

# Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional

Felipe Proença de Oliveira<sup>(a)</sup>

Tazio Vanni<sup>(b)</sup>

Hêider Aurélio Pinto<sup>(c)</sup>

Jerzey Timoteo Ribeiro dos Santos<sup>(d)</sup>

Alexandre Medeiros de Figueiredo<sup>(e)</sup>

Sidclei Queiroga de Araújo<sup>(f)</sup>

Mateus Falcão Martins Matos<sup>(g)</sup>

Eliana Goldfarb Cyrino<sup>(h)</sup>

Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.

The shortage of health professionals in remote and vulnerable areas is an important obstacle for universal access to health in several countries. This paper examines the policies of provision of health professionals in Australia, in the United States of America, and in Brazil. In spite of the partial success of previous initiatives, it was only with the "Mais Médicos" ("More Physicians") Program that the provision of physicians in vulnerable areas had the magnitude and the response in adequate time to respond to the demands of the Brazilian municipalities. Quantitative and qualitative changes in the training of physicians are in course and they seek to assure not only universality, but also integrality and sustainability in the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). The success of these initiatives will depend on the continuity of the interfederative articulation, of State regulation policies, as well as of the continuous monitoring and improvement of the program.

**Keywords:** "Mais Médicos" – "More Physicians". Primary Health Care. Brazil. Australia. United States of America.

A escassez de profissionais de saúde em áreas remotas e vulneráveis é um importante obstáculo para a universalização do acesso à saúde em diversos países. Este artigo examina as políticas de provimento de profissionais de saúde na Austrália, nos Estados Unidos da América e no Brasil. Apesar do sucesso parcial de iniciativas anteriores, foi apenas com o Programa Mais Médicos que a provisão de médicos em áreas vulneráveis teve a magnitude e a resposta em tempo adequado para atender a demanda dos municípios brasileiros. Estão em curso, no país, mudanças quantitativas e qualitativas na formação médica, que buscam garantir não apenas a universalidade, mas, também, a integralidade e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. O êxito dessas iniciativas dependerão da continuidade da articulação interfederativa, de políticas regulatórias de estado, bem como, do constante monitoramento e aprimoramento do programa.

**Palavras-chave:** Mais Médicos. Atenção Básica à Saúde. Brasil. Austrália. Estados Unidos da América. Programas governamentais.

<sup>(a,b,d,f)</sup> Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (MS). Bloco G, Esplanada do Ministérios. Brasília, DF, Brasil. 70058-900. felipe.proenca@saude.gov.br; tazio.vanni@saude.gov.br; jerzey.santos@saude.gov.br; sidclei.queiroga@saude.gov.br

<sup>(c)</sup> Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, MS. Brasília, DF, Brasil. heider@saude.gov.br

<sup>(e)</sup> Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, MS. Brasília, DF, Brasil. alexandre.figueiredo@saude.gov.br

<sup>(g)</sup> Doutorando, Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mmatos@usp.br

<sup>(h)</sup> Diretoria de Programas, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, MS. Brasília, DF, Brasil. eliana.cyrino@saude.gov.br

## Introdução

Em todo o mundo, os sistemas de saúde têm passado por profundas mudanças, fruto de transições demográficas, epidemiológicas, e econômicas<sup>1</sup>. Nos últimos anos, o governo brasileiro tem desenvolvido uma série de ações visando à reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a priorizar a Atenção Básica e enfrentar os limitantes do desenvolvimento daquela que é estabelecida como a porta de entrada preferencial do SUS. Nos seus 25 anos de existência, o SUS possibilitou um importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira<sup>2</sup>. Entretanto, pessoas vivendo em comunidades remotas e vulneráveis ainda enfrentam importantes dificuldades de acesso a serviços de saúde.

Desigualdades geográficas na distribuição de médicos podem ser encontradas em vários países e regiões<sup>3,4</sup>. A Organização Mundial da Saúde estima que 50% da população mundial vive em áreas rurais remotas, mas essas áreas são servidas por menos de 25% da força de trabalho médico<sup>5</sup>. Muitos países têm buscado soluções para ampliar a cobertura da atenção básica em áreas vulneráveis, atraindo profissionais de saúde para estas regiões<sup>6-8</sup>. Essas estratégias incluem: políticas de regulação, tais como serviço obrigatório; incentivos monetários, tais como bolsas de estudo; e incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros<sup>9,10</sup>. Apesar da importância dos recursos humanos para o acesso à saúde, e das políticas anteriores do governo brasileiro para enfrentar as desigualdades na distribuição de médicos e o fortalecimento da atenção básica, nenhuma teve a abrangência, magnitude e celeridade do Programa Mais Médicos, inclusive na sua preocupação com a necessidade de mudança da formação médica.

Estas transformações geraram profundas discussões no âmbito nacional e internacional sobre as diferentes estratégias que buscam ampliar o acesso a serviços de saúde em áreas vulneráveis, e a reestruturar os sistemas de saúde por meio do fortalecimento da Atenção Básica. Diante desse quadro, este artigo faz uma análise comparativa entre modelos de organização de serviços de três países: Austrália, Estados Unidos da América e Brasil. A motivação maior para abrir o presente debate refere-se à necessidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) de, neste momento de um ano de implantação do Mais Médicos, aprender e dialogar com outros países que apresentam modelos distintos de provimento e fixação de médicos em áreas remotas e regiões de maior vulnerabilidade. Assim, nos inspiramos nos debates e apresentações do "Seminário Internacional Processo de Integração, Educação e Trabalho e o Impacto no cuidado: o papel da formação e da educação permanente nas redes da atenção ordenadas pela Atenção Básica", promovido pela SGTES nos dias 17 e 18 de setembro de 2014, em Brasília. O estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica, com revisão da literatura acadêmica no Lilacs, Medline e Embase, bem como foram analisados documentos, relatórios e apresentações produzidas nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa.

### Austrália

A Austrália possui um sistema misto de saúde, com participação pública e privada. Fundado em 1984, o Medicare provê cobertura universal de saúde à população australiana, mediante financiamento público. O Medicare é o principal financiador dos cuidados em atenção básica na Austrália<sup>11</sup>. Um terço da população australiana vive na zona rural, sendo que 20% está disperso em mais de mil e quinhentas comunidades rurais com menos de cinco mil habitantes<sup>12</sup>. Muitas dessas comunidades sofrem com a escassez de médicos, sendo a proporção de médicos por mil habitantes de 1,8 para os centros urbanos e de 0,9 para as comunidades rurais<sup>10</sup>.

Como estratégia de retenção e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas, o governo australiano implementou uma série de medidas e programas. Entre os programas mais relevantes para esta discussão estão o *Overseas Trained Doctors* (OTD) e o *Rural Clinical Training and Support* (RCTS)<sup>13</sup>. O OTD, regulamentado por meio do "Act 19AB" de 1 de Janeiro de 1997, é um programa de atração de médicos formados no exterior para atuarem em áreas remotas na Austrália. Os profissionais elegíveis para o programa são: médico generalista, médico generalista hospitalar e médico especialista.

O eixo de destaque relaciona-se a médicos generalistas, sendo coordenado pelas Agências de Trabalho Rurais (Agência Nordeste, New South Wales, Queensland, Victoria, Sul da Austrália, Oeste da Austrália e Tasmânia) e pelo Conselho Médico Australiano, conjuntamente com a área de recursos humanos do MEDICARE. Os requerimentos necessários para exercer a medicina na Austrália, para estrangeiros, são: a) aprovação no teste online; b) comprovação de proficiência em língua inglesa; c) avaliação dos critérios curriculares para aceite de participação em universidades estrangeiras previamente aprovadas pelo MEDICARE; d) contrato individual com uma empregadora; e) obtenção do visto temporário de trabalho-457; f) aprovação na entrevista para obtenção do registro MEDICARE; g) pagamento de taxas<sup>14</sup>.

O participante, inicialmente, possui restrições para o exercício laboral, sendo supervisionado por outro médico, e sua licença não permite o exercício irrestrito da profissão, devendo ser alocado em áreas que o governo australiano considera de maior vulnerabilidade por um período de dez anos. Durante esse período os participantes têm possibilidade de aprimoramento técnico por meio de ofertas educacionais e aulas para realização dos exames de revalidação completa do diploma no país. Os benefícios financeiros variam de acordo com a região escolhida pelo candidato, sendo maiores para os locais nos quais existem maiores necessidades<sup>15</sup>.

Faltando três anos para completar vinte anos de programa, pode-se avaliar que a fixação de profissionais médicos na Austrália ainda sofre com a dificuldade de retenção dos participantes em áreas rurais quando termina o período de dez anos de cumprimento do contrato. Esse problema relaciona-se a diversos fatores pessoais, econômicos e geográficos, que caracterizam as áreas de vulnerabilidade do país, assim como ocorre em demais países que estabeleceram políticas de recrutamento de profissionais estrangeiros<sup>16</sup>.

A maioria das escolas médicas australianas recebe fundos do governo por meio do programa *Rural Clinical Training and Support* (RCTS), o qual prevê o financiamento para o fortalecimento da formação de clínicos nas áreas rurais. O financiamento é direcionado para que as escolas médicas realizem: seleção de alunos oriundos de áreas rurais, provimento de estágios e internato rural para todos os estudantes de medicina, e aperfeiçoamento dos sistemas de apoio para alunos e educadores médicos rurais<sup>17</sup>. Entre as metas do RCTS estão: que 25% dos estudantes de medicina realizem, no mínimo, um ano de sua formação clínica em uma área rural e que 25% dos estudantes financiados pela Commonwealth sejam oriundos de áreas rurais. Atualmente, 90% das escolas médicas da Austrália participam deste programa. Cabe salientar que o governo australiano tem incentivado que os estudantes possam estudar em campi universitários regionais próximos a sua região de origem<sup>13</sup>.

## Estados Unidos da América

O sistema de saúde nos EUA é bastante diferente do que há no Brasil e na Austrália, uma vez que não existe um sistema público de saúde de cobertura universal. A maioria dos estadunidenses obtém cobertura por meio de planos de saúde pagos por seus empregadores. Indivíduos com 65 anos de idade ou mais podem se inscrever no programa *Medicare*, que é financiado pelo governo. Famílias com baixa renda, crianças, mulheres grávidas e portadores de deficiências são elegíveis para o programa *Medicaid*, que também é financiado pelo governo. O governo estadunidense também administra o *S-Chip*, que provê cobertura a crianças cujos pais têm renda baixa, mas não tão baixa para que sejam elegíveis para o *Medicaid*. Veteranos das Forças Armadas também contam com assistência médica por intermédio de financiamento governamental<sup>18</sup>.

O *Affordable Care Act* (Obamacare), aprovado em março de 2010, é considerado a maior mudança no sistema de saúde dos EUA desde a fundação do *Medicaid* e do *Medicare* em 1965<sup>19</sup>. É uma lei regulatória federal que visa: expandir a cobertura de planos de seguros públicos e privados; controlar os preços dos planos de saúde; garantir, aos assegurados, tratamentos básicos e, até mesmo, internações de doenças graves, tudo isso independente de sexo ou, sobretudo, de condições preexistentes. No nível individual, a implementação é garantida por meio da obrigatoriedade em adquirir um seguro de saúde. No nível estadual, os estados que aderem ao projeto passam a receber mais verbas federais para programas voltados para a saúde pública<sup>19</sup>.

Diferente do Brasil e da Austrália, a formação médica nos EUA é oferecida no nível de pós-graduação. Isto significa que o estudante que deseja formar-se médico necessita, primeiro, fazer um curso de graduação ou *undergraduate*, contemplando os pré-requisitos para acesso a uma escola de medicina, com duração média de quatro anos. Na escola de medicina, os estudantes, agora chamados *graduate students*, passam dois anos em salas de aulas e laboratório, e outros dois anos conhecendo a profissão de perto, em hospitais, antes de seguirem para a residência médica. No total, são necessários oito anos para formar-se médico nos EUA<sup>20,21</sup>. A grande maioria das instituições que formam médicos é privada, cobrando anuidades elevadas. Para que seja possível pagar a formação, boa parcela dos estudantes lança mão de linhas de crédito educativo, cujo pagamento, geralmente, se inicia após a formatura. Neste contexto, não é difícil imaginar que aqueles que fazem medicina terminam o curso com uma dívida substancial. De acordo com a *Association of American Medical Colleges*, calcula-se que os quatro anos de escola médica privada têm um custo médio de 278 mil dólares<sup>22,23</sup>.

Apesar das recentes iniciativas, nos EUA, de maior regulação do estado sobre o sistema de saúde, ainda são poucas as iniciativas para regulação da provisão de profissionais de saúde em regiões remotas e vulneráveis. As principais iniciativas para reduzir as desigualdades de distribuição de médicos nos EUA são por meio do *National Health Service Corps* (NHSC) e o *Conrad 30 Program*. Desde 1972, o NHSC oferece bolsas de estudos e programas de pagamento da dívida do financiamento estudantil para profissionais de saúde que estejam dispostos a prestar serviços de saúde de atenção primária em comunidades carentes. Depois da graduação (e da residência para médicos, osteopatas e estudantes de odontologia), o aluno deve se candidatar às vagas pré-aprovadas em áreas carentes<sup>24</sup>.

O candidato que tiver obtido uma bolsa de estudos do NHSC e que escolher uma especialidade que não seja a de médico geral de família e comunidade, ou que não preencha os requisitos de serviço, deverá reembolsar o governo em três vezes o investimento, com juros. No programa de pagamento da dívida estudantil, os estudantes se inscrevem após a graduação, e o NHSC paga até sessenta mil dólares da dívida a cada dois anos. Há, também, a opção de trabalhar em um local aprovado pelo NHSC durante cinco anos, o que dá direito ao estudante de, potencialmente, receber US\$ 170 mil em pagamento da dívida estudantil<sup>24</sup>. É importante frisar que as áreas de carência de profissionais de saúde são mapeadas por meio dos escritórios regionais do NHSC.

Por intermédio do *Conrad 30 Program*, o governo estadunidense permite, a médicos que estejam no país com um visto J-1 (temporário para treinamento), a permanência no país, após a conclusão do programa de intercâmbio, para atuarem em áreas carentes<sup>25</sup>. Cabe salientar que indivíduos que entram nos EUA com um visto J-1 devem, normalmente, retornar ao seu país de origem e lá residir por, pelo menos, dois anos. Por meio do *Conrad 30 Program*, o vínculo do médico é com o empregador local, e não com o governo federal. Após o cumprimento das condições contratuais de trabalho por um período mínimo de três anos, os médicos podem se inscrever para um visto de imigrante, ou de residência permanente<sup>25</sup>. Aproximadamente 25% dos médicos em atividade nos EUA são estrangeiros<sup>26</sup>.

## Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, sendo permitido, à iniciativa privada, participar deste sistema de forma complementar. O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, que determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

Apesar de o SUS ter possibilitado um importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira, pessoas vivendo em comunidades remotas e vulneráveis ainda enfrentam sérias dificuldades de acesso a serviços de saúde resolutivos. A falta de médicos sempre foi um importante agravante deste problema, como fica claro na campanha "**Cadê o médico?**", realizada pela Frente Nacional de Prefeitos, durante o Encontro dos Prefeitos, em Brasília, ocorrido em janeiro de 2013<sup>27</sup>.

O Programa Mais Médicos foi introduzido no Brasil em julho de 2013, como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à atenção básica resolutiva<sup>28</sup>. O programa



Municípios e distritos sanitários indígenas que se encaixavam nos seis perfis de vulnerabilidade (Quadro 1) poderiam participar do programa. Como parte do processo de inscrição, os gestores eram solicitados a identificar o número de médicos necessários de acordo com um número máximo baseado na população do município e para os quais eles teriam a capacidade de proporcionar condições adequadas para o exercício das atividades. Estavam elegíveis para participar: médicos brasileiros graduados no Brasil ou no exterior, médicos estrangeiros graduados no Brasil ou no exterior, desde que vindos de países cujo número de médicos per capita fosse acima de 1,8 por mil, que corresponde ao número de médicos per capita no Brasil antes do PMMB<sup>32</sup>.

**Quadro 1.** Perfis dos municípios e localidades participando do Projeto Mais Médicos para o Brasil

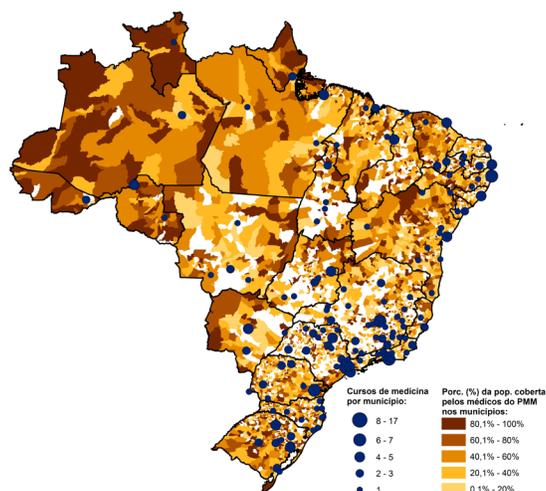
Perfil do município
P1 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza das capitais, conforme IBGE.
P2 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios situados na região metropolitana, conforme IBGE.
P3 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão entre os G100, municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes.
P4 – Municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
P5 – Município que está situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial indígena.
P6 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais municípios, conforme o IBGE.

Os critérios de alocação incluíram: as preferências dos médicos inscritos, o local de graduação, a idade do candidato, e se os médicos já haviam trabalhado na Estratégia de Saúde da Família, impossibilitando a permanência no mesmo município dos médicos que já estavam atuando na Atenção Básica. Ambos os médicos e gestores municipais de saúde tiveram de confirmar os resultados de alocação. O percentual da população coberta por médicos do PMMB pode ser observado na Figura 2.

Mediante esforço conjunto entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, para que possam iniciar suas atividades no Brasil, médicos estrangeiros passam por quatro semanas de treinamento intensivo oferecido pelas universidades brasileiras, que aborda: linguagem clínica, os protocolos assistenciais nacionais e o SUS<sup>32</sup>. Os médicos aprovados recebem um registro provisório para exercício da medicina chamado Registro Único do Ministério da Saúde (RMS). Foi criado um visto especial para médicos participantes do PMMB, denominado VICAM, emitido pelo Ministério das Relações Exteriores.

As universidades brasileiras garantem a supervisão médica continuada para os participantes. Todos recebem um computador *tablet* que é utilizado para acessar cursos a distância oferecidos pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)<sup>(1)</sup>. Os médicos que participam do programa devem dedicar 32 horas de sua semana para atividades clínicas e oito horas para estudos teóricos, sendo, posteriormente, submetidos a avaliações. O contrato assinado pelos participantes tem a duração de três anos, podendo ser renovado por três anos adicionais<sup>32</sup>.

<sup>(1)</sup> A UNA-SUS é constituída por uma rede de universidades que oferecem materiais educativos e cursos de ensino a distância para os profissionais do SUS por meio de uma plataforma online.



**Figura 2.** Distribuição dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e distribuição das faculdades de medicina no Brasil.

## Discussão

Ao analisarmos o processo nacional e os internacionais de fortalecimento da Atenção Básica e provisão de profissionais médicos em áreas vulneráveis, observamos que, apesar das diferenças de contexto, a problemática tem semelhanças. Estudo recente da Organisation for Economic Cooperation and Development (OCDE) mostrou que, mesmo com o aumento no número total de médicos, a distribuição dos médicos mantém um padrão de grande concentração nas capitais e áreas de escassez nas zonas rurais. Outros dois fenômenos observados são: a feminização e o envelhecimento da força de trabalho médica<sup>33</sup>.

Cada vez mais países buscam medidas para assegurar a universalização da cobertura de saúde, bem como o fortalecimento de um sistema de saúde resolutivo e adequado às necessidades de saúde da população<sup>8</sup>. A distribuição desigual dos profissionais de saúde, especialmente médicos, representa importante limitante para alcançar estes objetivos. Conforme observamos nos três países analisados, o problema da iniquidade na distribuição de profissionais de saúde é bastante complexo, e uma série de estratégias concomitantes têm sido utilizadas para mitigá-lo<sup>5,34</sup>.

No curto prazo, os três países têm lançado mão do recrutamento de médicos (nacionais e estrangeiros) dentro de modelos que assegurem a atração e a retenção desses profissionais em áreas remotas. O modelo brasileiro e o australiano utilizam combinações de incentivos financeiros e educacionais para isso. Já o modelo estadunidense tem maior foco nos incentivos financeiros e na retenção dos médicos estrangeiros que já estão no país realizando treinamento, por meio da extensão do visto de permanência. Faz-se necessário ressaltar que existem importantes limitações na comparação da atratividade de um país de média renda com países de alta renda. Também é preciso esclarecer as mesmas limitações em relação à possibilidade entre países com propostas políticas extremamente divergentes em relação ao sistema público de saúde.

Na Austrália, a remuneração dos médicos participantes do programa *Overseas Training Doctors* é variável, sendo maior para aqueles atuando em zonas mais remotas. No Brasil, a remuneração dos participantes do PMMB é a mesma, entretanto a ajuda de custo para instalação é maior para os participantes que se deslocarem para zonas mais remotas. Também existe, no país, um sistema de

pagamento da dívida estudantil universitária que se assemelha ao NHSC estadunidense, no qual o médico que tenha, no mínimo, um ano de trabalho em localidades com carência de médicos poderá requerer o abatimento, ao mês, de 1% do saldo devedor da dívida ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies)<sup>35</sup>. Apesar de existirem poucas avaliações de programas de provisão de profissionais de saúde em áreas carentes, evidências sugerem uma maior efetividade de programas combinando diferentes incentivos<sup>7,8,16</sup>.

Iniciativas de mais longo prazo incluem modificações na graduação e residência médica, com o intuito de promover a atuação médica em áreas vulneráveis, especialmente, de médicos de família e comunidade. Por ser um dos países que mais sofre com a escassez de médicos em zonas remotas, a Austrália implementou, desde cedo, medidas importantes para sanar este problema mediante seleção de estudantes de áreas rurais e desenvolvimento de estágios e internato em áreas rurais. Mais recentemente, o país também ampliou os campi universitários da saúde em regiões distantes das grandes metrópoles.

No Brasil, com a finalidade de ampliar a oferta de vagas, dando prioridade às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, consideradas regiões com maior escassez de médicos, o Ministério da Educação, criou, em 2012, um programa voltado à expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais de Ensino Superior, as IFES, e estabeleceu a meta de criação de 1.615 vagas em cursos de Medicina existentes ou novos cursos de Medicina nas Universidades Federais, durante os anos de 2013 e 2014. Para a criação dos novos cursos, foi proposto um projeto de criação de Residência Médica nos mesmos locais dos novos cursos, como forma de apoio aos cursos<sup>36</sup>.

O governo federal utilizou critérios semelhantes aos da Austrália para selecionar municípios onde poderão ser abertos novos cursos de medicina<sup>36</sup>. Antes da Lei 12.871 (que instituiu o Programa Mais Médicos), a localização de possíveis novos cursos de medicina era definida sem um direcionamento por parte do Estado brasileiro, de modo que não havia garantias de interiorização dos cursos. Desta forma, o mercado determinava a distribuição de cursos, sendo esse um dos fatores que levou à iniquidade da distribuição de profissionais de saúde no país, mesmo levando em conta que a abertura de novos cursos médicos deveria ser apreciada pelo Conselho Nacional de Saúde<sup>37</sup>. Como pode ser observado na Figura 2, a maioria dos cursos de graduação em medicina estão localizados nas capitais e grandes cidades, sendo que existe forte correlação entre o local de formação e o local de estabelecimento profissional dos médicos<sup>38</sup>.

Em 2013, o Conselho Nacional de Educação iniciou esforço conjunto com associações de ensino, o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde e outros, para a revisão das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de medicina, que, entre muitas medidas, assegura que 30% das atividades do internato sejam desenvolvidas em serviços de atenção primária, bem como de urgência/emergência<sup>3</sup>. Os Ministérios da Saúde e Educação têm atuado conjuntamente para a ampliação das vagas de residência médica, especialmente em medicina geral de família e comunidade. As esferas federais, estaduais e municipais deverão se articular de forma a viabilizar que os contratos organizativos de ação pública de ensino em saúde (COAPES) garantam ambiente adequado para a integração ensino-serviço. A tele-saúde tem sido cada vez mais importante na ampliação da atenção à saúde em áreas vulneráveis.

São muitos os desafios para que ações a médio e longo prazo possam substituir medidas de curto prazo. O fortalecimento do sistema de saúde depende da atuação integrada de todos os profissionais de saúde, depende de processos de educação permanente na definição e no desenvolvimento de competências gerais e específicas voltadas à produção da saúde e à integralidade do cuidado. Estas definições devem ancorar as Diretrizes Curriculares Nacionais e a construção do sistema unificado de avaliação da graduação, aproximando instituições formadoras do sistema de saúde. As mudanças quantitativas e qualitativas na formação médica buscam garantir não apenas a universalidade, mas, também, a integralidade e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

O êxito dessas iniciativas dependerá da continuidade da articulação interfederativa, de políticas regulatórias de estado, bem como, do constante monitoramento e aprimoramento do programa. A potência do Mais Médicos, entre outras, relaciona-se a uma proposta de mudança que não tem medo de procurar novos caminhos, que dialoga com experiências nacionais e internacionais e com todos os sujeitos envolvidos na ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica e do SUS.

## Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Agradecimentos

Agradecemos a todos os trabalhadores da SGTES, que vêm contribuindo, de forma crítica e criativa, na produção de práticas inovadoras na gestão do trabalho e da educação na saúde, e que vivem esse momento único de implantação do Mais Médicos. Aos parceiros do MEC: SESU, INEP e SERES, por todo o trabalho de cooperação no compromisso público pelo fortalecimento da formação na saúde integrada às diretrizes do SUS. Um agradecimento especial é devido à contribuição de Alexandre Rocha Santos Padilha e Mozart Julio Tabosa Sales.

## Referências

1. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2013; 370(23): 950-7.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-97.
3. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8):1555-64.
4. Grobler L, Marais B, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 21(1):1-25. CD005314.
5. Araújo E, Maeda A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries. In: Bank W, organizador. Relatório. Washington (DC): World Bank; 2013 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16104/78506.pdf?sequence=1>
6. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet*. 2008, 371(9613):668-74.
7. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health*. 2010; 18(3):102-9.
8. Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010; 88(5):379-85.
9. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle - and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:19.
10. Viscomi M, Larkins S, Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med*. 2013; 18(1):13-23.
11. Wiese M, Jolley G, Baum F, Freeman T, Kidd M. Australia's systems of primary healthcare - the need for improved coordination and implications for Medicare Locals. *Aust Fam Physician*. 2011; 40(12):995-9.
12. Australian Institute of Health and Welfare. Rural, regional and remote health: indicators of health status and determinants of health [Internet]. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2008 [acesso 2014 Set 20] (Rural Health Series; 9). Disponível em: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468076>

13. Australian Government. Department of Health. Review of the Australian Government Health Workforce Programs [Internet]. Canberra: Department of Health; 2013 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc~chapter-4-addressing-health-workforce-shortages-regional-rural-remote-australia~chapter-4-health-education-strategies-rural-distribution>
14. Australian Government. Department of Health, Rural and Regional Health Austrália. Rural Health Workforce Strategy (RHWS) Incentive Programs [Internet]. Canberra: Department of Health; 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: [http://www.ruralhealthaustralia.gov.au/internet/rha/publishing.nsf/Content/RHWS\\_incentive\\_programs](http://www.ruralhealthaustralia.gov.au/internet/rha/publishing.nsf/Content/RHWS_incentive_programs)
15. Australian Government. Department of Health. Work as a doctor in Australia [Internet]. Canberra: Department of Health; 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.doctorconnect.gov.au/internet/otd/publishing.nsf/Content/home>
16. Wilson N, Couper E, Reid S J, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*. 2009; 9(2):1060.
17. Clarke TR, Freedman SB, Croft AJ, Dalton HE, Luscombe GM, Brown AM, et al. Medical graduates becoming rural doctors: rural background versus extended rural placement. *Med J Aust*. 2013; 199(11):779-782.
18. World Health Organization. Health system in transition, United States of America: health system review. WHO [Internet]. 2013 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf)
19. United States of America. Public Law 111-148 111th, Mar 23, 2010 [Internet]. Washington (DC): United States Government Printing Office; 2010 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>
20. U.S. National Library of Medicine. Doctor of Medicine profession [Internet]. Bethesda: NIH; 2013 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001936.htm>
21. Salsberg ES, Wing P, Dionne MG, Jemiolo DJ. Graduate Medical Education and Physician Supply in New York State. *JAMA*. 1996; 276(9):683-8.
22. Kahn MJ, Ronald J, Markert FA, Lopez Specter S, Randall H, Krane, K. Is medical student choice of a Primary Care Residency influenced by debt? *Med Gen Med*. 2006; 8(4):18.
23. Lorin J. Medical school at \$ 278,000 means even bernanke son has debt. Bloomberg [Internet]. 2013 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.bloomberg.com/news/2013-04-11/medical-school-at-278-000-means-even-bernanke-son-carries-debt.html>
24. United States Department of Health and Human Services, division of Health Resources and Services Administration, Bureau of Clinician Recruitment and Service. National Health Service Corps [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://nhsc.hrsa.gov/>
25. United States Department of Homeland Security, U.S. Citizenship and Immigration Services. Conrad 30 Program [Internet]. West Bloomfield; 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.uscis.gov/working-united-states/students-and-exchange-visitors/conrad-30-waiver-program>

26. American Medical Association. IMGs in the U.S. physician workforce discussion paper - 2009 edition [Internet]. Chicago: AMA; 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/member-groups-sections/international-medical-graduates/imgs-in-united-states.page?>
27. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 [acesso 2014 Set 20]; 17(47):913-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>
28. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013 [acesso 2014 Maio 22]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>.
29. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.087, de 1º de setembro de 2011b. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2 Set 2011 [acesso 2014 Maio 22]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=92&data=02/09/2011>
30. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86.
31. Ministério da Saúde. Apresentação de um ano do Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014 [acesso 2014 Set 22]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/04/apresentacao-COLETIVA-1-ANO-MAIS-M--DICOS---04-09-1.pdf>
32. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 50, de 16 de agosto de 2013. Adesão dos médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. 19 Ago 2013 [acesso 2014 Maio 22]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5955-documentos>
33. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. Etud Résult [Internet]. 2009 [acesso 2014 Set 20]; (679). Disponível em: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et-regionales-detaillees.5488.html>
34. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. Bull World Health Organ. 2010; 88(5):357-63.
35. Lei n. 12.202, de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei n. 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). Diário Oficial da União. 15 Jun 2010 [acesso 2014 Maio 22]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=3&data=15/01/2010>
36. Ministério da Educação. Propostas de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria n. 86, de 22 de março de 2012. Diário Oficial da União. 27 Mar 2012.
37. Ministério da Saúde. Resolução n. 407, de 12 de Setembro de 2008. Dispõe sobre as atribuições do Conselho Nacional de Saúde [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/regimento.htm>

38. Seixas PH, Corrêa NA, Moraes JC. MigraMed - Migração Médica no Brasil: tendências e motivações [Internet]. São Paulo: Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo; 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/iiienc\\_migra\\_uru\\_dic10/migracao\\_medica\\_no\\_brasil\\_p.seixas.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/iiienc_migra_uru_dic10/migracao_medica_no_brasil_p.seixas.pdf)

39. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): 2014 [acesso 2014 Set 20]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=64>

Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Más Médicos: un programa brasileño en una perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.

La escasez de profesionales de la salud en áreas remotas y vulnerables es un importante obstáculo para la universalización del acceso a la salud en diversos países. Este artículo examina las políticas de provisión de profesionales de salud en Australia, Estados Unidos de América y Brasil. A pesar del éxito parcial de iniciativas anteriores, fue solamente con el Programa Más Médicos que la provisión de médicos en áreas vulnerables alcanzó la magnitud y la respuesta en tiempo adecuado para atender la demanda de los municipios brasileños. En el país están en curso cambios cuantitativos y cualitativos en la formación médica cuyo objetivo es garantizar no solo la universalidad sino también la integralidad y sostenibilidad del Sistema Único de Salud. El éxito de estas iniciativas dependerá de la continuidad de la articulación inter-federativa, de políticas regulatorias de estado, así como del constante monitoreo y perfeccionamiento del programa.

*Palabras clave:* Más Médicos. Atención Básica de la Salud. Brasil. Australia. Estados Unidos de América. Programas gubernamentales.

Recebido em 03/10/14. Aprovado em 09/10/14.