

Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira

More Doctors program: analysis of the potential risks and benefits from the experience as a supervisor in Jandira city

Programa Más Médicos: análisis de los posibles riesgos y beneficios de la experiencia como supervisor en la ciudad de Jandira

Gustavo Diniz Ferreira Gusso^a

Resumo

Trata-se de um relato de experiência sobre o trabalho de supervisão do Mais Médicos em uma cidade na região da Grande São Paulo ao longo de 2014. O programa Mais Médicos foi instituído pelo governo federal em 2013 e conta com a participação de médicos de diversos países, sendo que a maioria é de Cuba. Este relato de experiência procura elencar e analisar de forma sucinta alguns potenciais riscos e benefícios que o programa proporciona aos diversos atores envolvidos.

Abstract

This is an experience report on the supervisory work of the More Doctors in a city in the Greater São Paulo throughout 2014. More Doctors program was established by the federal government in 2013 and with the participation of physicians from several countries, mostly from Cuba. This experience report seeks to list and analyze briefly some risks and benefits that the program provides for the actors involved.

Resumen

Se trata de un relato de experiencia en la labor de supervisión de los más doctores en una ciudad en el Gran São Paulo a lo largo de 2014. El programas Más Médicos fue establecido por el gobierno federal en 2013 y con la participación de los médicos en varios países y la mayoría es de Cuba. Este relato de experiencia pretende enumerar y analizar brevemente algunos riesgos y beneficios que el programa ofrece a los diversos actores involucrados.

Palavras-chave:

Políticas, Planejamento e Administração em Saúde
Programas Governamentais
Cooperação Internacional

Keywords:

Health Policy
Planning and Management
Government Programs
International Cooperation

Palabras clave:

Políticas, Planificación y Administración en Salud
Programas de Gobierno
Cooperación Internacional

Como citar: Gusso GDF. Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1098](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1098)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 19/03/2016.
Aprovado em: 17/11/2016.

Introdução

O Programa Mais Médicos foi oficializado pela Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013.¹ De certa forma, foram os protestos de junho de 2013 que catalisaram a elaboração e aprovação da lei em curto espaço de tempo. A vinda de médicos cubanos já era discutida no âmbito do governo federal desde pelo menos 2007 quando se tentou alguma via de revalidação de títulos especial para os médicos formados nesse país, incluindo os de nacionalidade brasileira.

Trabalhei no Ministério da Saúde como Coordenador de Ações Estratégicas entre 2007 e 2008 e me lembro de reuniões que tratavam da vinda de médicos cubanos por alguma via de revalidação especial. Em pelo menos uma dessas reuniões participaram o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, o Ministro da Educação, Fernando Haddad, o presidente do Conselho Federal de Medicina e diversos reitores de universidades federais. Não se achava um consenso.

Aparentemente, esta tratativa era oriunda em parte por pressão dos políticos do Partido dos Trabalhadores (PT) que mantinham relações com Cuba, em parte pelos brasileiros que foram para este país estudar Medicina e tinham dificuldade para revalidar o título e em parte pela necessidade de mais médicos na atenção básica no Brasil. Como resultado dessa primeira tentativa, nasceu o Revalida.

Até 2011, a única forma de revalidar diplomas obtidos no exterior era por meio de alguma universidade federal competente para conduzir este processo. Em 2011, após um piloto, foi institucionalizado um processo unificado que recebeu o nome de Revalida.² Porém, a quantidade de médicos que conseguiram revalidar o diploma por esse novo processo foi pequena e não contemplou a demanda, por exemplo, dos brasileiros formados em outros países, em especial da América Latina.

Os protestos de rua de junho de 2013³ serviram como disparador de outra articulação que culminou na Lei do Mais Médicos e que, finalmente, permitiu a vinda de médicos de outros países sem passar por um processo de revalidação. As entidades médicas, em especial a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), protestaram de forma veemente.

Porém, como toda prática médica, ou quiçá a própria vida, sempre há potenciais riscos e benefícios. É preciso tentar analisar quais são exatamente os fatores potencialmente positivos e negativos desta iniciativa, que muitas vezes o embate do governo com as entidades médicas acaba mascarando.

Esta análise parte da observação do macro, ou seja, do que sai na grande mídia, das leis e portarias e da experiência no nível micro como supervisor de dez cubanos na cidade de Jandira, SP, entre janeiro de 2014 e fevereiro de 2015, quando ocorreu contato com diversos profissionais intercambistas do Programa Mais Médicos. Não houve entrevista estruturada direcionada a este relato, que não pretende ser uma pesquisa qualitativa. Quando deparado com o problema da pressão pela volta dos parentes que será descrito, o autor contactou supervisores e médicos de outros municípios vizinhos no âmbito da atividade de supervisor.

Situando a experiência

Jandira é um município da grande São Paulo com pouco mais de 100.000 habitantes e com histórico de disputas políticas acirradas que levaram ao assassinato de um prefeito em 2010. É uma cidade-dormitório, com apenas 17 Km².⁴ Ao contrário das vizinhas, Jandira não conta com muitos condomínios de luxo ou

empresas, o que torna este município pobre para a região. Por ser pequeno, também não é atrativo para indústrias ou outras atividades econômicas relevantes.

Desta forma, Jandira sempre teve dificuldade de competir com a irmã siamesa Barueri onde se encontram empresas de grande porte e parte do condomínio de luxo “Alphaville”. Barueri, que deve sua boa arrecadação aos impostos repassados pelo estado como o imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação (ICMS), aos impostos municipais como o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), e até a royalties de petróleo, tem o Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 102.013,46, enquanto o de Jandira é de R\$ 12.794,32, ou seja, quase dez vezes menor.⁵

Um primeiro problema que salta aos olhos é a dificuldade que Jandira sempre teve de reter médicos e outros profissionais dada a concorrência com as cidades vizinhas. Apesar do histórico de más gestões e da corrupção relatado por profissionais das unidades, a capacidade de remuneração e de atração de profissionais médicos, que de todos os profissionais essenciais tem sido o de maior dificuldade de retenção para cidades do interior ou situadas nas periferias de grandes centros, é menor que a de municípios próximos.

Até o início do Programa Mais Médicos, o município de Jandira contava com nove Unidades Básicas de Saúde territorializadas e com agentes comunitários de saúde organizados em equipes, mas sem nenhum médico que desempenhasse a função de médico da Estratégia Saúde da Família (ESF), nos moldes tradicionais, ou seja, contratado para compor equipes por 40 horas semanais.

Havia pediatras, ginecologistas e clínicos que cumpriam cargas horárias variadas e com a função exclusiva de atendimento, ou seja, quase não se fazia visita domiciliar, reuniões de equipe ou outras atividades próprias da Estratégia Saúde da Família. Embora tivessem equipes desenhadas, faltavam os profissionais médicos para compô-las e motivar a reestruturação da rede, bem como a contratação dos profissionais faltantes como enfermeiros de nível superior, ou seja, apesar do município estar preparado para aderir a Estratégia Saúde da Família, os médicos atuavam no modelo antigo de cumprir a produtividade do dia com uma jornada parcial em diferentes unidades de saúde. A remuneração era baixa e favorecia este modelo híbrido.

O Sistema Único de Saúde, previsto na Constituição de 1988,⁶ e que foi colocado em prática a partir da década de 90, estabeleceu a descentralização dos serviços. Para a Atenção Básica, isso significou a municipalização. Poucos países do mundo que têm sistemas de saúde universais e bem organizados praticam a descentralização por meio da municipalização. Um dos poucos é a Finlândia, que tenta reformar este modo de organizar que se mostrou muito problemático por vários aspectos.⁷

O mais evidente é que a organização do sistema de saúde local fica na dependência do prefeito que é eleito de tempos em tempos, com grande probabilidade de pouco entender do setor saúde. Outro problema que fica claro com o exemplo de Jandira é que a disparidade econômica e geográfica pode levar um município a ter grandes dificuldades quando se vê na necessidade de concorrer com os vizinhos sem nenhuma regulação mais centralizada que teria a função de favorecer a equidade, outro princípio do SUS.

Ou seja, a situação vivida por Jandira coloca em prática a descentralização, por meio da municipalização, que ameaça regionalmente o princípio da equidade e também da universalidade a partir do momento que recursos humanos importantes como médicos são “sugados” por um município vizinho

e casualmente rico por razões geográficas e históricas. Na maioria dos países a descentralização da Atenção Básica é feita a partir das unidades da federação (estados) ou dos distritos sanitários que devem respeitar a equidade.

Mais Médicos em Jandira

O Município de Jandira contava até novembro de 2013 com equipes do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituído em 1991 e que passou a conviver com a ESF a partir de 1994, especialmente onde não há médicos para compor as equipes).⁸ Como o PACS é centrado na figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), também não havia uma quantidade suficiente de enfermeiros para as equipes.

As chamadas Unidades de Saúde Integrais (USI) de Jandira funcionavam em um modelo híbrido: os médicos e algumas enfermeiras trabalhavam no modelo de Unidade Básica de Saúde tradicional atendendo à demanda, quase sempre agendada, enquanto as ACSs e outras enfermeiras realizavam ações de promoção à saúde e prevenção de doenças no âmbito do PACS distribuídas em territórios que abrangiam as nove USIs subdivididos em 119 microáreas que eram suficientes para compor 36 equipes da ESF, caso fossem incorporados médicos.

A gestão da Secretaria Municipal de Jandira era técnica, com pouca ingerência política, e havia o desejo de o município ter equipes da ESF. Havia todas as condições necessárias para a instalação das 36 equipes nas 9 USIs. Faltavam principalmente os médicos dispostos a trabalhar 40 horas por um salário não muito atraente e estrutura física ainda precária em parte das USIs.

Os primeiros três médicos cubanos do Mais Médicos chegaram a Jandira em novembro de 2013. No mês seguinte chegaram mais sete médicos desse mesmo país. Esses dez primeiros médicos foram distribuídos nas nove USIs. Apenas uma que tinha maior demanda recebeu dois médicos. Diante do aceite imediato da população e da possibilidade de completar as equipes e transformar todas em ESF, foram solicitados mais médicos ao governo federal. O município hesitou quanto a sua capacidade de receber tantos médicos de uma só vez, mas o preparo técnico de alguns gestores locais superou as dificuldades e dúvidas.

No início de 2014 chegaram mais 26 médicos cubanos e desta forma Jandira em menos de seis meses passou de 0% de cobertura de ESF para 100% de cobertura, com as 36 áreas com um médico 40 horas semanais em cada uma. Com a chegada dos médicos, o município tem aos poucos reformado as USIs, contratado as enfermeiras que necessita para completar as equipes e organizado toda a rede de atenção. Algumas gerentes de USIs que trabalham há anos no município relatam que nunca viram um médico ficar as 40 horas semanais em uma unidade.

Potenciais benefícios do Programa Mais Médicos (PMM)

Apesar do Programa Mais Médicos não se restringir a vinda de médicos estrangeiros, este relato de experiência ficará restrito a este aspecto que até o momento é o mais relevante. Os benefícios evidentes do PMM é a oferta de uma mão de obra qualificada e cara para muitas regiões do país. De certa forma, consegue corrigir em pouco espaço de tempo distorções, algumas delas produzidas pelo próprio SUS a partir da municipalização, como a inequidade regional. Por exemplo, no exemplo descrito, o município de

Barueri praticamente não precisou aderir ao Mais Médicos porque sempre teve recursos suficientes para atrair e reter médicos para sua rede.

Um benefício intangível e muito importante do PMM é a diminuição da pressão para a abertura de faculdades de Medicina. A má distribuição geográfica dos médicos e, mais importante, a má distribuição por especialidade (no Brasil há proporcionalmente poucos médicos de família e comunidade e muitos especialistas) leva a um desequilíbrio entre procura e oferta.⁹

O natural seria, como esperam as entidades médicas, que aumentassem os salários dos médicos generalistas em resposta a este desequilíbrio. Mas os municípios estão no limite dos gastos e o salário apenas não é suficiente para atrair e reter os profissionais. Diante dessa dificuldade, os prefeitos e gestores locais naturalmente pressionaram os estados e o governo federal que, como resposta “rápida”, tentou duas saídas: a abertura frenética de faculdades de Medicina¹⁰ e o PMM.

A primeira saída pode ser perigosa, além de frustrante, uma vez que qualquer faculdade de Medicina começa a formar médicos seis anos após aberta. Como muitos vão fazer residência e desses a maioria pretende ser especialista em um grande centro, boa parte dos médicos entrarão no mercado apenas 10 anos após ingressarem na faculdade. E muitos relutarão a ir para o interior ou para a periferia das cidades.

O resultado mais esperado é inchar os centros das metrópoles de especialistas focais que praticarão cada vez mais o marketing da doença que estudaram para poder sobreviver. Além disso, uma faculdade produz “superávit de médicos” por mais de 40 anos, ou seja, até que os primeiros formados começam a se aposentar ou morrer e, então, a faculdade passa a produzir o mesmo número de profissionais que se retira do mercado.¹⁰

Dessa forma, uma faculdade de Medicina é na maioria das vezes uma resposta lenta e ineficaz para a demanda dos prefeitos. Mais importante do que controlar o número de estudantes que entram na faculdade é regular a quantidade de especialistas que sai por meio da universalização da residência médica, como fez a maioria dos países desenvolvidos. As subespecialidades devem ter a quantidade de vagas de residência compatível com o número de problemas que cada área trata.

A importação de médicos é muito menos lesiva e mais praticada, em especial nos países desenvolvidos com sistemas de saúde bastante organizados. No Canadá, por exemplo, 10% das vagas de residência são reservadas a médicos graduados no exterior.¹¹

Assim, a seleção desses médicos é na maioria desses países classificatória. Ou seja, se é necessário “x” médicos para cada especialidade (a maior parte das vagas em geral são para Medicina de Família) os primeiros “x” colocados são aprovados. Já o Revalida é exclusivamente eliminatório e não leva em conta a necessidade de médicos do país. Desta forma, o Mais Médicos, embora na sua redação contemple a abertura de escolas médicas, provavelmente vai permitir uma desaceleração neste processo que deverá ser medida nos próximos anos.

Potenciais riscos do Programa Mais Médicos (PMM)

Para o Brasil, os principais riscos da vinda de médicos estrangeiros são retardar a estruturação da atenção básica para que esta seja efetiva e retardar os mecanismos reguladores para aumentar a formação de profissionais brasileiros nessa área. Quanto à estrutura, ao mesmo tempo que constitui um risco é uma oportunidade.

Como ocorreu em Jandira, a presença de médicos na unidade de saúde por 40 horas semanais pode ser um estímulo à estruturação do serviço e reforma da unidade. Por outro lado, o gestor local pode se acomodar com a garantia da presença desse profissional. Além disso, há o risco de o gestor substituir médicos brasileiros pelos estrangeiros ou formados no exterior, que no caso do PMM são custeados majoritariamente pelo governo federal.

Esta substituição de fato ocorreu,¹² mas não se sabe ao certo se os médicos substituídos eram profissionais que cumpriam minimamente suas obrigações e se os locais que substituíram forneciam mínimas condições de trabalho. Há pouca fiscalização e controle por parte do governo federal e os estados, que em países não tão grandes como o Brasil, têm forte atuação na atenção primária, estruturando a descentralização das ações, praticamente ficam alijados da atenção básica brasileira. Ou seja, o governo federal acaba atuando como um enorme município fazendo da “descentralização” prevista na constituição paradoxalmente bastante centralizada.

Com relação à formação, a pressão que havia por mais médicos na atenção básica arrefece e ao mesmo tempo que beneficia a desaceleração de abertura de escolas médicas, medida equivocada para este propósito se tomada sem a regulação da especialização, pode fazer com que o governo não tome providências efetivas para estimular a oferta qualificada de médicos brasileiros para a atenção básica.

Provavelmente, o maior risco da “importação de profissionais” é para o país exportador. Esta migração de profissionais da saúde tem sido debatida na Organização Mundial do Comércio (OMC)¹³ e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁴ Muitas vezes, os médicos formados que emigram tiveram a formação custeadas pelo governo de um país pobre, mas este investimento não retorna. Pelo contrário, emigra junto com o médico e o país receptor é o único beneficiado. Para mitigar este risco, o edital do Mais Médicos prevê priorizar médicos estrangeiros que atuam em países com proporção de profissionais maior que a do Brasil.¹

Porém, poucos países têm maior oferta do que demanda de médicos. Um dos poucos lugares onde isso ocorre é Cuba, que há muito tempo tem ofertado médicos para países em desenvolvimento através de “missões”. Haiti, Venezuela, Angola e Guatemala são alguns dos países que receberam médicos cubanos nos últimos anos, segundo relatos dos próprios médicos cubanos supervisionados.

A diferença é que ao contrário dos outros países, onde a iniciativa da emigração é do médico, no caso de Cuba ela é controlada pelo governo. Ou seja, este exige o retorno do investimento e transforma o seu médico em *commodity* (mercadoria). Se por um lado é justo porque o país investiu na formação do profissional por quase dez anos, por outro o profissional perde benefícios que médicos de outros países recebem. A partir do momento que decide aderir ao programa, o médico cubano recebe do seu governo 30% do valor destinado à instalação (que no Brasil chega a R\$ 30.000,00, dependendo da localização) e 30% do salário repassado por médico, que no caso do Mais Médicos é de R\$ 10.000,00.

Ao mesmo tempo, uma vez que é tratado como uma “mercadoria” o médico cubano tem liberdades individuais confiscadas pelo governo. Não é possível, por exemplo, escolher o período de férias, pois este é determinado pelo governo cubano, e nem o local onde irá usufruir, sendo obrigatória a volta a Cuba durante este período. Por exemplo, há casos* de médicos cujos parentes estão no Brasil e as férias caíram entre dezembro e janeiro. Ou o médico levava os parentes para passar o ano novo em Cuba, o que requeria

recursos para passagens, ou passava o período de festas distante deles, ou seja, o médico do programa em Cuba e os dependentes no Brasil, como acabou ocorrendo em muitos casos.

Apesar do artigo 18 da Lei do Mais Médicos¹ prever visto para os dependentes legais dos médicos intercambistas (cubanos ou não), durante todo o período que estiverem atuando no país, o governo de Cuba pressiona por intermédio dos coordenadores da missão no Brasil em reuniões pessoais sem convocação por e-mail que estes parentes não permaneçam muito tempo no país.¹⁵

Alegam que no contrato que o médico assina com o governo cubano está previsto apenas visitas e não a permanência. Mesmo quando há casais de médicos atuando no Brasil e estes têm filhos pequenos de três ou seis anos, há a pressão para estes voltem e fiquem em Cuba com parentes longe dos pais, segundo relatos de médicos cubanos de diversas localizações do país. Caso estes permaneçam, os médicos são ameaçados de serem desligados do programa e trocados por outros médicos cubanos, o que é rentável para o governo desse país, que reterá 70% do auxílio instalação do novo profissional.

Este processo tem se mostrado sofrido para os profissionais, que ficam na dúvida se enviam os parentes e filhos de volta a Cuba e mandam algum dinheiro para eles poderem sobreviver dignamente ou se retornam com estes e voltam a viver com os poucos recursos que recebem como médicos lá. Ou seja, o maior risco no caso dos médicos cubanos, que representam aproximadamente 80% do total que atuam no Mais Médicos, é o governo brasileiro ser cúmplice de ações do governo cubano que lesam direitos individuais como o de permanecer junto aos dependentes.

O governo brasileiro faz um contrato com o governo de Cuba por intermédio da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e os médicos cubanos firmam contrato com o seu governo. Ou seja, não há relação direta dos médicos deste país com o governo brasileiro como acontece com os médicos de outros países que aderiram ao Mais Médicos.

Este aspecto ratifica o perfil de mercadoria que configura especificamente o médico cubano, uma vez que o mais relevante é o “número” de médicos que o governo de Cuba precisa suprir, independentemente de quem seja. Este profissional pode ser trocado a qualquer momento pelo governo cubano. Ou seja, nesta forma de contratualização não há preocupação com a relação médico-paciente e o vínculo que se estabelece. Este fator é menos relevante inclusive do que a decisão do médico de manter o dependente legal no país.

Conclusão

O Programa Mais Médicos está inserido dentro de um contexto mundial de dificuldade de suprir a carência de mão de obra qualificada de médicos generalistas em áreas rurais e nas periferias dos grandes centros. Portanto, é um programa que tem um sentido de ser. Porém, a rapidez com que foi formatado, a sua essência e os rumos que tomou, concentrando-se na vinda de médicos cubanos, apresentou potenciais riscos e benefícios nem sempre explicitados nas análises que tem sido feitas.

É preciso ampliar o olhar sobre estes riscos e benefícios analisando os diversos atores como o governo federal, as prefeituras, os médicos brasileiros, a formação médica no Brasil, e também a pessoa do médico cubano, que tem sido tratado como mercadoria, com pouco poder para se defender dessa condição mesmo vivendo em um país onde, em tese, as pessoas têm os mesmos direitos.

Nesta minha experiência, dado que o grupo de dez profissionais que supervisiono é bastante qualificado tecnicamente, uma das principais atribuições que acabei exercendo foi cuidar para que a autoestima deles estivesse sempre preservada para que pudessem atuar plenamente, cuidando das pessoas e também de si mesmos.

Agradecimentos

Agradecimentos: agradeço a João Alves e a Marta Mariuba, qualificados odontólogos e gestores de Jandira (SP), pela revisão deste artigo, e a Angelica Manfroi pela revisão do artigo e pela tutoria no Mais Médicos.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
2. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Revalida. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://revalida.inep.gov.br/revalida/inscricao/>
3. Em dia de maior mobilização, protestos levam mais de 1 milhão de pessoas às ruas no Brasil. UOL. 2013 Jun 20. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/06/20/em-dia-de-maior-mobilizacao-protestos-levam-centenas-de-milhares-as-ruas-no-brasil.htm>
4. Prefeitura do Município de Jandira [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://www.jandira.sp.gov.br/a-cidade/dados-gerais-sobre-jandira.html>
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/
6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa de 1988. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
7. Gérvas J. Perez Fernandez M. Organização da Atenção Primária à Saúde em Outros Países. In: Gusso G, Lopes JM. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. ArtMed: Porto Alegre; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>
9. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil, volume 2: Cenários e indicadores de distribuição. Relatório de Pesquisa - Fevereiro de 2013. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf
10. Centro de Desenvolvimento de Educação Médica. Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório 1. São Paulo; 2013. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf
11. Canadian Resident Matching Service. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://www.carms.ca/>
12. Após 1 ano do Mais Médicos, metade das Prefeituras perdeu profissionais. Folha de São Paulo. 2015 Mar 6. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/03/1598961-apos-1-ano-do-mais-medicos-metade-das-prefeituras-perdeu-profissionais.shtml>
13. Organização Mundial do Comércio. International Migration and Development: A perspective from the World Trade Organization [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://www.un.org/esa/population/meetings/seventhcoord2008/P13_WTO.pdf

-
14. World Health Organization. Health workforce - Migration [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/migration/en/>
 15. Cuba pressiona profissionais do Mais Médicos por volta de parentes à ilha. Folha de São Paulo. Folha de São Paulo. 2015 Mar 13. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/03/1602220-cuba-pressiona-profissionais-do-mais-medicos-por-volta-de-parentes-a-ilha.shtml>

* Estes casos foram relatados ao autor deste artigo pelos próprios profissionais, mas as respectivas identidades não serão reveladas por questões éticas.

^a Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. gustavo.gusso@usp.br
(Autor correspondente)