de prestígio e valorização do profissional da atenção básica pode ser considerado um fator condicionante para o afastamento dos profissionais de áreas rurais e o aumento da migração de profissionais de áreas remotas para áreas urbanas. Dussault e Franceschini (2006) afirmam que em diversos países, médicos generalistas, enfermeiros e prestadores de cuidados de saúde que trabalham na atenção primária são menos valorizados pela sociedade e desfrutam de menos prestígio do que médicos especialistas e profissionais de saúde que trabalham em hospitais.

Rodrigues et al. (2013), chamam a atenção para o importante fato da influência que os médicos exercem no processo de tomada de decisões e na hierarquia organizacional das prestadoras de serviços de saúde. Os autores destacam que essa influência dos médicos pode ser justificada através da importância que as organizações de saúde dão para a valorização do conhecimento técnico (que incentiva as especializações), os padrões de atividade desenvolvidos por sociedades profissionais autorreguladas e a autonomia no controle do processo de trabalho.

A fuga de cérebros pode contribuir para uma diminuição do estoque de profissionais em áreas rurais e um aumento no estoque de profissionais nas cidades, criando uma demanda de profissionais de saúde no meio urbano maior do que a oferta de serviços, o que leva a um ciclo vicioso, pois, aumenta a carga de trabalho dos profissionais que ficam no meio rural, promovendo a ideia de que a migração para a cidade pode melhorar a sua situação; logo, os profissionais do meio rural migram para o meio urbano em busca de melhores condições de trabalho e quando percebem que as vagas de trabalho nas cidades estão limitadas, migram para outros países (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006).

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar se o Programa Mais Médicos está adotando medidas para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde publicadas em 2010.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Analisar as medidas propostas para a retenção de médicos em áreas rurais, remotas e vulneráveis a partir de estudos presentes na literatura;
- Descrever e analisar as recomendações da Organização Mundial de Saúde para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais; e
- Comparar e analisar as estratégias adotadas pelo Programa Mais Médicos com as recomendações feitas pela Organização Mundial de Saúde para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais.

## 4 METODOLOGIA

O presente estudo é descritivo, qualitativo e teve como foco a análise documental, no intuito de comparar as recomendações publicadas no ano de 2010 pela OMS com a lei 12.871/13, que instituiu o Programa Mais Médicos. A estrutura do trabalho divide-se em duas etapas, onde a primeira refere-se a uma revisão narrativa da literatura de artigos científicos sobre países que desenvolveram medidas para atrair e reter médicos em áreas rurais e a segunda a uma análise documental, que teve como fonte de dados o documento publicado sobre recomendações globais da OMS *“Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations”* e a lei 12.871/13. Após, foi realizada uma sistematização das informações e a análise crítica das informações.

O documento de recomendações foi desenvolvido por um grupo abrangente de peritos convocados pela OMS, que envolvia desde tomadores de decisão até representantes de profissionais, e tinha como objetivo examinar as evidências científicas existentes para fornecerem “uma orientação prática para os decisores políticos sobre como projetar, implementar e avaliar estratégias para atrair e reter trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas” (OMS, 2010). A construção foi feita com base em uma revisão de todos os estudos/relatórios relacionados com retenção, recrutamento e atração de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais, além de reuniões entre os peritos entre os anos de 2009 e de 2010. Foi usado como sistema de avaliação das evidências de intervenções o sistema GRADE (Classificação das Recomendações de Avaliação, Desenvolvimento e Avaliação), além de informações adicionais adicionadas pelos peritos como forma de complemento ao sistema GRADE. As propostas foram feitas com base em sete princípios para melhorar o recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais: focar na equidade em saúde; garantir políticas de retenção rurais como parte do plano nacional de saúde; compreender a força de trabalho em saúde; compreender fatores amplos, como contexto social, econômico e políticos; fortalecer a gestão de recursos humanos; envolver-se em todas as partes interessadas desde o início do processo; tornar um hábito o processo de avaliação das intervenções.

A versão eletrônica do documento de recomendações estava disponível no site da OMS e, apesar do documento indicar que as informações nele contidas eram válidas até o ano de 2013, decidiu-se adotar esse documento por três motivos: o primeiro refere-se ao ano em que o Programa Mais Médicos foi instituído (2013), ou seja, ainda estava dentro do prazo de validade das informações; o segundo motivo é que as recomendações do ano de 2010 foram as primeiras a serem publicadas sobre essa temática (OMS, 2010); e por fim, não foi encontrado outro documento de recomendações publicado após o ano de 2010 na data da elaboração do presente estudo.

Por se tratar de dados secundários e disponíveis publicamente na literatura, não houve necessidade de submeter este estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa

## 5 RESULTADOS

Com o objetivo de promover uma compreensão clara e objetiva dos resultados do presente trabalho, dividiu-se os resultados em três partes: a primeira parte está relacionada com as medidas propostas para a retenção de médicos em áreas rurais, remotas e vulneráveis, a segunda parte refere-se à descrição e análise das recomendações feita pela Organização Mundial de Saúde para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas; e por fim, a última parte trás uma breve introdução ao Programa Mais Médicos e analisa e compara as estratégias deste programa com as recomendações da OMS.

### **5.1 Medidas propostas para a retenção de médicos em áreas rurais, remotas e vulneráveis**

Diversos fatores influenciam a retenção dos médicos em áreas rurais, remotas e vulneráveis. Estes estão além da remuneração, pois, como evidenciado no estudo de Dussault e Franceschini (2006, p.13), “a renda é apenas uma variável no trabalho [...] e os incentivos financeiros geralmente não são suficientes para melhorar a distribuição de profissionais de saúde”.

Han e Humphreys (2005), em sua pesquisa com médicos estrangeiros, destacam pontos importantes para a retenção dos médicos, sendo eles: preparação para a prova do exame do Conselho Médico; isolamento profissional; carga de trabalho pesada; expectativa de um elevado nível de cuidados médicos; falta de acesso a especialistas, diferentes locais de treinamento; oportunidades de educação para os filhos e ocupação para os cônjugues; contatos com suas comunidades étnicas; discriminação; necessidades culturais étnicas e religiosas.

Maciel Filho (2007), aponta que os fatores que interferem na migração dos profissionais de saúde podem ser combatidos com o auxílio de políticas que

englobem aspectos de educação continuada, uma remuneração adequada, um sistema de referência e contra-referência e uma rede de comunicação, promovendo uma troca permanente de experiências. O autor destaca ainda três pontos que deveriam ser mudados na formação acadêmica dos médicos: (1) criação de escolas médicas que reorientem a distribuição geográfica e estimulem a fixação de profissionais em localidades de menor porte; (2) processos seletivos que promovam a admisão de estudantes rurais; (3) educação continuada e renovação profissional em localidades próximas.

É importante destacar a elaboração de políticas de retenção de médicos em áreas remotas, principalmente em países que sofrem da perda de médicos para países mais desenvolvidos como forma de contornar os altos índices de migração de profissionais, como as medidas apresentadas por Araújo e Ferreira (2003), onde os países caracterizados pela saída de profissionais, como o Reino Unido, Chile, Brasil, México e Austrália, focam as suas políticas públicas na retenção de profissionais, na ampliação de vagas nas universidades e centros de pesquisa, além de limitar o período de estadia no exterior de quem recebe bolsas de estudos. Outra medida adotada por alguns países são os programas de serviços obrigatórios, que garantem profissionais de saúde alocados em áreas determinadas como prioridade pelo governo (FREHYWOT, 2010).

Dussault e Franceschini (2006), destacam como medidas para melhorar a retenção de médicos a reforma do sistema de educação médica; criação de incentivos para atrair profissionais da saúde para os locais de outra forma pouco atraentes; combinar as estratégias de retenção com o aumento da produção; e a criação de residências rurais de campo e estágios como requisito na formação médica.

Han e Humphreys (2005), identificaram como medidas para melhorar a manutenção de médicos os seguintes pontos: manutenção de valores culturais e religiosos; as relações dos médicos estrangeiros com suas respectivas comunidades étnicas; comunicação de suporte e apoio de supervisão; um ambiente de apoio dentro da clínica e na comunidade; conhecimento do sistema de saúde; e saber o que a comunidade rural pode oferecer.

Buykx et al. (2010), sugerem que o financiamento para a retenção dos médicos seja feito com base nos determinantes da baixa retenção e que a alocação dos recursos seja feita com base nas necessidades locais, destacando a importância de fazer avaliações rigorosas para determinar o impacto das estratégias de retenção na força de trabalho.

Segundo Carvalho e Sousa (2013), os países utilizam vários mecanismos para fornecer profissionais de saúde, desde propostas com caráter voluntário até ações relacionadas com incentivos, onde as autoras destacam como exemplos a concessão de bolsas e incentivos que pode ocorrer através de bolsas com auxílio alimentação e moradia; os processos de educação permanente e continuada: desenvolvidas através de parcerias com as Universidades; e o serviço obrigatório em áreas rurais, que em alguns casos, usa a atuação nessas áreas como um pré-requisito para a obtenção de registro profissional, créditos educativos e ingresso em especialidades médicas ou bolsas de pós-graduação.

Os programas de serviços obrigatórios, dependendo do país, incluem não apenas médicos como também parteiras, enfermeiros e outros tipos de agentes de saúde, e dão ao empregador o poder de escolher em qual área do país o profissional de saúde irá atuar, podendo reter o salário do profissional ou impor multas caso o profissional não conclua as suas obrigações (FREHYWOT, 2010).

Muitos países da América Latina, das Filipinas, Tanzânia e Tailândia vêm adotando contratos que exigem o trabalho obrigatório no serviço público por um certo período, principalmente quando o Estado é o financiador da formação profissional (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006). Apesar de muitos discursos serem contrários à exigência do serviço obrigatório em saúde, baseados em argumentos de redução dos direitos humanos dos indivíduos, segundo Frehywot (2010), o serviço obrigatório dificilmente pode ser visto como contrário aos direitos humanos, pois se o país faz investimentos na educação, através da criação de escolas e cursos de saúde, é natural obter o retorno desse investimento através da prestação de serviços desses alunos quando os mesmos se formarem.

Sobre os vários mecanismos que são adotados pelos países para enfrentar a escassez profissional na área da saúde, Maciel Filho (2007) destaca que apesar

desses mecanismos terem como objetivo estratégias economicamente viáveis e focadas na atenção básica para aumentar a cobertura dos serviços de saúde de forma eficiente e eficaz, estas vêm enfrentando dificuldades que envolvem a capacidade de financiamento e obtenção de apoio das universidades e do próprio serviço de saúde.

Pereira et al. (2012), compararam diversos aspectos da atenção primária em quatro países – Brasil, Venezuela, Bolívia e Uruguai – e os principais pontos dessa comparação são apresentados no Quadro 2:

**Quadro 2 - Avanços e dificuldades na implementação da atenção primária em países selecionados**

País	Avanços	Dificuldades
<b>Venezuela</b>	Implementação do programa Misión Barrio Adentro (MBA), onde, médicos cubanos e venezuelanos são encaminhados para áreas rurais apresentam um baixo índice de médicos, contribuindo para a concepção de uma atenção primária em saúde abrangente que fortalece a promoção da saúde e a prevenção de doenças; MBA II - formado pelos Centros de Diagnóstico Integral e tem como objetivo fornecer o diagnóstico precoce	Dificuldade em harmonizar os processos de direção e governança dos setores da saúde; e limitação na integração dos subsistemas do seguro social e com as outras instituições do Estado.
<b>Bolívia</b>	Voltou-se para o desenvolvimento de uma APS abrangente, e fez a organização dos serviços através da implantação de um modelo assistencial integral com a Saúde Familiar Comunitária Intercultural	Sistema de saúde segmentado em quatro tipos de seguros de saúde; programas verticais; e a formação de recursos humanos formados em uma concepção contrária à almejada.
<b>Uruguai</b>	Modelo de atenção com foco na atenção primária; Mecanismos de referência e contrarreferência com os demais níveis de cuidado; sistema sanitário baseado no conceito de universalidade; e APS abrangente e vista como estratégia reordenadora e como a porta de entrada do sistema de saúde .	Dificuldades na consolidação da universalidade no acesso ao sistema e o desenvolvimento de uma formação de recursos humanos adequada às necessidades da população; recursos insuficientes para a APS; mecanismos insatisfatórios de referência e contra-referência; e oferta inadequada de serviços da APS.

(Continua)

**Quadro 3 - Avanços e dificuldades na implementação da atenção primária em países selecionados**

País	Avanços	Dificuldades
<b>Brasil</b>	A formulação da política de atenção básica é amplamente compartilhada com os diferentes atores sociais; A APS ocupa lugar central na agenda federal; Possui a Política Nacional de Saúde Bucal; e criação de programas voltados para a mudança na formação de recursos humanos e educação permanente, tais como PET-Saúde e o Pró-Saúde.	formação de redes regionalizadas; modelo fragmentado e segmentado de atenção à saúde, devido à forte participação do setor privado; fragmentação do financiamento federal; e aumentar a resolutividade da APS

(Conclusão)

Fonte: Adaptado de Pereira et al. (2012)

Maciel Filho (2010) avaliou a má distribuição de médicos e como o enfrentamento desse problema ocorre em nove países: Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Peru, República Dominicana e Austrália. A Austrália também tem as suas experiências abordadas nos estudos de Scott et al. (2004), White et. al. (2007) e Buykx et al. (2010). Maciel Filho (2007) afirma que as estratégias de interiorização como as que são desenvolvidas pelo Brasil e pela América Latina, não são suficientes para solucionar a má distribuição de médicos e a fixação dos profissionais, e recomenda que o enfrentamento desse problema faça parte do plano de desenvolvimento econômico e social do país, sendo tratado no âmbito dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. O Quadro 3 sumariza as informações contidas no estudo de Maciel Filho (2010).

**Quadro 4 - Estratégias para enfrentar o problema da escassez de médicos adotadas pelos países selecionados**

<b>Medidas adotadas</b>	<b>Argentina</b>	<b>Chile</b>	<b>Colômbia</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>Equador</b>	<b>México</b>	<b>Peru</b>	<b>República Dominicana</b>	<b>Austrália</b>
<b>Serviço Médico Obrigatório</b>	-	Atuação por um período de dois a seis anos; Pré-requisito para bolsa de especialização.	Requisito para a obtenção do registro profissional	Os serviços devem ser prestados durante um ano, em centros de saúde/clínicas/hospitais, na zona rural ou áreas urbanas carentes.	Para médicos, enfermeiros, odontólogos e obstetras; requisito para a obtenção do registro profissional; está em crise e a sua extinção vem sendo discutida.	A atuação por doze meses em comunidades desprovidas de atenção médica; requisito para obtenção do registro profissional	Para vários profissionais de saúde; duração de 1 ano; requisito para bolsa de pós-graduação e para trabalhar no Seguro Social ou no Ministério da Saúde.	Atuação por 1 ano em comunidades desprovidas de atenção médica; requisito para obtenção do registro profissional	Atuação por seis meses; é obrigatória para todos que se formam em Clínica Geral
<b>Educação Permanente e Continuada.</b>	-	Criação do Médico Geral de Zona (MGZ).	Capacitação feita pelas universidades	Feita durante a graduação, além de 300 horas de serviços comunitário	Profissionais não contam com atividade de educação permanente, nem outra ação educativa.	-	Internato rotativo: cobre as populações isoladas, tanto na serra como na selva peruanas.	Sim, oferecidas pelas universidades	Sim
<b>Papel das Universidades</b>	-	-	-	-	O serviço rural não recebe apoio das universidades,	Planejamento, coordenação e avaliação do conteúdo acadêmico do programa, supervisão e tutoria.	Desenvolve programas para capacitar os estudantes para atuarem nas comunidades	Organizam as atividades de educação continuada	

(Continua)

**Quadro 3 - Estratégias para enfrentar o problema da escassez de médicos adotadas pelos países selecionados**

<b>Medidas adotadas</b>	<b>Argentina</b>	<b>Chile</b>	<b>Colômbia</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>Equador</b>	<b>México</b>	<b>Peru</b>	<b>República Dominicana</b>	<b>Austrália</b>
<b>Carreira específica para áreas rurais</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	Clubes de Saúde Rurais: destinados aos alunos que querem atuar em áreas rurais; Colégio Australiano de Medicina Rural e Remota.
<b>Políticas e ações específicas para áreas rurais</b>	Plano de Desenvolvimento Provincial	-	-	-	Plano de Saúde Integral Comunitária: tem o foco na comunidade, principalmente da zona rural e áreas urbanas pobres.	Política de regulação de matrículas e abertura de novas escolas de Medicina; legislação que determina que todos os estagiários da área da saúde devem prestar serviço social na atenção básica.	Política de fortalecimento da atenção primária, com a estratégia de criar um serviço de medicina em saúde comunitária baseado em profissionais especialistas em medicina geral integrada		Criação de Agências de Força de Trabalho Rural

(Continua)

Quadro 3 - Estratégias para enfrentar o problema da escassez de médicos adotadas pelos países selecionados

Medidas adotadas	Argentina	Chile	Colômbia	Costa Rica	Equador	México	Peru	República Dominicana	Austrália
Incentivos	-	-	Para quem decidir atuar em áreas de conflito ou isoladas	Através da oferta de moradia, equipe, supervisão e apoio administrativo	A remuneração é feita sob a forma de salário, mas o valor é muito baixo, ficando entre 250 a 300 dólares mensais	bolsa de valor moderado, variando de 20 a 110 dólares mensais .	50% das vagas são remuneradas, com valor em torno de 700 dólares. Os outros 50% têm a participação reduzida para seis meses.	-	Ações de motivação e estímulo para alunos do ensino médio de áreas rurais cursem Medicina; gratificações financeiras; rede de comunicação e de troca de experiências entre os profissionais; mediação de atritos entre colegas ou autoridades locais; e criação da Rede de Famílias de Médicos Rurais: dá suporte para as possíveis dificuldades de adaptação

(Continua)

**Quadro 3 - Estratégias para enfrentar o problema da escassez de médicos adotadas pelos países selecionados**

<b>Medidas adotadas</b>	<b>Argentina</b>	<b>Chile</b>	<b>Colômbia</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>Equador</b>	<b>México</b>	<b>Peru</b>	<b>República Dominicana</b>	<b>Austrália</b>
<b>Cursos, escolas e Especialização</b>	-	Proposta de um novo regime para profissionais de saúde municipais, garantindo a pós graduação e uma carreira em atenção básica.	Foram criadas vagas para o serviço social em pesquisa, principalmente em genética.	-	-	-			Escolas Clínicas Rurais: estudantes das áreas urbanas realizam treinamento em serviço;

Fonte: O quadro foi contruído com base nos dados da pesquisa desenvolvida por Maciel Filho (2010).

(Conclusão)

Maciel Filho (2007) faz também uma síntese de recomendações para que se possa enfrentar os problemas relacionados com a má distribuição e a fixação de profissionais de saúde. O autor sugere que os problemas sejam abordados de forma abrangente, a partir dos seguintes fatores: articulação política entre as esferas municipal, estadual, federal, instâncias de controle social, instituições de ensino e pesquisa e as entidades sociais; a elaboração de políticas que garantam uma educação continuada, uma remuneração justa, um sistema de referência e contra-referência, um plano de carreira e incentivos e a uma rede de comunicação para troca permanente de experiências; uma mudança na formação profissional; a criação de escolas médicas em áreas rurais e remotas; o aperfeiçoamento dos gestores municipais com o objetivo de ampliar as habilidades político-administrativas, melhorar o gasto público e fortalecer o controle social; e por último a importância de se ouvir os trabalhadores de saúde, a comunidade, os gestores, as entidades sociais e as instituições de ensino e pesquisa para que as estratégias de intervenção possam ser mais eficazes e contar com um maior índice de adesão.

## **5.2 Recomendações da OMS**

Como debatido ao longo do presente trabalho, a escassez de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais é um problema global e, em resposta a esse problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou uma série de propostas para enfrentar a dificuldade de atrair, recrutar e reter profissionais de saúde em áreas rurais e remotas através do documento de recomendações globais “Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations”. O documento reúne estratégias que podem ser utilizadas para aumentar a quantidade de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais por meio da melhora da atração, recrutamento e retenção de trabalhadores de saúde e são indicadas para todos os tipos de profissionais de saúde, desde aspirantes/estudantes

de algum curso de saúde até trabalhadores de saúde formais, como por exemplo, gestores e médicos.

O relatório de recomendações globais propõe um quadro com dimensões e cinco perguntas para orientar a seleção, o desenho, a implementação e a monitorização e avaliação das intervenções de retenção rurais empregadas pelos decisores políticos (OMS, 2010). Esta estrutura está descrita no Quadro 4.

**Quadro 5 - Perguntas e critérios para orientar a seleção, desenho, implementação, monitoramento e avaliação das intervenções de retenção rurais**

Dimensão	Pergunta
<b>RELEVÂNCIA</b>	Quais intervenções melhor respondem às prioridades nacionais e as expectativas dos profissionais de saúde e comunidades rurais?
<b>ACEITAÇÃO</b>	Quais intervenções são politicamente aceitáveis e têm o maior suporte das partes interessadas?
<b>ACESSIBILIDADE</b>	Quais intervenções são acessíveis?
<b>EFICÁCIA</b>	Foram consideradas complementaridades e potenciais conseqüências não intencionais entre as intervenções?
<b>IMPACTO</b>	Que indicadores serão utilizados para medir o impacto ao longo do tempo?

Fonte: WHO (2010).

As recomendações do relatório podem ser divididas em quatro grupos: recomendações de educação, de regulamentação, de incentivos financeiros e por fim, de apoio profissional e pessoal. O Quadro 5 sumariza essas informações.

**Quadro 6 - Categorias de intervenções usadas para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais, segundo a OMS (2010)**

Categoria de intervenção	Exemplos	Explicação
<b>A. Educação</b>	A1 - Estudantes de origens rurais	Usar políticas para admissão de estudantes de áreas rurais com o objetivo de aumentar a probabilidade dos diplomandos trabalharem em áreas rurais
	A2 - Escolas de Saúde para profissionais fora das grandes cidades	Criar escolas de medicina em áreas rurais com o objetivo de formar mais médicos que trabalhem nessas áreas
	A3 - Escalas Clínicas em áreas rurais durante os estudos	Expor os alunos de graduação a experiências na área rural, com o objetivo de influenciar positivamente a atração e o recrutamento de profissionais de saúde para estas áreas
	A4 - Currículos que refletem problemas de saúde rurais	Revisão curricular para incluir mais matérias de atenção básica e temas rurais.
	A5 - Desenvolvimento profissional contínuo para os trabalhadores de saúde rurais	Projetos de educação continuada e programas de desenvolvimento profissional
<b>B. Regulatório</b>	B1 - Alcance ampliado do campo de prática	Regulamentar formas avançadas de prática em áreas rurais e remotas para aumentar o potencial de satisfação no trabalho.
	B2 - Diferentes tipos de trabalhadores de saúde	Introduzir diferentes tipos de profissionais de saúde com formação e prática em áreas rurais.
	B3 - Serviço obrigatório	Serviço obrigatório em áreas rurais com apoio e incentivos adequados

(Continua)

**Quadro 7 - Categorias de intervenções usado para melhorar atração, recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais, segundo a OMS (2010)**

Categoria de intervenção	Exemplos	Explicação
<b>B. Regulatório</b>	B4 - Educação subsidiada em troca do serviço	Fornecer bolsas de estudo ou outras formas de financiamento da educação para os alunos que se propuserem a prestar serviço em áreas rurais
<b>C. Incentivos financeiros</b>	C1 - Incentivos financeiros apropriados	Usar uma combinação de incentivos financeiros fiscalmente sustentáveis (transporte livre, férias remuneradas, auxílio habitação e etc).
<b>D. Apoio profissional e pessoal</b>	D1 - Melhores condições de vida	Melhorar as condições de vida dos trabalhadores através de investimentos em infraestrutura e serviços, como por exemplo saneamento, eletricidade, telecomunicações, escolas, e etc.
	D2 - Ambiente de trabalho seguro e de apoio	Garantir todo o equipamento e suprimentos necessários para o ambiente de trabalho.
	D3 - Apoio Solidário (Outreach)	Implementar ações de sensibilização entre os profissionais de saúde para promover a cooperação profissional.
	D4 - Programas de desenvolvimento de carreira	Apoiar planos de desenvolvimento de carreiras para trabalhadores de áreas rurais.
	D5 - Redes profissionais	Apoiar o desenvolvimento de redes e associações profissionais com o objetivo de melhorar a moral dos trabalhadores de saúde e reduzir a sensação de isolamento profissional.
	D6 - Medidas de reconhecimento público	Elaborar e incentivar medidas de reconhecimento profissional para promover a motivação profissional

Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos no relatório da OMS (WHO,2010). (Conclusão)

É importante destacar que, segundo o relatório de recomendações globais da OMS, o processo para se alcançar os resultados esperados é complexo e não é possível se obter resultados por meio de uma única intervenção, o que destaca a importância de medir, monitorar e avaliar os resultados obtidos para as intervenções específicas.

### 5.3 Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, com o objetivo de aumentar os recursos humanos para o Sistema Único de Saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2015g), até o ano de 2013 o programa ampliou a assistência na Atenção Básica e está beneficiando cerca de 50 milhões de brasileiros, pois, por meio do programa, 14.462 mil médicos passaram a atender a população de cerca de 68% dos municípios do país, além dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

O Quadro 6 contempla todas as intervenções que estão presentes na regulamentação do Programa Mais Médicos para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde, de acordo com as recomendações da OMS.

**Quadro 8 - Categorias de intervenções usadas no Programa Mais Médicos de acordo com as recomendações da OMS para melhorar atração, recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais**

Categoria de intervenção	Exemplos	Programa Mais Médicos (lei 12.871/13 e MP. 621/13)	
		O programa conta com alguma intervenção nessa área?	
		Sim	Não
<b>A. Educação</b>	A1 - Estudantes de origens rurais		X

(Continua)

**Quadro 9 - Categorias de intervenções usadas no Programa Mais Médicos de acordo com as recomendações da OMS para melhorar atração, recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais**

Categoria de intervenção	Exemplos	Programa Mais Médicos (lei 12.871/13 e MP. 621/13)	
		O programa conta com alguma intervenção nessa área?	
		Sim	Não
A. Educação	A2 - Escolas de Saúde para profissionais fora das grandes cidades	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.	
	A3 – Escalas Clínicas em áreas rurais durante os estudos	Art. 4 § 1º Ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.	
	A4 - Currículos que refletem problemas de saúde rurais	Art. 10. Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação.	
	A5 - Desenvolvimento profissional contínuo para os trabalhadores de saúde rurais	Art. 4 § 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei. Art. 14. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço. (Projeto Mais Médicos)	

(Continua)

**Quadro 6 - Categorias de intervenções usadas no Programa Mais Médicos de acordo com as recomendações da OMS para melhorar atração, recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais**

Categoria de intervenção	Exemplos	Programa Mais Médicos (lei 12.871/13 e MP. 621/13)	
		O programa conta com alguma intervenção nessa área?	
		Sim	Não
<b>B. Regulatório</b>	B1 – Alcance ampliado do campo de prática		X
	B2 - Diferentes tipos de trabalhadores de saúde		X
	B3 - Serviço obrigatório	§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica: I - Medicina Interna (Clínica Médica); II - Pediatria; III - Ginecologia e Obstetrícia; IV - Cirurgia Geral; V - Psiquiatria; VI - Medicina Preventiva e Social.	
	B4 - Educação subsidiada em troca do serviço	Art. 19. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades: I - bolsa-formação; II - bolsa-supervisão; e III - bolsa-tutoria.	
<b>C. Incentivos financeiros</b>	C1 - Incentivos financeiros apropriados	Art. 19. § 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação.  Art. 19. § 2º É a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.  Alimentação, deslocamento, água potável e moradia - Portaria SGTES/MS nº 30 de 12/02/2014.	
<b>D. Apoio profissional e pessoal</b>	D1 - Melhores condições de vida		X

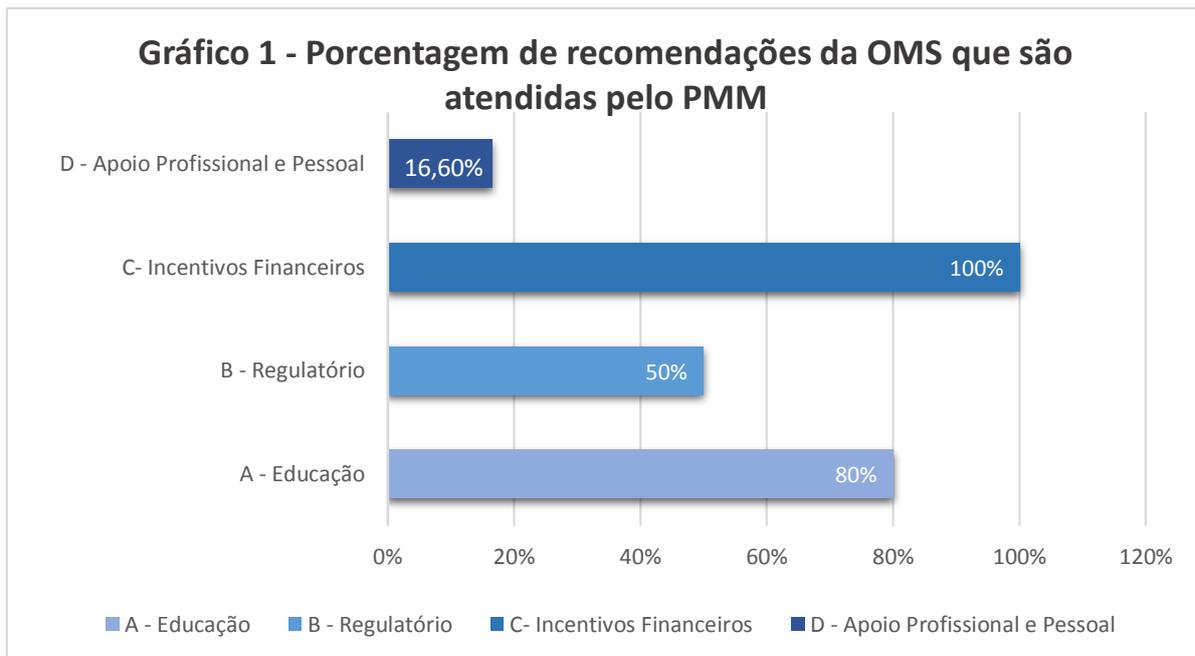
(Continua)

**Quadro 6 - Categorias de intervenções usadas no Programa Mais Médicos de acordo com as recomendações da OMS para melhorar atração, recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais**

Categoria de intervenção	Exemplos	Programa Mais Médicos (lei 12.871/13 e MP. 621/13)	
		O programa conta com alguma intervenção nessa área?	
		Sim	Não
	D2 - ambiente de trabalho seguro e de apoio	Art. 30. § 2º O SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais.	
	D3 - Apoio Solidário (Outreach)		X
	D4 - programas de desenvolvimento de carreira		X
	D5 - redes profissionais		X
	D6 - Medidas de reconhecimento público		X

Fonte: elaboração própria com base nas recomendações da OMS (2010) e Lei 12.871/13 e demais leis, portarias e mp do PMM. (Conclusão)

Na categoria Educação, o PMM não atende 1/5 recomendações, na categoria Regulatório 2/4, em Incentivos Financeiros o PMM atende a todas as recomendações e na categoria Apoio profissional e Pessoal, não atende 5/6 recomendações, ou seja, o PMM não atende 8/16 recomendações, totalizando cerca de 50% das recomendações que foram feitas pela OMS. Segue o Gráfico 1 para melhor ilustrar os resultados.



Entre as quatro categorias a que mais se destaca é a categoria incentivos financeiros, entretanto, essa categoria conta com apenas uma recomendação que sugere que os incentivos financeiros sejam fiscalmente sustentáveis. Em sequência vem a categoria educação, regulatório, e por fim, apoio profissional e pessoal.

A Lei nº 12.871/13 traz ainda o Projeto Mais Médicos - pMM , que oferece vagas para médicos formados no Brasil, médicos brasileiros formados no exterior e médicos estrangeiros, priorizando os médicos brasileiros e contando com a supervisão do médico supervisor e de tutores, além de incentivos financeiros. Nas recomendações da OMS não foi encontrada nenhuma categoria ou recomendação que tratasse a respeito de recrutamento de médicos estrangeiros, apesar de vários países já adotarem essa prática.

## **6 DISCUSSÃO**

Nesse capítulo será feita a discussão acerca das recomendações da OMS que foram atendidas pelo Programa Mais Médicos e as recomendações que não foram atendidas e, em ambos os casos, foi usada a evidência científica obtida através da fala de outros autores, destacando e comprovando a importância de cada item.

### **6.1 Recomendações Atendidas pelo PMM**

Uma das ações do PMM é a reordenação e criação de vagas de residência médica, priorizando, por exemplo, as regiões que possuem um menor número de médicos por habitante, sem deixar de levar em conta a estrutura necessária para prestar um serviço de qualidade para os alunos e usuários. Segundo uma matéria do Portal Brasil (2015a), em 22 cidades que contemplam os lugares com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), foram abertas mais de 1.800 vagas em cursos de medicina, sem abrir mão da qualidade e da mudança nas diretrizes curriculares dos cursos. A meta, segundo o Portal Brasil (2015b), é criar 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina e 12,4 mil de residência médica até o ano de 2018, principalmente em áreas prioritárias para o SUS.

Em uma matéria publicada na revista *Veja* (2015), o Conselho Federal de Medicina posicionou-se contra a abertura de novos cursos de medicina, pois, alegam que os lugares selecionados não apresentam capacidade para oferecer uma formação com qualidade e que seria mais vantajoso investir os recursos financeiros nos cursos que já existem. Em contrapartida, Póvoa, Andrade e Moro (2004) indicam a criação de escolas médicas em lugares que ainda não possuem cursos como forma de melhorar a distribuição de profissionais e serviços de saúde e Dussault e Franceschini (2006) trazem como exemplo a Tailândia, que tem o objetivo de formar 300 médicos por ano

para trabalhar em áreas rurais e afirmam que o recrutamento rural foi desenvolvido em alguns cursos com um relativo sucesso.

Com relação à educação continuada, o PMM oferece educação médica continuada para os médicos que fazem parte do Projeto Mais Médicos, através de atividades de ensino, pesquisa e extensão supervisionada por médicos supervisores e tutores. O Tribunal de Contas da União (TCU) (2015) realizou uma auditoria sobre o PMM no período de junho de 2013 a março de 2014, com o objetivo de avaliar a eficácia do programa, e chegou a conclusão de que cerca de 2.152 médicos estariam com um número insuficiente de tutores, necessitando de mais 22 tutores para atingir a proporção ideal disposta na Lei 12.871/13, e alertou que os desvios nas funções de tutor podem estar relacionados com a falta de profissionais para administrar o projeto e que a falta de tutores e alocação dos mesmos para outras funções prejudica a integração ensino-serviço. White et. al. (2007) mostram a importância da educação continuada através do relato de 429 médicos de comunidades rurais entrevistados, onde 80% dos entrevistados afirmaram que sem a educação médica continuada eles eram menos propensos a continuarem trabalhando em áreas rurais.

O serviço obrigatório faz parte do Programa Mais Médicos e foi instituído pela Medida Provisória nº 621/13, sendo válido a partir de 1º de janeiro de 2015 para os integrantes nos cursos de medicina, contando com dois ciclos: o primeiro exige o cumprimento de uma carga horária que não pode ser inferior a sete mil e duzentas horas e o segundo institui o treinamento exclusivo na atenção básica do SUS, com duração mínima de dois anos, não substituindo o estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço supervisionado. O segundo ciclo é obrigatório para obtenção do diploma e conta com a supervisão acadêmica e uma bolsa custeada pelo Ministério da Saúde. Como o presente estudo foi realizado no ano de início do serviço obrigatório, não havia nenhum dado disponível sobre o serviço obrigatório médico do PMM.

O serviço médico obrigatório não é uma exclusividade do Brasil, e segundo Frehywot (2010), tem sido implementado em diversas partes do mundo e abrangem diversos profissionais de saúde, como por exemplo, parteiras e enfermeiras. Maciel Filho (2007), cita o caso da Colômbia, onde o serviço obrigatório é fortemente

vinculado com as universidades e acontece de forma descentralizada, onde são os hospitais que administram as vagas.

Os incentivos financeiros são concedidos no PMM através de bolsa-formação para os médicos integrantes do projeto (R\$ 10.513,01 – valor definido pela Portaria Interministerial nº 46 de 16 de janeiro de 2015), bolsa-supervisão para os médicos supervisores (R\$ 4.000,00) e bolsa-tutoria para os médicos-tutores (R\$ 5.000,00), as duas últimas com valores definidos pela Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Também é paga uma bolsa aos participantes do serviço obrigatório e existem ainda outras modalidades de incentivos, como uma ajuda de custo para instalação do médico (não pode exceder o valor de três bolsas formação), despesa com deslocamento dos médicos participantes e dos seus familiares, além de alimentação (valor mínimo de R\$ 500,00 e máximo de R\$ 700,00) e moradia (valor mínimo R\$ 500,00 e valor máximo R\$ 2.500,00) que são pagas pelo município.

Na auditoria realizada pelo TCU (2015), constatou-se algumas irregularidades com relação aos incentivos financeiros: em três municípios os médicos recebiam um valor inferior ao mínimo para despesas com alimentação; em um município os médicos recebiam o crédito de R\$ 600,00 para ser gasto em um mercado escolhido pela prefeitura; em outro município os médicos recebiam o valor de R\$450,00 mais o almoço in natura; alguns profissionais reclamaram da distância e da acessibilidade do imóvel, que em alguns casos são escolhidos pelas prefeituras sem levar em consideração a opinião do médico.

Buykx et al. (2010) afirmam que qualquer estratégia de retenção de profissionais de saúde deve ser flexível para que possa atender os diferentes contextos em que trabalham os profissionais e não pode ter como foco apenas o aspecto que parece influenciar imediatamente a decisão de permanecer em um lugar. Garcia, Rosa e Tavares (2014) defendem que por meio de incentivos financeiros e abertura do mercado de trabalho é possível aumentar a quantidade de médicos por habitantes e diminuir as diferenças entre as regiões. Em contrapartida, Dussault e Franceschini (2006) afirmam que os incentivos financeiros podem não ser suficientes para melhorar a distribuição de profissionais de saúde e Reis et al. (2011), concordam que o dinheiro é um bom incentivo, mas que não é suficiente, pois um aumento de salário só pode ser

considerado como aumento durante trinta dias e que existem outros tipos de recompensa que podem ser mais eficazes do que o dinheiro, como por exemplo, cursos e prêmios.

A OMS destaca a importância da sustentabilidade financeira dos recursos usados para as medidas de atração e retenção de profissionais de saúde e, diante dessa preocupação, é importante citar os dados apresentados pelo TCU (2015) com relação aos gastos do PMM presentes no Quadro 7:

**Quadro 10 – Valores gastos no PMM segundo Auditoria do TCU (2015)**

<b>Tipo de gasto</b>	<b>Valor gasto até o momento da auditoria</b>	<b>Valor até o final do PMM</b>
Bolsa Formação (exceto OPAS)	Aproximadamente R\$ 146 milhões (até junho de 2014)	Estima-se mais de R\$ 1 bilhão para realizar todos os pagamentos
Ajuda de custo com despesas de instalação e deslocamento de médicos e familiares	Já foram gastos cerca de R\$ 11 milhões	-
Bolsa supervisão e Bolsa tutoria	Cerca de R\$ 59 milhões para supervisores e R\$ 5 milhões para tutores (até o final de 2014)	Cerca de R\$ 198 milhões em bolsas supervisão e R\$ 19 milhões em bolsas-tutoria.
Convênios com instituições de ensino para abertura de 23.400 vagas de pós-graduação para os participantes do pMm	R\$ 101.800.00,00	-
85% de estrangeiros, seriam ao todo 19.890 médicos	-	R\$ 408.748.000,00
OPAS	Cerca de R\$ 1,2 bilhão, (até 21/5/2014) sendo R\$ 435 milhões em 2013 e o restante em 2014.	-
3º Termo de Ajuste ao 80º termo de cooperação técnica celebrado pela OPAS e pelo MS (2013)	-	R\$ 510.957.307,00
4º Termo de Ajuste ao 80º termo de cooperação técnica celebrado pela OPAS e pelo MS (2014)	-	R\$ 973.946.600,00
5º Termo de Ajuste ao 80º termo de cooperação técnica celebrado pela OPAS e pelo MS (2015)	-	R\$ 1.175.973.740,00
Especialização para médicos estrangeiros (não inclui gastos com ajuda de custo e bolsa formação)	-	Cerca de R\$ 242.782.748,72 (no prazo de três anos do PMM)

Fonte: elaboração com base no relatório do TCU (2015)

Os gastos apresentados no quadro 7 são referentes aos incentivos que são dados aos médicos participantes do PMM, que são divididos em três categorias que correspondem a prioridade do ingresso no projeto: médicos brasileiros formados no Brasil. Médicos brasileiros formados no exterior e por fim médicos estrangeiros com formação no exterior. O Portal Brasil (2015c), divulgou em sua página eletrônica que das 4.146 oportunidades disponíveis nas duas primeiras chamadas do PMM em 2015, 3.823 foram preenchidas por médicos com CRM Brasil, ou seja, 92% das vagas foram ocupadas por brasileiros. Segundo o TCU (2015), apesar dos brasileiros serem priorizados pelo PMM, 85,67% dos médicos do PMM são estrangeiros, e 80,9% dos participantes foram contratados por meio da OPAS, levando a um investimento de cerca de R\$ 240 milhões, no prazo de três anos, para especializar profissionais que, ao final do projeto, apresentam grandes chances de deixar o país, ou seja, aplicarão os conhecimentos obtidos em outro lugar. Com relação a desistência de cargos, o secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, Hêider Pinto, afirmou que o número de desistência pode ser considerado baixo pelo Ministério da Saúde, pois, dos mais de 14 mil médicos do PMM houve a desistência de 193 médicos: 0,3% (35) eram cubanos; 8% (146) eram médicos formados no Brasil e 1% (12) eram intercambistas. (PORTAL BRASIL, 2015d).

O Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica – PROVAB foi lançado em 2011 e é o programa precursor do PMM, visando ampliar o acesso à saúde da população carente, incentivando (através de uma bolsa financeira e de uma pontuação adicional de 10% na nota de residência dos médicos que tiverem um bom desenvolvimento no programa) que profissionais da saúde recém-formados a trabalhem em regiões que apresentam escassez de médicos. (PORTAL BRASIL, 2015-e). Segue abaixo aspectos relacionado com os investimentos no PMM, o PROVAB e a diminuição de incentivos financeiros, segundo auditoria do TCU, no Quadro 8.

**Quadro 11 - Diminuição de incentivos segundo Auditoria do TCU**

Item	Valor do Incentivo Financeiro Mensal antes do PMM	Valor do Incentivo Financeiro Mensal após o PMM	Total da Diminuição
Equipes de Saúde da Família (eSF), que contam com médicos de programas nacionais de provimento e fixação em áreas de difícil acesso ou de atendimento a populações de maior vulnerabilidade econômica ou social;	eSF tipo 1 – R\$ 10.695,00	A Portaria GM/MS nº 1.834, de 27/08/13 estabelece que o repasse para eSF que possuem médicos do PROVAB ou do PMM será de R\$ 4.000,00	eSF tipo 1 – diminuição de R\$ 6.695,00
	eSF tipo 2- R\$ 7.130,00		eSF tipo 2 – diminuição de R\$ 3.130,00
Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR)	R\$ 10.695,00 +R\$ 3.000,00 para transporte da equipe	A Portaria GM/MS nº 1.834, de 27/08/13 estabelece que o repasse para: eSFR - R\$ 4.000,00	eSFR – redução de R\$ 6.695,00
Equipes Saúde da Família Fluviais (eSFF)	eSFF sem profissional de saúde bucal – R\$ 40.000,00	eSFF sem profissional de saúde bucal – R\$ 34.000,00	eSFF – redução de R\$ 6.000,00
	eSFF com profissional de saúde bucal – R\$ 50.000,00	eSFF com profissional de saúde bucal – R\$ 44.000,00	

Fonte: elaboração própria com base no relatório do TCU (2015)

Com a implementação do PMM, as eSF que contam com médicos de programas nacionais de provimento e fixação em áreas de difícil acesso ou de atendimento a populações de maior vulnerabilidade econômica ou social, eSFR e eSFF, tiveram uma redução de incentivo financeiro entre R\$ 3.130,00 e R\$ 6.695,00 desde a implementação do PMM. Segundo o TCU (2015), essa redução teve como objetivo compensar os gastos de investimentos que foram feitos no PMM, o que é extremamente preocupante e inquietante, já que a ESF atende um grande volume de pessoas.

Com relação ao pMM, algumas outras fragilidades foram identificadas pelo TCU (2015): é possível que ocorra um gasto ineficaz pela falta de uma avaliação feita previamente sobre os benefícios dos cursos de especialização oferecidos pelo pMM aos médicos estrangeiros, já que esses profissionais provavelmente não permanecerão

no Brasil após o término do projeto; a forma como ocorre o processo de seleção dos municípios pode ser apontada como uma causa para a má distribuição dos médicos do projeto, pois, como os municípios que devem solicitar os médicos, pode haver um direcionamento de uma grande quantidade de médicos a municípios com melhor capacidade de planejamento e articulação; e foram detectadas irregularidades na aprovação e alocação de 95 médicos: 46 médicos não alcançaram o conceito suficiente em um dos eixos; 46 médicos que entraram em recuperação e que deveriam ser reprovados na recuperação, pois, não alcançaram a nota suficiente; 1 médica ficou de recuperação e foi reprovada na prova de língua portuguesa; 1 médico aprovado quando deveria ter entrado em recuperação; 1 médico fez a prova de recuperação mas não está na lista de aprovados ou reprovados.

Segundo Han e Humphreys (2005), a contratação de médicos estrangeiros é uma ação importante para enfrentar a escassez de médicos em áreas rurais, ou seja, contribuir para o funcionamento do sistema de saúde da Austrália, como visto por Scott et al. (2004), que também prevê que essa dependência não irá diminuir.

Com relação ao ambiente de trabalho, o SUS terá o prazo de cinco anos para equipar as unidades básicas de saúde com equipamentos de qualidade e infraestrutura, por meio de ações a serem definidas nos planos plurianuais. Mendonça et al (2010), destaca a fala de gestores e profissionais de saúde que relataram a necessidade de intervenções que promovam uma boa organização, um ambiente de trabalho limpo e confortável, disponibilidade de material apropriado, segurança física e mental e condições de trabalho que estejam de acordo com as funções dos profissionais

## **6.2 Recomendações não atendidas pelo PMM**

Com relação a categoria educação, não foi encontrada na Lei 12.871/1 e na MP 621/13 que instituem o PMM algum fator que atendesse a recomendação da OMS de usar políticas para admissão de estudantes de áreas rurais. Maciel Filho (2007) afirma que, a partir de estudos desenvolvidos na Austrália, foi constatado que estudantes de

medicina que são de origem rural apresentam interesse em voltar para a sua região de origem depois da conclusão do curso de medicina, sendo assim, o governo australiano implementou ações de motivação e estímulo para que os alunos do ensino médio de áreas rurais sintam vontade de cursar medicina, como a concessão de bolsas de estudos e um mecanismo facilitado de ingresso nas faculdades de medicina.

No Brasil, a ação que mais se aproxima de um incentivo para essa recomendação da OMS, apesar de não estar exclusivamente vinculado com a graduação na área da saúde, é o Programa Nacional de Bolsa Permanência – PBP, que tem como objetivo conceder incentivos financeiros a estudantes de instituições federais de ensino superior que estão em situação de vulnerabilidade socioeconômica e para estudantes indígenas e quilombolas. O valor da bolsa corresponde a R\$ 400,00 e para os estudantes quilombolas e indígenas o valor é de pelo menos o dobro da bolsa “em razão de suas especificidades com relação à organização social de suas comunidades, condição geográfica, costumes, línguas, crenças e tradições, amparadas pela Constituição Federal”. (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2015)

Na categoria regulatório, o PMM não atendeu as recomendações de alcance ampliado do campo de prática e de diferentes tipos de trabalhadores de saúde na prática rural. O alcance ampliado do campo da prática está relacionado com o aumento das funções que o profissional de saúde pode exercer, como por exemplo, permitir que uma enfermeira prescreva medicamentos para o usuário. A OMS (2010), afirma que existem provas de que os atendimentos prestados pelos profissionais de saúde que têm o campo da prática ampliado não têm a qualidade diminuída e que essa ampliação do campo pode levar ao aumento da satisfação dos profissionais de saúde com o seu trabalho.

A inserção de diferentes tipos de profissionais de saúde também não faz parte do PMM, entretanto, faz parte do SUS através do Estratégia Saúde da Família, onde as equipes contam com, além do médico, do cirurgião-dentista e do enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnico e/ou auxiliar em saúde bucal e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. A OMS (2010) chama a atenção para o treinamento de novos tipos de profissionais de saúde como uma forma mais rápida de se conseguir

profissionais, pois, o tempo de treinamento dos mesmos é menor, e como uma opção mais econômica, principalmente para lugares com recursos limitados.

A categoria Apoio Profissional e Pessoal foi a que recebeu menos atenção do PMM, onde o programa atendeu apenas uma de seis recomendações da OMS, apesar de vários autores já indicarem a importância do apoio profissional e pessoal para a retenção de médicos. White et al. (2007) sugerem o apoio profissional através de programas de educação médica rural como uma medida eficaz para retenção de médicos em comunidades rurais e remotas. Frehywot (2010) destaca o apoio da comunidade como um fator chave para fazer o profissional se sentir bem em seu ambiente de trabalho. Maciel Filho (2007) destaca as medidas adotadas pela Austrália para melhorar o apoio profissional: uma rede de troca permanente de experiências entre os profissionais, a mediação de conflitos entre as autoridades locais e colegas de trabalho; a Rede de Famílias de Médicos Rurais, que proporciona apoio para as famílias superarem as dificuldades de adaptação. Han e Humphreys (2005) afirmam que uma boa comunicação e um suporte de apoio influenciam positivamente a opinião dos médicos sobre o lugar onde irão atuar e que a estadia de médicos estrangeiros na Austrália está diretamente ligada com a capacidade do médico lidar com a adaptação da vida de imigrante.

A OMS (2010) reitera a importância do investimento em melhorias na infraestrutura das áreas rurais que, além de melhorar a retenção dos profissionais de saúde, pode deixar o ambiente mais atraente para todos os setores econômicos; a importância das atividades de sensibilização para reduzir a sensação de isolamento profissional, principalmente em áreas afastadas e indica o uso de mecanismos como o telessaúde e visitas de médicos ou equipes de outras localidades; a importância de planos de carreira para melhorar a moral e o status profissional dos trabalhadores de saúde, o que pode levar a um aumento de satisfação e desempenho no trabalho; aponta alguns estudos que provam que associações e grupos de apoio de profissionais rurais aumentam a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais, como por exemplo os médicos em Mali, onde aqueles que receberam apoio de associações permaneceram por uma média de 4 anos em zonas rurais e aqueles que não receberam apresentaram uma taxa de retenção menor (OMS 2010 apud HORROCKS;ANDERSON;SALISBURY, 2002); destaca a categoria de medidas de

reconhecimento público como uma medida de baixo custo, representando um passo importante na melhoria do reconhecimento aos trabalhadores rurais, além de sugerir a concessão de títulos e a publicação de trabalhos desenvolvidos em áreas rurais, com o objetivo de divulgar as práticas rurais e promover uma possível atração de jovens médicos para a atuação em áreas rurais.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho, através da fala de diversos autores, fica evidenciado que o problema de escassez, atração e retenção de médicos e demais profissionais de saúde é um problema global, sendo esta situação mais grave em áreas rurais, não se restringindo ao Brasil. A má distribuição de médicos ocorre por diversos fatores, como por exemplo, a concentração de profissionais de saúde em centros urbanos, que pode ser gerada pelo deslocamento de profissionais de uma região para outra e por acreditar-se que existem melhores oportunidades de emprego, melhor localização, escalas e planos de carreira mais atraentes, melhor infraestrutura, equipamentos e materiais de trabalho, e outros fatores associados.

Medidas para melhorar a retenção e atração de médicos vêm sendo desenvolvidas por diversos países e, apesar das ações serem desenhadas de acordo com as particularidades de cada um, nada impede que as ações que são consideradas exitosas possam ser usadas por outros países como uma base para a construção de novas medidas de atração e retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas.

A OMS destaca a importância da articulação entre diversas intervenções, pois, por se tratar de um assunto complexo, dificilmente os resultados esperados serão alcançados por meio de uma única intervenção e, apesar da sua importância ser destacada por diversos autores, a categoria Apoio Profissional e Pessoal foi a que menos recebeu atenção por parte do PMM. Nenhuma recomendação com relação ao recrutamento de médicos estrangeiros foi encontrada no documento da OMS, entretanto o PMM apresenta um projeto que apresenta essas características: o Projeto Mais Médicos.

Apesar dos desafios, o PMM também apresenta muitos avanços para o Sistema Único de Saúde, como a contratação de profissionais para as áreas vulneráveis; investimento em infraestrutura das UBS; mudanças curriculares na formação médica; reordenação dos cursos de medicina para as áreas que apresentam menor número de

médicos; e 30% do internato médico desenvolvido na Atenção Básica e nos Serviços de Urgência e Emergência.

Mesmo com os avanços apresentados no PMM, o programa poderia ter sido mais inovador e feito mais investimentos na categoria de apoio pessoal e profissional, que apresenta um baixo custo de investimento financeiro e influencia diretamente a decisão do profissional permanecer em um local, trazendo benefícios a longo prazo e a um baixo custo. A mudança curricular do curso de medicina foi um caráter inovador do projeto, pois, dentre todas as medidas, pode vir a ser a mais efetiva à longo prazo, já que pretende alterar o perfil do profissional que é formado no Brasil, o que pode trazer mudanças para o atual modelo de atenção.

O Brasil apresenta um baixo número e uma má concentração de médicos como ficou evidenciado no presente trabalho, sendo assim, a contratação de médicos estrangeiros é uma medida importante para poder atender a população, mas ela deve ser apenas uma medida emergencial e os altos volumes de investimentos do programa devem ser direcionados para os profissionais que irão permanecer no Brasil. O serviço médico obrigatório também pode ser considerado um fator inovador do PMM e uma medida importante para melhorar a quantidade e distribuição de médicos no Brasil, entretanto, é importante buscar formas para que esse serviço obrigatório não faça com que o SUS passe a ser visto pelos graduandos de medicina como um tipo de “punição”.

Um fator extremamente preocupante é a forma como os recursos foram tirados da Estratégia Saúde da Família para poder financiar o PMM, pois, o programa deveria acrescentar recursos e benefícios para o SUS ao invés de cortes e realocações, principalmente de uma estratégia tão importante e que atende tantas pessoas. É inquietante pensar que os recursos que estão sendo tirados são de médicos que tendem a permanecer no país, e que esse recurso está sendo usado para poder financiar cursos para médicos que deixarão o país após o término do programa.

Diante da crise de financiamento que o SUS enfrenta é de extrema importância cada vez mais investir em medidas que sejam financeiramente sustentáveis para o sistema e cada vez mais tomar decisões baseadas em evidências ao invés de fazer altos investimentos em médicos que irão deixar o país. O programa poderia ter se

espelhado em experiências de países que investem em apoio para os seus profissionais de saúde e ter sido ousado ao adaptá-las e implementá-las, tornando-se um programa inovador para o SUS.

Como o PMM atendeu a cerca de 50% das recomendações que foram feitas pela OMS, e algumas recomendações que não foram atendidas já estavam sendo desenvolvidas no SUS (como o Programa Nacional de Bolsa Permanência e a inserção de diferentes tipos de profissionais de saúde que acontece por meio da Estratégia Saúde da Família) aliar os avanços do programa com a solução dos desafios e recomendações que não foram atendidas, o enfrentamento da escassez de médicos para áreas rurais poderá ser enfrentado de forma ampla, potencializando os benefícios para o SUS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, E.; FERREIRA, F. **A “Fuga de Cérebros”**: um discurso multidimensional. In: ARAÚJO, E.; FONTES, M.; BENTO, S. Para um debate sobre Mobilidade e Fuga de Cérebros. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. Universidade do Minho. Braga, Portugal. p. 58-82. 2013. Disponível em: [http://revistacomsoc.pt/index.php/cecs\\_ebooks/article/viewFile/1578/1494](http://revistacomsoc.pt/index.php/cecs_ebooks/article/viewFile/1578/1494). Acesso em: 23 Abr. 2015.

BRASIL. Lei n.º 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**, Brasília, 22 de outubro de 2013. Seção 1, p. 01 – 04. 2013a.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória n.º 621, de 8 de Julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jul. 2013. Seção 1, páginas 1 a 3. 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS). Portaria Interministerial n.º 46 de 16 de janeiro de 2015. Altera a Portaria Interministerial n.º 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de Janeiro de 2015. Seção 3. p 120-128.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 1.369, de 8 de julho de 2013 Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 de julho de 2013. n.º 130. Seção 1. p. 49-52. Disponível em: < [http://189.28.128.100/maismedicos/portaria\\_interministerial\\_1369\\_2013\\_maismedicos\\_.pdf](http://189.28.128.100/maismedicos/portaria_interministerial_1369_2013_maismedicos_.pdf)>. Acesso em 23 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. 85. **O que é o Programa de Bolsa Permanência?** Disponível em: <<http://permanencia.mec.gov.br/index.html>>. Acesso em 20 jun. 2015.

BRITO, L.M. **Programa Mais Médicos**: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico. 109 f. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Ceilândia. 2014. Disponível em: < <http://bdm.unb.br/handle/10483/10286>>. Acesso em 07 maio 2015.

BUYKX, P. et al. **Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas**: Towards evidence-based policy. Australian Journal Rural Health - AJRH. v.18, 3 ed. p. 102–109. 2010. Disponível em: <

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x/full>>. Acesso em: 01 Mai. 2015

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. **Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?**. Interface (Botucatu) [online]. 2013, v.17, n.47, p. 913-926. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/12.pdf>>. Acesso em 23 Abr. 2015.

CEBES - CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!**. Saúde debate [online]. 2013. v.37. n.97. p. 200-203. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000200001&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200001&lang=pt)>. Acesso em 23 set. 2014

DAL POZ, M. R. **A crise da força de trabalho em saúde**. Cad. Saúde Pública [online]. v.29. n.10. p. 1924-1926. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001000002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001000002&script=sci_arttext)>. Acesso em 06 maio 2015.

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M.C - **Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce**. Human Resources for Health. v. 4:12. 2006. Disponível em: < <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>>. Acesso em 01 Mai. 2015

FREHYWOT, S. et al. **Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work?** Special theme – Health workforce retention in remote and rural areas. Bulletin of the World Health Organization. v. 88. n. 5. p. 364-370. 2010. Disponível em: < <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-071605/en/>>. Acesso em 01 Mai. 2015

GARCIA, B.; ROSA, L.; TAVARES, R. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso. In: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIFE. **Boletim Informações Fife**. Temas de economia aplicada. n. 402. p. 26-36. 2014. Disponível em: [http://www2.fife.org.br/Content/downloads/publicacoes/bif/2014/3\\_bif402.pdf](http://www2.fife.org.br/Content/downloads/publicacoes/bif/2014/3_bif402.pdf)>. Acesso em 01 Mai. 2015

HAN, G. S.; HUMPHREYS, J. S. **Overseas-trained doctors in Australia: Community integration and their intention to stay in a rural community**. Australian Journal Rural Health – AJRH. v.13. 4 ed. p. 236–241. 2005. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1584.2005.00708.x/abstract>>. Acesso em 01 Mai. 2015

LUIZ, R. R.; BAHIA, L. **Renda e inserção profissional dos médicos brasileiros após instituição do Sistema Único de Saúde**. Rev. Saúde Pública [online]. 2009. v.43. n.4. p. 689-698. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/344.pdf>>. Acesso em 23 Abr. 2015.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro.** 2007. 262 f. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social e Preventiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007. Disponível em:

<[http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese\\_Romulo\\_Maciel.pdf](http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf)>. Acesso em 01 Mai. 2015

MENDONÇA, M. H. M.; et al. **Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010. v.15. n.5. p. 2355-2365. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a11.pdf>>. Acesso em 23 Abr. 2015.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde (OMS). **OPAS/OMS Brasil.** Última atualização em 11 Mar. 2015. Disponível em:<[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=885&Itemid=672](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885&Itemid=672)>. Acesso em 20 jun. 2015

PEREIRA, A. M. M. et al. **Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências.** Saúde debate [online]. v.36. n.94. p. 482-499. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a19v36n94.pdf>>. Acesso em 23 Abr. 2015.

PORTAL BRASIL. Mais de 1.800 vagas serão oferecidas em novos cursos de Medicina. Portal Brasil com informações do Ministério da Saúde. Publicado: 02 abr. 2015. **2015a.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/educacao/2015/04/mais-de-1800-vagas-serao-oferecidas-em-novos-cursos-de-medicina>>. Acesso em 19 jun. 15

\_\_\_\_\_. MEC apresenta edital para criação de cursos de Medicina. Portal Brasil com informações do Ministério da Saúde. Publicado em 02 abr. 2015. **2015b.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/educacao/2015/04/mec-apresenta-edital-para-criacao-de-cursos-de-medicina>>. Acesso em 19 jun. 15

\_\_\_\_\_. Profissionais brasileiros ocupam 92% das vagas do Mais Médicos. Publicado em 03 març. 2015. **2015c.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/profissionais-brasileiros-ocupam-92-das-vagas-do-mais-medicos>>. Acesso em 19 jun. 15

\_\_\_\_\_. Desistências do Mais Médicos não chegam a 2% dos bolsistas. Publicado em 08 jan. 2015. **2015d.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/01/desistencias-do-mais-medicos-nao-chegam-a-2-dos-bolsistas>>. Acesso em 19 jun. 15

\_\_\_\_\_. Mais de 3 mil médicos concluem atuação em áreas carentes. Publicado em 08 jan. 2015. **2015e.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/01/mais-de-3-mil-medicos-concluem-atuacao-em-areas-carentes>>. Acesso em 19 jun. 15.

\_\_\_\_\_. Diagnóstico da saúde no Brasil. Publicado em 27 set. 2013. **2015g**. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>>. Acesso em 23 Abr. 2015.

PÓVOA, L. ANDRADE, M. V.; MORO, S. **Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional**. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 20-24 de Setembro de 2004. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_abep/PDF/ABEP2004\\_573.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_573.pdf)>. Acesso em 23 set. 2014

REIS et al. Administração Baseada em Evidências. Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. **III Seminário de Iniciação Científica da Fespsp**. 05 A 09 De Dezembro De 2011. FAD – Faculdade de Administração. São Paulo. Dez. 2011. Disponível em: <[http://www.fespsp.org.br/sic2012/papers/2011/ADM/administracao\\_baseada\\_em\\_evidencias.pdf](http://www.fespsp.org.br/sic2012/papers/2011/ADM/administracao_baseada_em_evidencias.pdf)>. Acesso em 20 jun. 2015

RIBAS, M. M. Pretexto de suprir médicos visa ocultar descaso da saúde. In: CRM-PR. **Revista do Médico Residente**. Editorial. v. 15. n. 02. 2013. Disponível em: < <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/394/385>>. Acesso em 04 maio 2015.

RODRIGUES, P. H. de A. et al. **Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família**. Physis. Rio de Janeiro. v. 23. n. 4. p. 1147-1166. Dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 Abr. 2015.

SCHEFFER, M. Coordenador da pesquisa “Demografia Médica no Brasil” In: Conselho Regional de Medicina. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Demografia Médica no Brasil: Cenários e indicadores de distribuição**. São Paulo. v. 2. 256 p. 2013. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>>. Acesso em 07 maio 2015.

SCOTT, M. L. et al. **“Brain drain” or ethical recruitment? Solving health workforce shortages with professionals from developing countries**. The Medical Journal of Australia - MJA. v. 180, 4 ed. p. 174–176. 2004. Disponível em: < <https://www.mja.com.au/journal/2004/180/4/brain-drain-or-ethical-recruitment>>. Acesso em 01 Mai. 2015

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). Auditoria operacional executada sob a forma de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), na modalidade relatório único, realizada no Programa Mais Médicos, sobretudo no projeto Mais Médicos para o

Brasil, tendo como foco o período compreendido entre junho de 2013 e março de 2014. **Processo TC nº 005.391/2014-8**. Relatório de Auditoria. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0331-07/15-P. Data da Sessão: 4 mar. 2015 – Ordinária. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/pdfs/TCU\\_Mais\\_Medicos.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/TCU_Mais_Medicos.pdf)>. Acesso em 01 Mai. 2015

VEJA. **Conselho Federal de Medicina é contra a criação de cursos de medicina no país**. Entenda o porquê. Publicado em 06 abr. 2015. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/conselho-federal-de-medicina-e-contra-a-criacao-de-cursos-de-medicina-no-pais-entenda-o-porque/>>. Acesso em 19 jun. 15.

WHITE, C.D. et al. **Making a difference education and training retains and supports rural and remote doctors in Queensland**. Rural and Remote Health. V. 7. n. 700. (Online). 2007. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewaust.asp?ArticleID=700>. Acesso em 01 Mai. 2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention**: Background paper for the first expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva. 2-4 Fev. 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/hrh/migration/rural\\_retention\\_background\\_paper.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/migration/rural_retention_background_paper.pdf?ua=1)>. Acesso em 23 Abr. 2015.

\_\_\_\_\_. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention**: global policy recommendations. Geneva, 2010. 79 p. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em 01 maio 2015.