

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: CONCEPÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO E O PAPEL DA MÍDIA

THE MAIS MÉDICOS (MORE DOCTORS) PROGRAM: DESIGN, IMPLEMENTATION AND THE ROLE THE MEDIA

Murilo Fabel*

Silvio Ferreira Júnior**

Luis Felipe Marinho Costa***

Carina Silva de Freitas***

Nathália Alves Santana***

Resumo: Introdução: O Programa Mais Médicos (PMM) foi um esforço de qualificação da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil. Dentre seus eixos, englobavam-se o aumento do número de profissionais médicos na APS e a melhor distribuição destes pelo território nacional, objetivando a redução das desigualdades em saúde. Após aprovado como projeto de lei, sua implementação, em 2013, passou por desafios e conquistas, atrelando-se a opiniões divergentes sobre seus benefícios à saúde do país. Nesse sentido, a mídia teve papel importante, representando a principal fonte informativa e influenciando diretamente no significado que o programa possuiria. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo abordar os pontos da concepção e implementação do PMM, bem como a relação deste com o poder midiático da época, anali-

* Pós-doutor pela Universidade de Oxford. Professor da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. Montes Claros, Minas Gerais – Brasil.

** Doutor em Economia Aplicada pela Universidade Federal de Viçosa. Professor do Programa de Mestrado em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil.

*** Acadêmico(a) de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais - Brasil.

sando a importância da imprensa para a aceitação da população ao programa. **Método:** Realizou-se revisão bibliográfica que levantou estudos de mídia e de políticas públicas e compilou-se os resultados conforme as etapas do programa. **Conclusão:** A partir dos resultados, conclui-se que o processo de concepção foi regulamentado e embasado em indicadores de saúde fidedignos, assim como sua implementação representou melhorias para a APS exercendo a mídia grande influência para o real significado que o programa obteve para a população.

Palavras-Chave: Acesso à informação; Atenção Primária à Saúde; Administração em Saúde Pública

Abstract: Introduction: The Mais Médicos Program (PMM) was an effort to qualify Primary Health Care (PHC) in Brazil. Among its axes was the increase in the number of medical professionals in PHC and their better distribution throughout the national territory, aiming to reduce health inequalities. After being approved as a bill, its implementation, in 2013, went through challenges and achievements, being tied to divergent opinions about its benefits to the country's health. In this sense, the media played an important role, representing the main source of information and directly influencing the meaning that the program would have. **Objective:** This study aims to address the conception and implementation of PMM, as well as its relationship with the media power at the time, analyzing the importance of the press for the population's acceptance of the program. **Method:** A bibliographic review was carried out that surveyed media and public policy studies, and the results were compiled according to the stages of the program. **Conclusion:** From the results, we conclude that the conception process was regulated and based on reliable health indicators, as well as its implementation represented improvements for PHC, and the media had a great influence on the real meaning that the program had for the population.

Keywords: Access to information; Primary Health Care; Public Health Administration

Resumen: Introducción: El Programa Más Médicos (PMM) fue un esfuerzo de cualificación de la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil. Entre sus ejes, incluía el aumento del número de profesionales médicos en la APS y su mejor distribución en el territorio nacional, con el objetivo de reducir las desigualdades en materia de salud. Tras ser aprobado como proyecto de ley, su implementación en 2013 pasó por retos y logros, estando ligada a opiniones divergentes sobre sus beneficios para

la salud del país. En este sentido, los medios de comunicación jugaron un papel importante, representando la principal fuente de información e influyendo directamente en el significado que tendría el programa.

Objetivo: Este estudio pretende abordar los puntos de concepción e implementación del PMM, así como su relación con el poder mediático de la época, analizando la importancia de la prensa para la aceptación del programa por parte de la población. **Método:** Se realizó una revisión bibliográfica para relevar los estudios sobre medios de comunicación y políticas públicas y compilar los resultados según las etapas del programa. **Conclusión:** A partir de los resultados, se concluye que el proceso de concepción se reguló y se basó en indicadores de salud fidedignos, así como que su implementación representó mejoras para el APS ejerciendo una gran influencia en el significado real que el programa tiene para la población.

Palabras Clave: Acceso a la Información; Atención Primaria de Salud; Administración en Salud Pública

O Programa Mais Médicos

No Brasil, um dos principais problemas encontrados na saúde pública tem sido o número total de médicos por habitantes, que é insuficiente à demanda da população, especialmente, mediante o Sistema Único de Saúde (SUS) (TELLES, SILVA, BASTOS, 2019). Embora, nos 30 anos de existência do SUS houvera importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira, ainda há pessoas vivendo em comunidades remotas e vulneráveis que enfrentam dificuldade para ter acesso aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Além disso, a ampliação da oferta dos serviços de saúde e a elevação da renda da população alargou a demanda por médicos, o que também contribui com a problematização da saúde pública (TELLES, SILVA, BASTOS, 2019).

Em 2011, o debate sobre escassez de médicos foi prioridade nos âmbitos federal, estadual e municipal responsáveis pelo SUS e pelo Conselho Nacional de Saúde, bem como foram priorizadas estratégias de qualificação e expansão da Atenção Básica. Foram levantadas três observações fundamentais para a discussão sobre a má distribuição de

médicos no Brasil e sobre a necessidade de novas políticas relacionadas ao assunto: 1) situação do mercado de trabalho médico possibilitando pleno emprego e com criação de postos de trabalho muito acima do número de concluintes de cursos de Medicina; 2) o número de médicos por 1.000 habitantes abaixo de diversos países das Américas e da Europa e 3) a limitação da expansão de serviços públicos, como no exemplo da Estratégia de Saúde da Família, pela escassez de médicos. O número de médicos por 1.000 habitantes do Brasil, em 2011, era 1,8, enquanto que na Argentina a relação era de 3,9, na Espanha 3,5, em Portugal 3,8, no Uruguai 3,7 e no Reino Unido 2,7, sendo a proporção do Reino Unido adotada como meta para o Brasil, pois é este país que apresenta o melhor sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção básica depois do Brasil (GIRARDI, et al 2011).

A distribuição dos médicos nas regiões do País em 2012 também demonstrava um importante padrão de iniquidade, com boa parte dos estados com uma quantidade de médicos abaixo da média nacional (somente cinco estados tinham mais de 1,83 médico por 1.000 habitantes) (Tabela 1). Mesmo estados com número de médicos por habitante acima da média nacional apresentavam diferenças importantes de distribuição de médicos nas diversas microrregiões, em virtude da concentração desses profissionais nas capitais. Dentro das capitais o quadro também era heterogêneo, em função da dificuldade de atração nas regiões mais periféricas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Tabela 1: Distribuição dos Profissionais Médicos por Unidades Federativas, Brasil, 2012

Regiões	Unidade federativa	População	Total de Médicos	Médicos por 1000 habitantes
Norte	Roraima	445.043	540	1,21
	Tocantins	1.323.231	1.426	1,08
	Amazonas	3.534.574	3.744	1,06
	Rondônia	1.531.920	1.562	1,02
	Acre	721.006	679	0,94
	Pará	7.726.888	5.938	0,77
	Amapá	662.927	505	0,76
Nordeste	Pernambuco	9.015.728	12.547	1,39
	Sergipe	2.074.528	2.701	1,30
	Rio Grande do Norte	3.221.581	3.977	1,23
	Paraíba	3.843.916	4.488	1,17
	Alagoas	3.233.234	3.632	1,12
	Bahia	15.001.484	16.311	1,09
	Ceará	8.810.603	9.277	1,05
	Piauí	3.214.556	2.971	0,92
	Maranhão	6.533.540	3.767	0,58
Distrito Federal	Distrito Federal	2.741.213	9.494	3,46
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	2.426.518	3.733	1,54
	Goiás	6.145.928	8.917	1,45
	Mato Grosso	3.120.442	3.441	1,10
Sudeste	Rio de Janeiro	16.383.401	56.391	3,44
	São Paulo	42.390.043	105.658	2,49
	Espírito Santo	3.577.833	7.040	1,97
	Minas Gerais	20.529.623	37.149	1,81
Sul	Rio Grande do Sul	11.073.282	24.741	2,23
	Santa Catarina	6.297.460	10.656	1,69
	Paraná	10.945.791	18.406	1,68

Fonte: IBGE, 2012.

Assim, na proposição da nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), formulada em 2011, foram definidos dez desafios principais a serem enfrentados para o desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde, segundo o Ministério de Saúde (2015): i) Financiamento insuficiente da Atenção Básica; ii) Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS); iii) Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde; iv) Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; v) Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado; vi) Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais; vii) Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de

modelo e qualificação da gestão; viii) Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; ix) Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica; x) Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Em 2011, também foi realizado pelo Ministério da Saúde, uma chamada nacional para médicos por meio do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab), ofertando a possibilidade de trabalho supervisionado em regiões de extrema pobreza e periferias com incentivo aos participantes de acréscimo na pontuação no processo seletivo de residência médica. Em 2013, o adicional de 10% na pontuação da seleção de residência médica foi reconhecido e ratificado com a lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013.

Nesse contexto, em 2013, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), um programa do governo federal coerente e sinérgico ao esforço de qualificação da Atenção Básica brasileira, através de ações de impacto, objetivando aumentar o número de profissionais médicos atuantes na Atenção Básica, melhorar a distribuição desses profissionais em todo território nacional, e incrementar sua formação/qualificação (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, o Programa Mais Médicos foi a maior iniciativa já realizada no País e está entre as maiores do mundo para enfrentar esse conjunto de problemas. Era composto por uma dimensão de resposta imediata e emergencial, mas sustentável, que é a formação e o provimento de médicos aos serviços de Atenção Básica em áreas com maior necessidade e vulnerabilidade. Nesse aspecto, o Programa recrutou profissionais graduados no Brasil e fora do país, brasileiros e estrangeiros, para atuar nas áreas com maior necessidade e garantir a essas populações o direito concreto e cotidiano ao acesso universal e com qualidade aos serviços de saúde. Esses profissionais participavam de uma série de atividades de educação permanente e de integração ensino-serviço para que desenvolvessem uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PINTO et al, 2017).

O Programa Mais Médicos assegurou, também, medidas estruturantes de médio e longo prazos, como aquelas que visam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos no Brasil: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, até a reorientação da formação de médicos e especialistas, através das Diretrizes Nacionais de Formação no Curso Médico, conforme as necessidades do SUS. A iniciativa previu, ainda, a expansão de vagas de graduação nos locais com maior necessidade de médicos e menos ofertas de vagas por habitante, assim como a universalização da residência médica: a cada egresso da graduação, uma vaga de residência seria ofertada. O programa apontou para a implementação de uma formação médica moderna, com foco do ensino, no aluno, no aprendizado, no cuidado integral à saúde, integrando ensino, pesquisa e extensão e fomentando o “aprender a aprender” permanentemente, recomendando uma formação com novas diretrizes, instrumentos e metodologias de avaliação e com uma integração ensino-serviço que forme médicos muito bem preparados para atender e responder de forma resolutiva à maioria das necessidades de saúde apresentadas pela população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Além disso, o programa previu investimentos para a qualificação da estrutura, melhoria das condições de atuação dos profissionais e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), buscando consolidar um padrão de qualidade superior nos serviços locais da atenção básica brasileira, promovendo não apenas a melhoria da rede de serviços já existentes, mas ampliando significativamente o número de UBS no País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Embasamento Legal do Programa Mais Médicos

O PMM foi criado no governo de Dilma Rousseff como medida provisória número 621, no dia 8 de julho de 2013, sendo regulamentado pela lei nº 12.871 em outubro de 2013, depois de amplo e importante debate público caracterizado por progressiva e massiva aprovação popular e forte oposição de representação da categoria médica (BRASIL, 2013).

A medida provisória, tendo que ser convertida em Lei, foi debatida na Câmara dos Deputados e, depois de muitas audiências públicas e debates com todos os setores, foi aprovada com diversos aperfeiçoamentos. Seguiu, então, para o Senado onde também foi debatida e aprovada. Naquele momento, o Programa Mais Médicos deixava de ser uma política de governo e se tornava uma política de Estado instituída com os seguintes objetivos: i) diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; ii) fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; iii) aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; iv) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; v) fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; vi) promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; vii) aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; viii) estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Para alcançar esses objetivos adotou-se as seguintes ações: I) reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, pela priorização de regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; II) estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; III) promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

A Lei nº 12.871/2013 denominou o Provimento Emergencial de “Projeto Mais Médicos para o Brasil” que se destinou a prover profissionais para a atuação, na perspectiva da integração ensino-serviço, na Atenção Básica do SUS em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais.

As regiões classificadas como prioritárias para o Programa foram definidas em função de um conjunto combinado de critérios, tais como: áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza; baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombola; locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais; entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Assim, o PMM buscou associar incentivos educacionais, monetários, de apoio clínico e regulatórios para atrair profissionais de saúde para áreas mais necessitadas, bem como, para cumprimento das atividades pelo médico, para formação de mais médicos ou incorporação de médicos pelo Revalida, criou incentivos para que o médico atuasse na Atenção Básica e no local e no modo definido pelo programa, além de diminuir a rotatividade na Atenção Básica já que era necessário ficar ao menos um ano no local definido para serem beneficiados.

Somado a isto, a lei do Programa Mais Médicos determinou um prazo de cinco anos, a contar de sua publicação em 2013, para “dotar as Unidades Básicas de Saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura”. Quando a Lei foi promulgada já havia um programa dirigido à qualificação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS): o Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), criado em 2011. Esse programa quase triplicou seu orçamento justamente no contexto do lançamento do Programa Mais Médicos e virou um de seus eixos estruturantes com o Provimento Emergencial e a Formação Médica. O Programa de Requalificação das UBS definiu a alocação de recursos aos municípios conforme a apresentação de propostas ligadas à infraestrutura e à modernização das UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A Lei nº 12.871/2013 determinou reorientação da formação que deveria ser observada por todas as escolas médicas, novas e já existentes, públicas e privadas, e também mudou a lógica da expansão de vagas de Medicina nas escolas brasileiras. Além disso, buscou: i) a formação de um profissional que estivesse preparado para cuidar integralmente da pessoa, mais que biologicamente, da doença; ii) construir projetos terapêuticos com o sujeito levando em conta não só o indi-

víduo, mas seu contexto, sua família, seu trabalho e as coletividades as quais pertencia e participava; iii) estar efetivamente preparado para cuidar das necessidades de saúde dos usuários naquelas situações que se apresentavam na maioria das vezes e não se tornar um especialista teórico antes mesmo de se tornar médico; iv) responsabilizar-se, com o usuário, pela produção e gestão do cuidado dele e não só pela identificação de um diagnóstico e prescrição de uma conduta; v) atuar em equipe multiprofissional e ter experiência e saber atuar nos serviços e redes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

O Eixo de Formação Médica completou-se com as inovações que a Lei do Programa Mais Médicos trouxe para a Residência Médica e a ordenação da formação de médicos especialistas no Brasil. Para atender as necessidades da população e do sistema de saúde, além de possuir médicos distribuídos em todo território nacional e na proporção adequada, faz-se necessário também formá-los nas especialidades demandadas por serviços planejados e organizados em função da atenção às necessidades de saúde das pessoas de cada região de saúde. Era esse o objetivo das mudanças que o Programa propôs na residência médica e na formação de especialistas (MATIAS, et al, 2019).

Por fim, assim como fez com a graduação, o Programa apontou para a modificação do modo vigente de definir onde e em quais especialidades serão abertas novas vagas de residência, independentemente se seriam custeadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação ou por qualquer outra instituição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Implementação do Programa Mais Médico

No que tange ao processo de implementação do PMM, uma longa caminhada foi percorrida para que se pudesse, de fato, concretizar o que fora idealizado nos momentos de estruturação do programa. Será que o programa de fato alcançaria o que havia proposto em seus ideais e propostas? Seria mais um insucesso político ou uma proposta que de fato conseguiria alcançar objetivos arrojados no âmbito da APS? O que veremos adiante demonstra como se deu cada passo da implementação do PMM, um processo certamente norteador por dificuldades e conquistas.

Um dado importante é o interesse/adesão dos municípios brasileiros ao programa que surgia. Para que tal processo ocorresse foi necessário levar-se em conta que num país com dimensões continentais como o Brasil persiste uma série de particularidades regionais quanto aos aspectos de saúde. Por conta disso, o Ministério da Saúde utilizou uma classificação dos municípios em grupos para a realocação racional e eficiente de esforços, na qual imperou a lei da maior necessidade para a menor. A tipologia e quantitativo dos municípios contemplados no PMM está demonstrado no Quadro I abaixo, no qual, tem-se a divisão de municípios conforme o perfil sociodemográfico de cada um deles:

Quadro I: Perfil Sociodemográfico dos Municípios Brasileiros selecionados para adesão ao PMM

Tipologia dos Municípios	Quantitativo
Capital	26 municípios que são capitais de seus estados e o Distrito Federal.
Região Metropolitana	485 municípios situados em Regiões Metropolitanas.
G100	São os 100 municípios com mais de 80 mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública per capita e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G100).
Perfil de pobreza	municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).
DSEI	34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (DSEI/SESAI/MS).
Demais localidades	municípios não caracterizados pelos perfis anteriores.

Fonte: (Ministério da Saúde, 2015)

A classificação acima foi adaptada a partir do Programa de Fortalecimento da Atenção Básica (PROVAB), anterior ao PMM, que serviu de *know how* para a formulação do programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Paralelo a este dado, houve o início dos editais de candidatura dos municípios para a participação no PMM.

O edital para os municípios manifestarem interesse pelo programa ocorreu previamente ao de médicos interessados em participar. Para que um município que tivesse interesse em participar pudesse de fato entrar no programa, era necessário assinar um termo de compromisso com ações e responsabilidades a serem cumpridas pela gestão municipal durante a vigência do programa. Dentre esses deveres, pontuam-se: a) a garantia de condições específicas e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); b) garantia, em casos previstos, de benefícios aos médicos como moradia, alimentação e deslocamento; c) comprometimento de inserção do médico para atuação em uma equipe de Atenção Básica dentre as modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) e no Programa, além de alimentar os sistemas de informação do SUS; d) responsabilidade em garantir ao médico tempo para se dedicar às atividades de educação; e) compromisso com a implantação ou apoio à implantação dos Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; entre outros.

No momento de assinatura do contrato, o município deveria manifestar a necessidade da população, informar a cobertura e a oferta de serviços já disponíveis no município na AB e fornecer levantamento das equipes bem como das condições de infraestrutura da UBS que receberia o profissional. A partir disso, o PMM utilizaria os dados levantados pela totalidade de municípios para determinar os postos de trabalho para os futuros médicos atuantes.

Num panorama geral, no ano de 2013, 4.068 municípios e 34 distritos já estavam vinculados ao PMM. No que tange ao diferencial entre as regiões do país, é sabido que todas as capitais possuíam médicos vinculados ao programa. Ademais, dentro das regiões metropolitanas, dos 508 municípios que compunham tais regiões, 76,4% aderiram ao PMM. No grupo G100, por sua vez, apenas cinco municípios não aderiram ao PMM. Já entre os 1652 municípios classificados como “Perfil de pobreza”, 1314 (79,5%) aderiram ao programa. Já o grupo de municípios que não se enquadravam entre as classificações anteriores, designados como “outros municípios”, incluiu 3280 cidades, das quais 2802 (63,5%) aderiram ao PMM (PINTO JUNIOR; et al., 2020).

Vale ressaltar que, dentre os municípios que aderiram ao programa, prevaleceu entre os participantes aqueles com piores indicadores socioeconômicos e de serviços de saúde, o que demonstrou o interesse destes frente à possibilidade de melhorias que o PMM poderia trazer. E

numa abordagem regional, a maior adesão foi representada pelas regiões Norte e Nordeste.

Por outro lado, uma análise demonstrou que 699 municípios elegíveis ao programa, ou seja, 22,7% dos municípios prioritários não se inscreveram ou cancelaram sua inscrição no PMM, sendo: 450 da região Nordeste, 52 do Norte, 101 do Sudeste, 75 do Sul e 21 do Centro-Oeste, o que representou uma lacuna considerável entre o potencial e o real alcance que o programa poderia ter obtido em sua adesão de municípios (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Além da quantidade de municípios que aderiram ao programa, saber sobre o interesse dos profissionais em participar do PMM também é de suma importância. Este conhecimento permite saber se, à época, o programa de fato foi atrativo para os profissionais e conseguiu, mediante suas estratégias, montar o contingente ao qual se propôs.

O processo de adesão dos médicos foi feito posteriormente ao de municípios, e a seleção foi pautada em editais que dividiam prioritariamente o perfil de profissionais que poderiam se inscrever, conforme a Lei nº 12,871/2013 que determinava que cada vaga primeiramente deveria ser designada aos médicos com registro (CRM) no Brasil. Posteriormente, mediante a não ocupação total de vagas, estas seriam destinadas aos médicos brasileiros formados fora do Brasil, depois ainda médicos estrangeiros e, por último, acionava-se a cooperação com a OPAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Segundo dados de junho de 2015, do Ministério da Saúde, a composição de médicos participantes do PMM se dava da seguinte forma:

Tabela 2: Participantes do PMMB por categoria de participação:

Região	CRM Brasil	Intercambista Cooperado*	Intercambista Individual	Total Médicos
Centro-Oeste	489	705	115	1.309
Nordeste	2.472	3.745	291	6.508
Norte	442	1.561	230	2.233
Sudeste	1.282	3.592	432	5.306
Sul	589	1.826	469	2.884
Total Geral	5.274	11.429	1.537	18.240

Fonte: DEPREPS/SGTES/MS (2013). Adaptado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

*incluindo brasileiros formados no exterior.

De acordo com a tabela acima, houve uma participação importante de profissionais dentro do programa. Verifica-se que apenas 28,9% do contingente total de profissionais foi composto por médicos que possuíam CRM no Brasil e, desse modo, a participação dos médicos intercambistas se deu de forma mais proeminente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Mas será que, de fato, o PMM representou um avanço para o provimento de médicos no país? Para chegar a tal conclusão é necessário obter-se dados que comparem de forma estatística o provimento de médicos frente as particularidades do país. Quanto a isso é necessário alisarmos as taxas de médicos, sobretudo de APS, que compunham o sistema anteriormente e posteriormente à atuação do PMM, conforme a Tabela 03, abaixo:

Tabela 3: Taxas de médicos na Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros segundo contextos de implantação (grupos de municípios) e adesão ao Programa Mais Médicos, 2008 a 2016

Grupo de municípios/adesão ao Programa Mais Médicos	Taxa de médicos na atenção primária à saúde/ 10 000 habitantes.		
	Janeiro/2008	Junho/2013	Dezembro/2016
Capital			
Sim	1,71	1,49	1,83
Região metropolitana			
Não	2,40	2,24	2,29
Sim	1,83	1,65	2,06
20% pobreza			
Não	2,38	2,24	2,22
Sim	1,77	1,63	2,51
G100			
Não	1,97	2,02	2,33
Sim	1,45	1,33	1,73
Outros			
Não	2,16	1,92	2,07
Sim	1,80	1,61	2,33
Brasil			
Não	2,23	2,02	2,14
Sim	1,74	1,56	2,11

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (2018). Adaptado (PINTO JUNIOR; et al., 2020).

*Grupos de municípios: capitais: municípios pertencentes a regiões metropolitanas; G100 = 100 municípios mais pobres do país; 20% pobreza = municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza; outros = demais municípios.

Pode-se verificar que o período que antecedeu ao PMM possuiu menores taxas de médicos de APS quando comparado ao período pós adesão ao programa, tanto em nível nacional quanto nos diferentes con-

textos de implantação. Todavia, este aumento das taxas de profissionais se deu de forma ainda mais intensa entre os municípios que aderiram ao programa. Trazendo este comparativo, tem-se que a variação da taxa de médicos de APS foi de 1,56 para 2,11 no grupo de municípios que aderiu ao programa, enquanto nos demais municípios foi de 2,02 para 2,14, considerando junho de 2013 e dezembro de 2016, respectivamente.

Conforme a tabela 03, tais taxas tiveram aumento ainda maior quando se tratava dos municípios com 20% de extrema pobreza, nos quais houve aumento da participação de médicos na APS de 1,63 para 2,51, dentre os municípios que participavam do programa. É importante destacar que, neste mesmo grupo, a tendência dentre os municípios que não participavam do programa foi de diminuição, o que sugere que a escassez de profissionais nesses municípios poderia se agravar ainda mais caso não houvesse o fornecimento de profissionais por meio do programa.

Um outro ponto importante frente aos dados é a situação estacionária que os municípios possuíam nos períodos anteriores ao programa. Além disso, praticamente todos os grupos de municípios, com exceção dos grupos G100 e regiões metropolitanas, apresentavam queda das taxas de médicos na APS nos períodos anteriores, panorama que obteve mudança no comparativo entre 2013 e 2016, período no qual tais taxas aumentaram.

O Programa Mais Médico no Estado de Minas Gerais

A cobertura de médicos na Atenção Primária a Saúde no estado de Minas Gerais foi analisada no período de 2012 a 2016, correspondendo aos primeiros quatro anos de vigência do PMM. Foram analisados um total de 853 municípios

Verificou-se, no período de 2012 a 2016, um aumento da média de cobertura municipal de médicos na APS no Estado de Minas Gerais, passando de 13,90 em 2012 para 20,58 em 2016, enquanto a mediana subiu de 11,15 para 18,92 médicos por 100 mil habitantes. Em média,

a cobertura cresceu 7,56% nesse período, e a mediana de crescimento foi de 6,33%, o que indica que metade dos municípios cresceu acima desse valor. Verificou-se, também, que os municípios se tornaram menos heterogêneos em relação a cobertura da atenção na APS. Enquanto em 2012 as coberturas municipais se dispersavam em torno da média em 94,89%, em 2016 a dispersão se reduziu para 67,88%. Em 2012, foram 140 municípios (16,4%) desprovidos de médicos, enquanto em 2016 foram 88 municípios (10,3% do total), o que mostrou uma redução desse quadro no decorrer dos anos. Já os municípios com maior cobertura de médicos na APS nos anos de 2012 e 2016 foram de 88,21 e 70,57 médicos por 100 mil habitantes, respectivamente, sendo que o município em que mais cresceu a cobertura entre 2012 e 2016 apresentou crescimento de 72,83% (MORAIS, 2018).

Realizou-se uma divisão dos municípios mineiros de acordo com o tamanho populacional, a partir do que se constatou que a cobertura de médicos nesse nível de atenção tem crescido proporcionalmente mais naqueles municípios que apresentam as maiores necessidades de saúde, notadamente, entre os grupos de municípios com população de até 25 mil habitantes. Dessa forma, pode-se inferir que o PMM estimulou um processo de redução nas desigualdades da cobertura da APS no decorrer desse período, uma vez que o crescimento da cobertura priorizou os municípios mais carentes em saúde. Além disso, os resultados mostraram que os municípios que foram inicialmente elencados como beneficiários tiveram taxas de crescimento substancialmente maiores nas suas coberturas de médicos na APS, comparativamente àqueles municípios inicialmente não cobertos pelo programa. Verifica-se, também, que os efeitos positivos do PMM atingiram o Estado de Minas Gerais, especificamente, principalmente no que tange aos municípios de pequeno porte populacional, de até 10 mil habitantes, ou entre 10 mil e 25 mil habitantes (FERREIRA JÚNIOR, MORAIS, 2019).

O Programa Mais Médicos e a mídia

Para se entender como a mídia teve relação com o PMM, devemos recapitular desde seu surgimento, em 2013, um ano marcado por inúmeras manifestações populares de descontentamento com os rumos das políticas públicas nacionais. O Programa foi anunciado no dia 21

de junho de 2013 e desde então manteve-se presente na agenda da mídia e do debate público, com a imprensa manifestando diferentes posicionamentos sobre a iniciativa (MORAIS *et al.*, 2014. CARVALHO, 2014. EMERICH *et al.*, 2018). O lançamento do Programa não foi bem aceito pela classe médica e muitos conselhos e entidades médicas se colocaram contra a vinda de médicos estrangeiros expressando seu descontentamento tanto por meio de notas e publicações em seus próprios meios de comunicação, como o Portal do Conselho Federal de Medicina, e também em entrevistas e participações de seus representantes e porta vozes em reportagens e entrevistas nos diversos grupos da mídia nacional.

O lançamento do Programa Mais Médicos gerou uma intensa disputa entre governo e entidades médicas que foi levada para as mídias com o intuito de ganhar a opinião pública (CARVALHO, 2014). Além disso, o PMM também leva para os meios de comunicação uma discussão sobre a necessidade de reformulação das escolas médicas, alertando para mudanças necessárias na formação de profissionais direcionados para as demandas do SUS (MORAIS *et al.*, 2014).

A função da mídia na sociedade

Desde o lançamento do PMM, muitos foram os debates com diferentes sujeitos sociais e matrizes ideológicas, sendo o confronto mais acirrado entre a base do governo e as corporações médicas, especialmente o CFM. A mídia utilizou-se desses debates ampliando as teses favoráveis e desfavoráveis sobre o programa, gerando assim diversas pesquisas de opinião pública (MORAIS *et al.*, 2014).

A análise de como a mídia influencia a sociedade pressupõe a compreensão de dois pontos de atuação da mídia: 1) Formação da opinião pública; 2) Articulação da legitimação ou deslegitimação das políticas públicas.

Segundo Scremin e Javorski, (2013), a mídia resguarda o papel de reafirmar identidades, da mesma forma que tem a função de expressar e fazer insurgir interesses e desejos distintos do cotidiano, que muitas vezes não compõem a ideologia de vida daqueles indivíduos. Para estes autores:

A mídia pode influenciar certas opções, apenas por ser pauta do momento ou o assunto que está sendo mais comentado (SCREMIN; JAVORSKI, 2013).

Também no sentido de complementar a análise da função da mídia na sociedade é importante lembrar que a mídia nacional é dominada por grandes conglomerados que geram monopólios da informação. A consequência mais direta dessa organização é a criação de uma hegemonia da opinião pública (MORAIS *et al.*, 2014). Tendo em vista que, desde a segunda metade do século XIX, os grandes jornais abdicaram de seu histórico papel iluminista em favor de interesses comerciais, a imprensa apresenta-se como *locus* privilegiado da manutenção do discurso de uma classe dominante (ADORNO, T Apub EMERICH *et al.*, 2018), sendo que a criação desses conglomerados da indústria cultural reforça ainda mais esse posicionamento, deixando claro os interesses ideológicos e políticos aos quais esses grupos estão ligados. Neste sentido:

A mídia atua principalmente na formatação da opinião pública, mudando, constatando, retificando ou mantendo o que já é consenso. É responsável também por, muitas vezes, naturalizar acontecimentos que deveriam ser questionados. Para que se haja uma análise do comportamento midiático na formatação da opinião pública, deve-se verificar o que é colocado em primeiro e segundo plano nos veículos (CARVALHO, 2014).

De modo similar, Lerner e Schramm (LERNER, D.; SCHRAMM, W., 1973 Apub MORAIS *et al.*, 2014) afirmam que a comunicação contribui também para as mudanças que ocorrem no desenvolvimento econômico. Sendo assim, segundo Morais *et al.* (2014) a comunicação estabelece o clima em que o desenvolvimento pode se realizar.

Um destaque importante das funções da mídia e da comunicação é a comunicação em saúde, definida por Schiavo como:

Comunicação em saúde é uma abordagem multifacetada para alcançar diferentes públicos e compartilhar informações relacionadas à saúde, com o objetivo de influenciar,

engajar e prover suporte a indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, políticos e o público para defender, introduzir, adotar ou sustentar um comportamento, prática ou política que por fim melhorar os resultados de saúde (SCHIAVO apud MORAIS *et al*, 2014).

O campo midiático se mostra como um espaço de disputa e os meios de comunicação são instrumentos de formação de opinião, sendo poder da comunicação central no âmbito da disputa política sobre a agenda governamental, em especial pela sua capacidade de gerar sentidos e significados (MENEZES, 2018). Buscar a compreensão de como ocorre a interação entre o debate de políticas públicas e as próprias políticas públicas, se atentando para o papel central da mídia na formação de opiniões e na validação das ações governamentais, é um modo de entender o funcionamento do sistema democrático indo muito além dos seus aspectos institucionais e jurídicos (TELLES, 2019).

Desse modo, a análise da difusão das informações sobre o PMM na mídia é muito importante para uma avaliação pormenorizada dos impactos desse programa e também da recepção do mesmo pelos diversos atores sociais envolvidos - Médicos, entidades de classe, usuários do SUS, gestores do SUS.

A cobertura jornalística do PMM

Em estudo feito nos jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense entre os dias 1º de julho até 31 de setembro de 2013, Moraes et al (2014) encontrou um total de 363 notícias referentes ao tema Programa Mais Médicos, sendo 262 (72,1 %) na Folha de São Paulo e 101 (27,8%) no Correio Braziliense. Julho foi o mês que mais registrou notícias sobre o Programa, com um total de 135 (37,19%), atribuiu-se o elevado número de notícias em julho devido à medida provisória nº 621, o que gerou o início dos debates entre a categoria médica. Em análise referente ao tipo da publicação, a mesma pesquisa apontou que o maior número de notícias era da categoria “reportagem” com 217 (60%), seguido de “opinião” com 130 (36%), “charge/imagem” com 10 (13%) e “crônica” com 6 (1%). Sobre o caráter da notícia, 178 (49%) destas eram pessimistas. As

notícias consideradas “neutras” representaram 101 (28%), e as “otimistas” 83 (23%). Em conclusão, Morais *et al* (2014) coloca que sua análise mostrou que a imprensa é uma importante ferramenta para a formação de opinião, em especial devido as notas que os leitores enviaram aos jornais além de considerar que a mídia é fundamental para a repercussão do Programa, apesar de não transparecer a verdade das propostas do PMM prevalecendo a opinião de jornalistas que escreveram as notícias relacionadas ao tema (MORAIS *et al*, 2014).

Estudos como esse são importantes por demonstrarem que nem sempre a mídia nacional se coloca de forma imparcial na divulgação de um tema de interesse público, no caso específico fica evidente o menor número de notícias de caráter positivo sobre o PMM – 23% - em comparação com 49% de caráter negativo, tal posicionamento mostra que mais que informar a população sobre as políticas públicas criadas pelo Estado, a mídia moldou uma percepção enviesada a partir de posicionamentos políticos e ideológicos que tentaram desqualificar o PMM.

Uma outra análise da difusão das notícias sobre o Programa Mais Médicos foi feita por Luz, Cambraia e Gontijo (2015) e foram analisadas as publicações na Folha de São Paulo que continham a expressão “Mais Médicos” no período de 28 de janeiro de 2013 a 30 de junho de 2014. Nesse estudo os pesquisadores avaliaram a frequência de aparição de determinadas terminologias com o intuito de avaliar se as publicações correspondiam de fato às informações contidas na Lei nº 12.871. Nessas avaliações foram encontradas 916 publicações que atendiam aos critérios de terminologias/lexema usado pelo estudo. Em conclusão final, Luz, Cambraia e Gontijo (2015) afirmam que os objetivos da LEI 12.871 foram pouco contemplados nas publicações da Folha de São Paulo, o que denota que a cobertura jornalística foi pouco produtiva em termos de discussão sobre saúde pública. Outro ponto observado foi a ocorrência de mudanças entre o período de cobertura anterior à publicação da lei e o período posterior, essa mudança foi notada pela alteração na frequência de alguns termos-chave usados nas publicações e, possivelmente, devido à progressiva aprovação da população em relação ao PMM, evidenciada pelas pesquisas de sondagem de opinião (LUZ; CAMBRAIA; GONTIJO, 2015).

Estudo sobre as publicações na mídia que tratavam do PMM entre os dias 21 de junho a 31 de novembro de 2013, demonstra que inicialmente os veículos de comunicação, de modo geral, concentraram as publicações em divulgação da proposta governamental do programa e também na divulgação do posicionamento das entidades médicas. Na medida em que o programa foi sendo executado, as matérias mudaram o foco para a chegada dos profissionais estrangeiros, para o processo de capacitação pelo qual eles passaram e também para as cidades que estavam recebendo o PMM (CARVALHO, 2014).

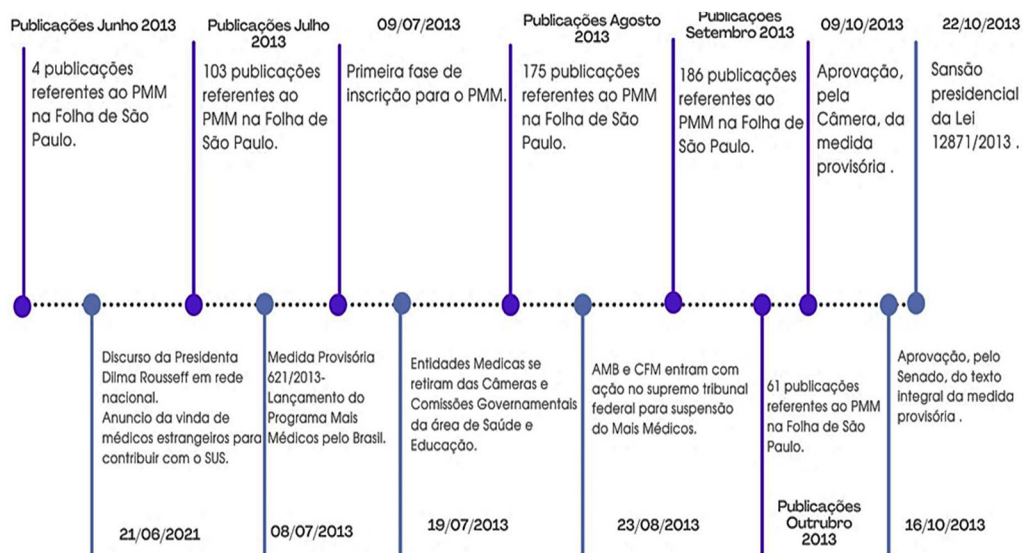
Ainda considerando as análises de Carvalho (2014), percebe-se que de junho a novembro de 2013 o número de publicações do tipo “informação” passou a ser maior do que publicações do tipo “declaração”, essa mudança no conteúdo das notícias veiculadas está de acordo com o que foi encontrado por Luz, Cambraia e Gontijo (2014).

A mídia televisiva também é um importante difusor de informação, considerada como o meio que proporciona maior acessibilidade para a população, sendo, portanto, a análise dessa parte da imprensa de grande relevância para o entendimento de como a chegada dos médicos estrangeiros do PMM foi apresentada à população pela mídia televisiva (SCREMIN; JAVORSKI, 2013). Em outra análise, de mesma autoria, feita a partir da observação do noticiário Bom Dia Brasil, da Rede Globo de Televisão, durante os meses de abril, maio, junho, julho, agosto e setembro de 2013, foi encontrado no escopo desse jornal que as notícias associadas aos estrangeiros no PMM começaram em maio de 2013, antes até do anúncio, por parte do governo, do PMM, e somavam um total de 28 noticiários. A partir desse estudo os autores puderam concluir que as matérias veiculadas sobre o Programa Mais Médicos, subjetivamente continham a percepção com a saúde, mas inevitavelmente foi possível perceber um forte viés político (SCREMIN; JAVORSKI, 2013).

Esse ponto, associado às percepções de Luz, Cambraia e Gontijo (2014) corrobora a hipótese de que a mídia não cumpriu a função de levar até a população informações claras e precisas sobre as decisões executadas pelo poder público, atuando, portanto, de forma parcial e arbitrária de acordo com interesses próprios.

Um outro importante palco de debate sobre o PMM foi o Facebook, em especial a página do Ministério da Saúde. Em um estudo de caso sobre a relação entre a democracia digital e a participação política, Landim (2013) encontrou 67 publicações sobre o Programa Mais Médicos entre os dias 8 e 15 de julho de 2013. Essas publicações levaram a reações diversas dos usuários do Facebook, muitos colocaram suas opiniões de oposição ao PMM, por meio dos comentários, usando como justificativa o incremento na concorrência pelo mercado de trabalho com a vinda de mão de obra estrangeira, citando ainda, as precárias condições de trabalho em muitos municípios do interior do Brasil. Em contrapartida, o estudo também verificou várias manifestações de incentivo ao programa. Apesar da importância das redes sociais para o debate das políticas públicas, elas nem sempre têm a seriedade e criticidade que a discussão política demanda (LANDIM, 2013).

Figura 1: Linha do tempo das publicações na mídia brasileira sobre o PMM



Fonte: (LUZ; CAMBRAIA; GONTIJO, 2015)

Considerações Finais

O estudo aponta que o número de médicos disponíveis para atender a população na APS na época do surgimento do PMM era insuficien-

te, com distribuição geográfica desigual, associado ao fato da ocorrência de ampliação dos serviços de saúde e uma elevação da renda das pessoas, necessitando ainda mais de médicos. Debates foram levantados em esfera federal, estadual e municipal, a fim de estabelecer estratégias para melhoria da Atenção Básica. Foi proposto o Pnab em 2011 bem como o Provac que visavam enfrentar os problemas da Atenção Básica, a fim de desenvolvê-la e diminuir as desigualdades geográficas nos serviços de saúde. Posteriormente, em 2013, criou-se o Programa Mais Médicos que tinha como objetivo aumentar o número de profissionais médicos, melhorar a distribuição destes em todo território nacional e incrementar na formação e qualificação desses profissionais.

O PMM foi a maior iniciativa de ampliação da oferta de médicos já realizada no Brasil, em que recrutou graduados no Brasil e no exterior para atuar nas áreas de maior necessidade e garantir acesso e qualidade aos serviços de saúde. Foram realizadas no programa atividades de educação permanente que integravam o ensino e serviço. Asseguradas medidas estruturais na formação dos médicos no Brasil, com abertura de novas vagas de graduação e residência médica, com destaque para as regiões de maior necessidade e com menos oferta de profissionais por habitante. Previstos investimentos de qualificação e melhoria para as Unidades Básicas de Saúde. Tais medidas foram respaldadas pela lei número 12871, criada em 2013, determinando um prazo de cinco anos a partir da publicação para dotar as Unidades Básicas de Saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, reorientar a formação de profissionais e redistribuir o contingente médico de acordo com as necessidades regionais.

Nos aspectos de implementação do programa, é notório que foi um processo dinâmico, no qual necessitou-se somar esforços de componentes municipais, nacionais e internacionais para a busca dos objetivos propostos. Nesse contexto, também fica claro que sua implementação seguiu critérios racionais para a priorização de investimentos, tanto de capital quanto de recursos humanos, para as regiões de maior necessidade. O programa parece ter demonstrado efetividade no seu propósito de reduzir as iniquidades, ao melhorar os indicadores de cobertura em todo o país, sobretudo em regiões mais necessitadas.

Apesar de tudo, também é notória a existência de pontos a serem melhorados, como a maior adesão de municípios ao programa, assim como medidas que gerassem um atrativo maior aos profissionais de saúde com CRM no Brasil. Nos aspectos de implementação, conclui-se que tanto nos campos de formação médica, provimento de profissionais e de estruturação da APS no Brasil, o programa representou uma inovação que certamente trouxe melhorias a curto e longo prazo.

Outro ponto importante na análise foi a avaliação da difusão do Programa Mais Médicos na mídia brasileira, uma vez que permitiu avaliar como a mídia nacional decidiu se posicionar no caso específico, ficando demonstrado um posicionamento parcial e com um viés político na divulgação e repercussão do programa. A partir dessa análise também foi possível verificar uma mudança de posicionamento da mídia hegemônica após pesquisa de opinião que revelou grande aprovação popular do PMM.

Desse modo, a avaliação de como políticas públicas são divulgadas na sociedade brasileira é fundamental para compreender a disputa ideológica que perpassa esse espaço de poder da mídia. Por fim, ressalta-se que a interpretação pela sociedade de políticas públicas como o Programa Mais Médicos vai muito além da real intenção do programa e da sua efetividade prática sendo muitas vezes contaminada pelo discurso enviesado e politizado da mídia hegemônica nacional.

Referências

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e da outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>

CARVALHO, Fernanda Cavassana de. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. In: XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul; 2014. Disponível em: <<https://portalintercom.org.br/anais/sul2014/resumos/R40-0325-1.pdf>>

EMERICH, Tatiana Breder et al. O jornal Folha de S. Paulo no contexto das indústrias culturais e midiáticas: um olhar para as manchetes sobre o Programa Mais Médicos. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, v. 20, n. 2, p. 16-24, 2018. Disponível em: < <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/21228/14142> >

FERREIRA JÚNIOR, Silvio; MORAIS, João Roberto Muzzi. Evolução da cobertura de médicos na atenção primária à saúde nos municípios de Minas Gerais: uma análise empírica no contexto do programa Mais Médicos. In: Antônio José Calhau de Resende; José Alcione Bernardes Júnior. (Org.). *Políticas Públicas: múltiplos olhares*. 1ed. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, Escola do Legislativo, 2019, p. 195-226. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/handle/11037/35683?locale=pt_BR >

GIRARDI, Sábado Nicolau. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni, c. r.; dal poz, m. r.; frança, t. (Org.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171-186. Disponível em: <https://www.observatoriorh.org/sites/uruguay.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/publicaciones/indice_de_escassez_de_medicos_no_brasil_estudo_exploratorio_no_ambito_da.pdf>

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 09, p. 2675-2684. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>>.

LANDIM, Ilana Camurça. Um estudo sobre a relação entre a Democracia Digital e a Participação Política a partir do debate sobre o Programa Mais Médicos no Facebook. *Revista Mídia e Cotidiano*, v. 3, n. 3, p. 538-561, 17 dez. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.22409/ppgmc.v3i3.9702>>

IBGE - Estimativas de população ano 2012. Projeção da População- Estimativas 1980-2020. 2004. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=17996&t=resultados> >

LUZ, César; CAMBRAIA, César Nardelli; GONTIJO, Eliane Dias. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. *TradTerm*,

v. 25, p. 199-233, 2015. Disponível em:<<https://doi.org/10.11606/issn.2317-9511.v25i0p199-233>>

MATIAS, Maria Claudia et al. O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. *Saúde e Sociedade*, v. 28, p. 115-127, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170830>>

MENEZES, Vinícius Pereira. A influência da mídia no processo de formação da agenda de políticas públicas na área de saúde: um enfoque sobre o Programa Mais Médicos. 2018. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: < http://guaiaca.ufpel.edu.br/bitstream/prefix/4150/1/Vinicius_Pereira_Menezes_Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros, 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.130 p. Disponível em:< https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Fundação Oswaldo Cruz. Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). Boletim informativo: Panorama do Programa Mais Médicos (PMM) a partir do desempenho dos serviços de saúde no período 2013-2017 [Internet]. Brasília: Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde; 2020. 35 p. Disponível em: <[Boletim_n6_PROADESS_PMM_abril_2020.pdf](#)>

MORAIS, Indyara et al. NEWSPAPERS FOLHA DE SÃO PAULO E CORREIO BRAZILIENSE: WHAT THEY SAY ABOUT THE PROGRAM MORE DOCTORS?. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2014, v. 48, n. spe2 p. 107-115. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800017>>.

MORAIS, João Roberto Muzzi. Evolução da cobertura de médicos em estratégia saúde da família na atenção primária do SUS nos municípios de Minas Gerais: uma avaliação sob a ótica da equidade no contexto do Programa Mais Médicos. 2018. 86 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2018.

PINTO, Hêider Aurélio et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2017, v. 21, n. Suppl 1, p. 1087-1101. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>>.

PINTO JUNIOR, Elzo Pereira; AMORIM, Leila Denise Alves Ferreira; AQUINO, Rosana. Programa Mais Médicos: contexto de implantação e efeito no provimento de médicos na atenção primária à saúde no Brasil, 2008 a 2016. *Rev Panam Salud Publica*; 44, February 2020, 2020. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51479>>

SANTOS, Leonor Maria Pacheco, Costa, Ana Maria and Girardi, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 11, p. 3547-3552. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>>.

SCREMIN, Liege; JAVORSKI, Elaine. O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do Programa Mais Médicos. *Cadernos da Escola de Comunicação*, 2013. n. esp: [1-15], out. - nov./2013. Disponível em: <<http://revistas.unibrasil.com.br/cadernoscomunicacao/index.php/comunicacao/article/download/127/122>>

TELLES, Helcimara, Silva, Arthur Leandro Alves da e Bastos, Camilla. PROGRAMA MAIS MÉDICOS DO BRASIL: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. *Caderno CRH* [online]. 2019, v. 32, n. 85, p. 101-123. Disponível em: <<https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.23470>>.

TELLES, Helcimara (Org). *Mais Médicos: as vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde*. Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2019.

