

ECONOMIA DO SETOR PÚBLICO: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

PUBLIC SECTOR ECONOMICS: AN ANALYSIS OF THE MAIS MÉDICOS PROGRAM

¹ João Roberto Muzzi de Moraes

² Andréia Ramos Budaruiche

³ Gustavo Costa de Souza

⁴ Marcos Paulo de Oliveira Corrêa

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo analisar o Programa Mais Médicos - PMM e suas relações com as falhas de mercado e falhas de governo no setor de saúde brasileiro. Para tanto, se configurou como um estudo de caso de natureza qualitativa. Inicialmente, apresenta-se uma contextualização da saúde pública no Brasil, desde o século XIX até o final do século XX, destacando o papel do governo, do mercado e da sociedade civil no setor de saúde, bem como a criação do Sistema Único de Saúde SUS. Na sequência, discorre-se um breve referencial teórico. Foi utilizada como estratégia metodológica a revisão bibliográfica, recorrendo à livros e artigos pesquisados na Biblioteca Virtual de Saúde e *Scielo*. A discussão demonstrou características e situações,

¹ Bacharel em Relações Públicas pelo Centro Universitário UNA, Belo Horizonte - MG (2004), pós-graduado em Psicopedagogia Institucional pela Universidade Castelo Branco - RJ (2007) e Mestre em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro (2016-2018); jrmuzzi@hotmail.com.

² Mestranda em Administração Pública, pela Fundação João Pinheiro, Especialista em Gestão de Políticas Públicas com ênfase em Gênero e Relações Étnicas Raciais, pela Universidade Federal de Ouro Preto (2012), especialista em Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em Áreas Urbanas, pela Universidade Federal de Minas Gerais (2011) e graduação em Ciências Sociais, pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2007); andreiabud@gmail.com.

³ Fundação João Pinheiro - Possui graduação em Relações Internacionais e especialização em Gerenciamento de Projetos pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC-MG. Mestre em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro; gustavocosta@live.com.

⁴ Mestre em Administração Pública na Fundação João Pinheiro, possui graduação em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais (2014) e especialização em Direito Administrativo pela Universidade Cândido Mendes (2016); marcosp.correa@hotmail.com.

atinentes ao PMM, relativas às falhas de mercado, no que concerne à incerteza, risco moral, externalidades, assimetria de informação e barreiras. Por fim, o estudo concluiu que, a despeito dos esforços implementados no âmbito do SUS, uma possível dependência de trajetória à iniciativa privada na saúde, parece atrair, com mais efetividade, o profissional médico para o exercício profissional. Sugere-se o desenvolvimento de estudos futuros mais específicos quanto à distribuição dos médicos nas localidades e seus impactos nas condições de saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Mais Médicos; setor público; economia.

ABSTRACT: This paper aims to analyze The *Mais Médicos* (More Doctors) Program – PMM and its relationships with market and government failures in the health sector in Brazil. For this, it is configured as a qualitative nature case study. Initially, it is presented a contextualization of public health in Brazil, from the nineteenth century to the end of the twentieth century, highlighting the role of government, the market and civil society in the health sector as well as the creation of Brazil's Public Health System, the SUS - *Sistema Único de Saúde* (Unified Health System). A brief theoretical reference was made. It was used as methodological strategy a bibliographic review, reporting to books and papers searched on *Biblioteca Virtual de Saúde* and *SciELO*. The discussion showed characteristics and situations, connected to the PMM, related to market failures, regarding uncertainty, moral hazard, externalities, information asymmetry and barriers. Finally, the study concludes that, despite the efforts implemented within the scope of the SUS, a possible path dependence on private initiative in health sector seems to attract, more effectively, the doctors for the professional exercise. It is suggested the development of more specific studies on doctors distribution according to the locations and their impact on population health conditions.

KEYWORDS: Mais Médicos Program; Public sector; Economy.

1. INTRODUÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL - DO SÉCULO XIX AO FINAL DO SÉCULO XX

No século XIX e início do século XX, os serviços de saúde eram oferecidos, em sua maioria, por instituições filantrópicas. O Estado prestava assistência à saúde nos casos negligenciados, a exemplo das doenças mentais, tuberculose e hanseníase. Adiante, na década de 1920, houve um primeiro avanço na prestação dos serviços de saúde, diante da iniciativa de vinculá-la a previdência. Entretanto, isso era viável apenas aos trabalhadores (CARVALHO, 2013).

Outrossim, na década de 1930, devido ao ritmo ligeiro das atividades industriais, os Institutos de Assistência Previdenciária (IAP's) ofertavam, também, serviços médicos. Nesse contexto, havia uma preocupação com a manutenção e reintegração da força de trabalho no processo produtivo. Além disso, destacavam-se as desigualdades sociais entre os trabalhadores, no que diz respeito à legislação, as condições de trabalho e finanças. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Nessa época, a provisão dos serviços de saúde passou a ser uma função do Estado. Nos anos da década de 1940, as ações públicas de saúde foram intensificadas com a criação dos Serviços Nacionais de Saúde e do Serviço Especial de Saúde Pública – Sesp. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Daquele período até o início da ditadura militar, destaca-se o advento do Ministério da Saúde e de algumas empresas nessa área, além da ampliação o da assistência hospitalar. Após o golpe militar, as reformas implementadas favoreceram ao crescimento de serviços de saúde privados, provocando um célere aumento da cobertura desses serviços. (PAIM *et al.* 2011).

Nos anos da década de 1970, inicia-se a articulação do movimento sanitário - Reforma Sanitária. Esse movimento era composto por profissionais da saúde e outras pessoas que defendiam uma abordagem médico social da saúde. A Reforma estava alicerçada na perspectiva de práticas políticas e ideológicas que objetivavam uma modificação nos serviços de saúde do Brasil, incluindo a percepção da cidadania. (SCOREL, 2014).

Resgatada na década de 1980, a Reforma Sanitária avançou de modo que, na constituição de 1988, a saúde foi definida como um direito dos cidadãos e dever do Estado. A Constituição Federal ofereceu os subsídios necessários para que, em 1990, fosse regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS - pela lei nº 8080. O SUS foi estruturado em três níveis de atenção à saúde - atenção básica (ABS) ou Atenção Primária à Saúde (APS), média e a alta complexidade. Assim, a APS se fez como primeiro nível de atenção, porta de entrada preferencial do usuário ao Sistema, com potencial de resolubilidade de 80% dos problemas de saúde. (MADUREIRA; CAPITANI; CAMPOS, 1989 apud BULGARELI *et al.*, 2014). Além disso, a APS configurou-se como responsável pelo acompanhamento e encaminhamento dos usuários aos níveis de média e alta complexidade.

Após sua implantação, os entes federados têm realizado esforços contínuos na manutenção e melhoria dos serviços de saúde do SUS, em especial no nível da APS. Para tanto, tornou-se necessário o desenvolvimento de estratégias que viabilizassem a interlocução desses esforços, de modo que as barreiras impostas pelos limites intrínsecos – a exemplo dos geográficos - fossem superadas. Logo, no início dos anos 1990, implantou-se a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, constituída pela participação dos três entes federados (União, Estados e Municípios). O objetivo dessa Comissão era discutir as políticas de saúde em uma perspectiva nacional.

Adiante, em meados da mesma década, foram criadas as Comissões Intergestores Bipartite - CIB. Dessas últimas, participavam representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, a fim de adaptar as normas definidas pela União para as regiões. Além disso, as CIB tiveram como atribuição: elaborar, acompanhar e avaliar a gestão descentralizada do SUS, tomar decisões atinentes aos mecanismos de alocação de recursos oriundos do governo federal e desenvolver propostas em direção à operacionalização das políticas públicas de saúde. (MACHADO *et al.*, 2014).

Entretanto, esses esforços não se mostraram suficientes para oferecer os serviços de saúde em consonância com os princípios norteadores do SUS, a exemplo dos serviços médicos. Alguns estudos indicavam que o Brasil detinha uma proporção de médicos por habitante menor do que a necessidade da população. Ainda, essa proporção era menor em

regiões mais vulneráveis, onde a população era mais carente (IBGE, 2005; CFM, 2011).

Silveira e Pinheiro (2014) mencionam um estudo desenvolvido pelo Conselho Federal de Medicina, sinalizando que a média geral para o Brasil é de 1,9 médicos por mil habitantes. Quanto à desigualdade na distribuição deste profissional pelo território brasileiro, a região Norte apresentava os piores indicadores, uma vez que todos os estados demonstravam média menor que 1,4 médicos por mil habitantes. Nesse sentido, questões peculiares como a existência de florestas, e outras, de ordem estrutural, como precariedade da rede de transportes, parecem interferir substancialmente no acesso ao profissional médico a essas localidades.

Detendo-se ao nível da APS – que abriga o PMM – percebe-se que, no tangente às condições de saúde da população, um número relativamente baixo de agravos corresponde a uma porção expressiva da demanda por serviços de saúde neste nível de atenção. Em Florianópolis, 28 problemas de saúde foram responsáveis por 50,4% da demanda pelos serviços. Os destaques foram: hipertensão sem complicação, prevenção ou manutenção da saúde, infecção do aparelho respiratório superior, gravidez e diabetes não insulínica. Já em Porto Alegre, 20 problemas responderam por 61% da demanda. Na cidade de Betim – MG, 32 problemas responderam por 50% da demanda (MENDES, 2015).

Diante do exposto, este estudo objetiva analisar o Programa Mais Médicos - PMM e suas relações com as falhas de mercado e falhas de governo no setor de saúde no Brasil. Para tanto, se configurou como um estudo de caso de natureza qualitativa. Desse modo, será apresentado, na próxima seção, um breve referencial teórico, acerca dos seguintes conceitos: teoria de oferta e demanda, falha de mercado, risco moral e externalidades.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Com o objetivo de fomentar a discussão proposta por este estudo, serão apresentados, de modo não exaustivo, os seguintes conceitos: teoria de oferta e demanda, falha de mercado, assimetria informacional, risco moral e externalidades. Em se tratando

de serviços de saúde, a demanda é considerada de pequena elasticidade, uma vez que a oferta desses serviços é suficiente para gerar demanda. Além do mais, a inflação, no que tange bens e cuidados de saúde, tende a ser superior, se comparada a outros segmentos, por utilizarem força de trabalho em alta intensidade (SATO, 2007).

Mansfield (1978), Calmbach (1969) e Simosen (1969) consideram que a teoria de oferta e demanda ocorre por meio da livre competição. Assim, é definida uma quantidade ótima a ser produzida em uma determinada sociedade. O preço, nesse sentido, é consequente do equilíbrio entre as curvas da oferta e da demanda (MANSFIELD, 1978; CALMBACH, 1969; SIMONSEN, 1969).

Quando alguma das condições de perfeita competição não ocorre, é instaurada a falha de mercado, justificando as intervenções governamentais na economia. Quanto mais intensas forem as falhas, tem-se uma atuação mais expressiva do Estado (DONALDSON; GERARD, 1993; MCGUIRE *et al.*, 1992). Para Mazzucato (2015), a perspectiva das falhas de mercado indica a intervenção governamental no sentido de ajustar mercados com características de bens públicos. Pinheiro Filho e Sarti (2012) consideram a necessidade da intervenção governamental no setor de saúde em razão das falhas de mercado. Para os autores, a intervenção pode ocorrer pela via da provisão ou da regulação.

Outrossim, as falhas de mercado podem ocorrer em função da assimetria informacional. Essa assimetria é entendida a partir do momento em que uma das partes envolvidas nas relações de mercado - consumidores ou produtores - não possui informação completa acerca do bem em questão. "As informações assimétricas explicam a razão de muitos arranjos institucionais" (PINDYCK & RUBINFELD, 2002, p. 601), ou seja, elas justificam os meandros da relação entre produtor e consumidor – no caso da saúde, entre médico e paciente.

Nesse sentido, a assimetria de informação relacionada ao segmento da saúde, quanto aos bens ofertados e a incerteza do mercado, é peculiar se comparadas a outros tipos de mercado. No caso da assimetria de informação, ela se aplica tanto ao usuário, quanto a um eventual segurador ou provedor de serviços. Já as incertezas, podem ocorrer no momento de decisão sobre a necessidade do uso dos serviços, bem como quanto ao

diagnóstico e eficácia de um tratamento (ANDRADE; MAIA, 2009).

Com isso, o risco moral se apresenta como uma questão da relação entre as partes envolvidas na oferta e consumo dos bens de saúde. O provedor desses serviços pode incentivar sua sobreutilização dos serviços, uma vez que detém mais informações. Dessa forma, teria como intuito elevar rendimentos ou aprimorar diagnósticos. De outro lado, considerando a relação entre consumidor e segurador, a existência de um seguro pode gerar sobreutilização dos serviços, face à redução do custo marginal do serviço demandado (ANDRADE; MAIA, 2009). Para Castro (2002), sua ocorrência pode ser relacionada a uma ruptura de perfeita condição de competição, podendo ocorrer tanto em serviços públicos quanto privados, independente da extensão de sua cobertura. Todavia, vale esclarecer que o PMM não se enquadra na perspectiva de cobertura de todos os agravos de saúde.

Já as externalidades, de acordo com Pindyck e Rubinfeld (2006), são as ações de um produtor ou consumidor que afetam outros produtores e consumidores, mas que não é considerado no preço final de mercado. Castro (2002, p. 128) considera as externalidades como "efeitos colaterais da produção ou consumo de um bem auferido por um terceiro". A autora ainda sinaliza, na arena da saúde, a produção de externalidades positivas, com destaque para a externalidade de bem público. Isso se deve à duas características dessa externalidade: não rival e não excludente, de modo que abre-se a possibilidade para o consumo desses serviços a todos.

Bain (1956 apud MEIRELLES, 2010) define três tipos de barreiras de entrada de concorrentes em um determinado mercado: vantagens absolutas de custos das firmas existentes, vantagens por preferências dos consumidores aos produtos já disponibilizados, existência de economias de escala. Em outra perspectiva, Porter (1979 apud MEIRELLES, 2010) define outras noções de barreiras de entrada: aprendizagem, canais de distribuição e políticas de governo.

Lutz, Kemp e Dijkstra (2010) consideram duas dimensões relativas às barreiras de entrada: uma, referente à organização industrial e a outra, sobre a gestão estratégica. Quanto à organização industrial, as indústrias seriam os objetos de análise, na perspectiva

da eficiência e dos entraves para o desenvolvimento econômico. Já no que se refere à gestão, o olhar é direcionado à empresa, no sentido de identificar as barreiras de entrada como um aporte ao desenvolvimento de vantagens competitivas.

Em saúde, as barreiras estão, em maior medida, ligadas ao acesso aos serviços. Lima *et al.* (2015) identificaram como barreiras de acesso no nível da Atenção Primária à Saúde – APS, aspectos de gestão, estrutura e organização dos serviços e características da população. No que se refere à gestão, as barreiras são de ordem política e de financiamento, uma vez que decisões políticas podem impactar na utilização do recurso, impedindo a continuidade de uma ação ou programa. Quanto à estrutura e organização dos serviços, se destacam a oferta insuficiente de serviços, recursos humanos e insumos, condições geográficas que dificultam o acesso, distribuição inadequada do território, baixo número de visitas domiciliares, e problemas referentes ao tempo de espera na marcação e atendimento dos serviços. Por fim, as características da população seriam condição socioeconômica precária e insuficiência de informações relativas aos serviços de saúde.

3. O PROGRAMA MAIS MÉDICOS – PMM: AGENDA E IMPLANTAÇÃO

Mesmo com os avanços obtidos pelo SUS, ainda estão presentes dificuldades no acesso aos serviços de saúde, em especial nas regiões de maior vulnerabilidade social. Somam-se a essas dificuldades, as iniquidades quanto à distribuição do profissional médico no território brasileiro. (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Nesse sentido, os atores governamentais reconhecem que há uma concentração de médicos em determinadas regiões. Além disso, nota-se que os investimentos e ações prévias fizeram com que os serviços de saúde fossem expandidos em uma dimensão que demandava um incremento do quantitativo médico. Com isso, muitas iniciativas não atingiram todo o potencial. (BRASIL, 2015)

No Brasil, o Governo Federal priorizou, partir de 2011, os investimentos na Atenção Básica à Saúde – ABS, a partir da reformulação da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Para isso, foram elencados dez principais desafios que seriam pautados pelo

Ministério da Saúde – MS, dentre eles: o financiamento da Atenção Básica; infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde; necessidade de ampliar o acesso, especialmente aos grupos mais vulneráveis, déficit de provimento de profissionais. Além disso, a Resolução 439, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde daquele mesmo ano, suscitou um escopo de ações que culminariam, adiante, no PMM. Essas ações eram concernentes: ao financiamento; a atuação dos entes federados com vistas ao papel estratégico da APS como porta de entrada do SUS e coordenadora dos fluxos e demandas dos usuários; aos esforços governamentais para garantir a oferta de profissionais de saúde em todo o país, especialmente nas regiões mais vulneráveis. (BRASIL, 2015).

No ano de 2013, o país apresentava a média de 1,83 médicos / 1000 habitantes, sendo que 22 Estados sinalizavam a média inferior à nacional e, em outros 5, a média era menor que 1 médico /1000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Assim, em julho daquele ano, foi implantado o Programa Mais Médicos para o Brasil - PMMB, no escopo do Pacto Nacional pela Saúde de 2013. O Programa tinha como objetivo aumentar a oferta dos serviços médicos na atenção básica e a oferta de vagas do curso de medicina/residência médica; implantar o segundo ciclo no curso de medicina, recrutar médicos estrangeiros para o preenchimento de vagas não ocupadas por médicos brasileiros, acelerar os investimentos em infraestrutura e equipamentos de saúde; aprimorar a expansão médica no Brasil – 2º ciclo - e efetivar a lotação imediata de profissionais médicos, no nível da ABS, em regiões prioritárias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, o PMMB se constituiu em três eixos de atuação: o primeiro se referiu ao provimento emergencial de médicos, prioritariamente em regiões mais vulneráveis e Distritos Sanitários Indígenas (denominado como Projeto Mais Médicos – PMM - e objeto deste estudo); o segundo, correspondente à educação, prevendo uma solução de caráter permanente, expandindo as vagas em graduações e residências de medicina, além de inserir modificações no perfil de formação de profissionais especialistas; o terceiro, atuando junto à infraestrutura, através da expansão, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde - UBS's.

Para que os Municípios pudessem aderir ao PMM, o Ministério da Saúde divulgou uma lista contendo aqueles elegíveis ao Programa, as vagas autorizadas e disponíveis. A partir disso, o município, através do gestor, assinaria um termo de adesão que o credenciaria para o Programa. Quanto ao profissional médico, poderiam se inscrever nos processos seletivos aqueles formados ou com diplomas revalidados no Brasil, brasileiros formados no exterior e licenciados no país e estrangeiros licenciados para atuar no exterior. Nesse sentido, o Ministério da Saúde disponibilizou manuais direcionados aos médicos e aos Municípios para auxiliar o procedimento de adesão ao Programa.

No ano de 2013, havia um contingente de 1280 médicos, entre intercambistas (formados no exterior) e brasileiros (formados no Brasil), tendo elevado para 9569 médicos, dessas duas categorias, em 2017. Já os médicos cooperados (cubanos recrutados via cooperação internacional OPAS-OMS e Brasil), eram em 5400 no ano de 2013, passando para 11429 em 2015 e 8671, em 2017. Assim, o PMM disponibilizava, no ano de 2017, 18.240 vagas de profissionais médicos em 4.058 municípios brasileiros, alcançando uma cobertura de 73% dos Municípios e todos os Distritos Sanitários Indígenas - DSEIs⁵. Ademais, destaca-se o aumento do quantitativo de profissionais médicos brasileiros no PMM. Entretanto, esses profissionais não se fixaram efetivamente quando lotados nas localidades mais vulneráveis, onde o tempo de permanência deles foi inferior à 90 dias (BRASIL, 2017).

Considerado o mais recente mecanismo de ação no combate à escassez de profissional médico, para vários autores, o PMM atingiu resultados importantes. Nogueira *et al.* (2016) desenvolveram um estudo sobre as características da distribuição do profissional vinculado ao PMM nos estados nordestinos. Utilizando de método qualitativo, através da análise descritiva e transversal, identificaram que o perfil dos profissionais se divide em cooperação (cubanos lotados via acordo com a Organização Panamericana de Saúde - OPAS), CRM brasileiro (formados no Brasil ou com diplomas revalidados) e intercambistas (estrangeiros ou formados no exterior inscritos por livre demanda no

⁵ Mais informações em: <http://maismedicos.gov.br>. Acesso em: 21 de dez. 2017

PMM).

Também, verificou-se por meio dos dados de 4716 médicos que integraram o PMM naqueles estados, entre agosto de 2013 e dezembro de 2014, que o estado que mais recebeu médicos foi Bahia (28%), seguido pelo Ceará (20%). Na sequência, aparecem os estados do Pernambuco e Maranhão, ambos com 14% do quantitativo dos profissionais médicos do PMM, seguidos do Piauí, com 7%, Paraíba e Rio Grande do Norte, com 5%. Por fim, os estados contemplados com os menores quantitativos foram Alagoas e Sergipe, com 4% e 3%, respectivamente (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Santos *et al.*, (2016) verificaram peculiaridades do atendimento prestado por médicos brasileiros e cubanos no estado do Ceará. O estudo destacou a função do PMM não estrita à provisão emergencial de médicos, bem como a abertura da possibilidade de médicos brasileiros identificarem a maneira diferente dos médicos cubanos no processo de trabalho. Nesse sentido, a prestação dos serviços médicos pelos cubanos superou a barreira do idioma, aliando-se à satisfação do usuário. Também, utilizou de menor medicalização, e, conseqüentemente, foram implementadas mais ações voltadas ao estilo de vida.

Girardi *et al.*, (2016) perceberam um aumento na oferta de profissionais médicos no nível da APS, apesar de, em alguns municípios, a impressão é que tenha havido a substituição de profissionais por aqueles contratados via PMM. Contudo, destaca-se a ampliação do acesso ao sistema de saúde por parte dos usuários.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo de caso, de caráter qualitativo, se desenvolveu a partir da revisão bibliográfica. Dessa forma, discorreu-se, de forma breve, os conceitos já explicitados neste estudo. A partir disso, construiu-se uma discussão, conectando o referencial teórico e a caracterização do PMM às possíveis interpretações acerca do objeto estudado.

Para o fomento das informações, foram pesquisados estudos prévios na Biblioteca Virtual de Saúde e *Scielo*, utilizando como palavra-chave “programa mais médicos” e

"resultados do programa mais médicos". A revisão da literatura permite o acúmulo do conhecimento, de modo suficiente, para esclarecer ao pesquisador sobre o tema estudado. Além disso, a revisão auxilia no delineamento do objetivo, bem como oferece subsídios para que o estudo se desenvolva com originalidade, livre de repetições de concepções já consolidadas pela academia (FONTELLES *et al.*, 2009).

Outrossim, as metodologias qualitativas se conectam aos aspectos de ordem social, no âmbito do indivíduo e de grupos. Isso possibilita ao pesquisador uma completude viabilizada pela aproximação da realidade social. Ainda, as metodologias qualitativas se destacam pela flexibilidade (MARTINS, 2004).

Quanto aos resultados, ocorrem em direção à generalização argumentativa, entendida por Mairyng (2002 apud GÜNTHER, 2006), como uma identificação destes, na medida em que seus achados se balizem num desenho de um estudo de caso. Dessa maneira, os elementos encontrados suscitam a necessidade de um desenvolvimento argumentativo capaz de sinalizar as condições em que tais generalizações seriam pertinentes.

5. DISCUSSÃO

A ocorrência da doença e a necessidade de cuidados médicos são fatores imprevisíveis. Portanto, torna-se mais difícil planejar, individualmente, a oferta de serviços de saúde em uma perspectiva de consumo de cuidados médicos (CASTRO, 2002). A previsão de assistência à saúde, nos locais atendidos pelo PMM, nesse sentido, é, provavelmente, incerta.

A resposta de um mercado não suprido, em sua totalidade, pelo Estado, nesse contexto, se dá através do desenvolvimento de organizações de seguros privados de saúde, que garantiriam o ressarcimento das despesas com cuidados de saúde. Contudo, boa parte da população brasileira não dispõe de recursos financeiros suficientes para arcar com planos privados de saúde (CASTRO, 2002). Além dos custos administrativos, essas empresas também almejam lucros em suas transações, tornando mais caros os

serviços prestados.

Consoante, o Governo Federal também enfrenta dificuldades na retenção de médicos que integram as equipes de Saúde da Família. A captação desses profissionais não é uma tarefa fácil, pois o mercado privado tende a oferecer melhores remunerações aos profissionais médicos, se comparado ao serviço público. A rotatividade, nesse sentido, torna-se alta e pouco previsível, dificultando, também, o planejamento e as ações públicas na saúde.

Outro fato que se coloca na arena das incertezas diz respeito à ocupação das vagas das universidades que pretendem atuar nos locais carentes. O PMM tem como objetivo implementar cursos de medicina em localidades menos favorecidas e, ao mesmo tempo, absorver estudantes dessas regiões (BRASIL, 2013). Contudo, a ocupação das vagas nas universidades nem sempre é feita pela população local. Isso porque estudantes de todo o Brasil (agravado pelo fortalecimento do ENEM) disputam vagas nas universidades em uma perspectiva nacional. Nesse sentido, não é certo que o bacharel em medicina exercerá sua profissão naquela região, podendo se configurar como uma externalidade negativa da ação.

Com relação ao recrutamento de profissionais médicos, a busca por médicos estrangeiros se apresenta de maneira polêmica e também apresenta incertezas. Algumas das questões que vieram à tona, discutiam, por exemplo, a falta de controle da qualidade da formação médica no exterior por parte do governo brasileiro. Além disso, os processos de comunicação diária desses médicos com as populações locais poderia ser comprometida pela diferença de idiomas entre os usuários e os profissionais.

Outro aspecto que merece destaque são as limitações estruturais que, mesmo com a adesão dos municípios ao PMM, podem persistir. Dessa forma, é possível que a oferta de profissionais médicos em algumas localidades, principalmente as mais vulneráveis, seja aquém da necessidade. Assim, deve-se considerar influências de outros fatores na atração e fixação desses profissionais, como a disponibilidade de recursos considerados básicos ao desenvolvimento laboral. Nesse sentido, tal discussão parece coadunar às impressões de Lima ., (2015), já citados neste estudo, quando se referem às barreiras de

acesso aos serviços da saúde no nível da APS. Para os autores, aspectos de gestão, estrutura e organização dos serviços e características da população podem dificultar o acesso aos serviços de saúde e, portanto, o bom funcionamento da APS.

Quanto ao risco moral, ressalta-se um dos objetivos do PMM: de qualificar médicos capazes de se inserir em áreas de vulnerabilidade social e onde não há oferta suficiente de serviços de saúde para a população de determinadas localidades. Assim, configura-se um déficit na oferta desses serviços, trazendo a necessidade de se estabelecer um equilíbrio entre a demanda e a oferta. Ou seja, a tentativa é fazer com que a oferta seja capaz de atender a demanda de número de indivíduos que necessitam dos cuidados da saúde. Sendo assim, de acordo com a conceituação de "risco moral", proposto pelo desequilíbrio de oferta e demanda na área da saúde, o PMM, ainda que se esforce na direção de prover um importante recurso para o atendimento no nível da APS, apresenta uma escassez de oferta e uma demanda não alcançada.

Todavia, pelo pressuposto da racionalidade, onde o consumo pode ser planejado, um plano de ações no escopo do PMM pode equilibrar a relação entre produtor e consumidor, ou seja, entre profissionais de saúde correspondentes a um determinado número de habitantes da população, gerando um perfeito equilíbrio ou, pelo menos, diminuindo a distância entre oferta e demanda. Diferentemente, configuram-se os casos de cobertura da saúde e da falha de mercado, trazidos por Castro (2002), em que se pode apresentar um excesso de demanda – em especial nos planos privados – onde há um ganho por procedimentos médicos. No PMM, há uma intervenção do Estado com o objetivo de prover um bem público à sociedade, onde a oferta não é suficiente para atender a demanda pelos serviços de saúde.

No que tange o eixo "educação" do PMM, em especial às especialidades médicas que sofrem da escassez do profissional, parece haver um esforço do Estado de modo a intervir na falha de mercado. Isso porque, para a abertura de novos cursos de medicina, são exigidos pelo menos três programas de residência médica, em áreas do conhecimento entendidas como prioritárias ao SUS: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2016).

Em se tratando da oferta de novos cursos de medicina, no escopo do PMM, à luz das falhas de mercado, os municípios podem se inscrever para os oferecerem, apresentando um plano que contemple a formação nas especialidades prioritárias – supracitadas – e as localidades que poderão ser atendidas. Assim, é possível que o profissional médico, depois de formado, permaneça nas localidades onde estudaram, ampliando a oferta de serviços de saúde em localidades deficitárias, que apresentem indicadores sociais e econômicos desfavoráveis, de maior vulnerabilidade social.

Ao considerar a prestação de serviços médicos como parte do mercado de saúde, é possível analisar algumas externalidades que explicam a interação do mercado e do Estado no setor. Como a exploração deste recurso por agentes econômicos pode levar a ineficiência, a administração destes recursos deve ser feita diretamente pelo governo ou regulada por ele. (PINDYCK; RUBINFELD, 2006)

Apesar da Constituição de 1988 garantir o direito de acesso a saúde a toda população, classificar a prestação de serviços de saúde como bem público não é uma tarefa trivial. Em alguns casos, a inexistência de rivalidade e a impossibilidade de exclusão de consumo facilita a classificação como bem público, o que parece estar de acordo com Castro (2002), quando considera tal bem público como uma externalidade positiva típica da área da saúde.

Pindyck e Rubinfeld (2006), acreditam que quando o mercado privado não pode oferecer determinado bem ou não pode cobrar por ele o preço apropriado, estamos diante de bens públicos. No entanto, os autores não consideram a existência de um público no setor da saúde que está disposto a pagar por um serviço diferenciado. A existência deste público motiva a atuação do setor privado na saúde a partir de regulação estatal. De acordo com o estudo Demografia Médica 2015, o Brasil tem mais médicos atuando no setor privado do que no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que apenas 25% da população brasileira tenha convênio médico e 75% utilize exclusivamente o SUS. (SCHEFFER *et al.*, 2015). Além do mais, a atuação do setor privado é concentrada nos grandes centros, não sendo viável, financeiramente, prover este serviço nas regiões periféricas do país.

Conforme demonstrado no panorama histórico, nem o setor público nem o privado foram capazes de levar o serviço a toda população. Um dos fatores mais importantes desta falha parece ser o alto custo para provisão do serviço além da inexistência de infraestrutura necessária para sua implementação. Portanto, pode-se caracterizar a inexistência destes serviços em regiões periféricas como uma externalidade negativa no setor da saúde. Tal externalidade justifica a implementação de ações como o PMM.

Ainda, quando se trata da aquisição – compra – de bens de saúde, há uma falha de mercado referente à informação ao consumidor e seu futuro estado de saúde. Nesse sentido, parece se estabelecer uma relação agente-principal, uma vez que se torna necessária a presença do médico para um aconselhamento – quando se estabelece a relação do agente (CASTRO, 2002). Nesse caso, o conceito da assimetria informacional se destaca. Analogamente, essa assimetria parece acometer o planejamento e execução das ações em saúde (pública) em locais prioritários. Isso porque os agentes, nessas localidades - assim como o médico na relação anterior – parecem não dispor – ou obtêm com mais dificuldade – a totalidade das informações econômicas, sociais e epidemiológicas, talvez por questões estruturais ou institucionais.

Os mecanismos de atuação dos profissionais de saúde no nível da APS pretendem garantir a prevenção e controle de doenças como objetivos específicos. Contudo, problemas estruturais, como a falta de médicos e cobertura insuficiente dos serviços de saúde à população, podem contribuir para o agravamento da assimetria informacional em saúde. Conseqüentemente, comprometem-se a efetividade de ações que dependem da socialização dos saberes e informações necessárias à prevenção.

Outro fator característico da falha de mercado sobre as informações assimétricas aplicadas ao PMM é o de não considerar as necessidades em saúde a partir das especificidades regionais. Seria interessante que os profissionais médicos atuassem tanto em uma perspectiva epidemiológica, quanto social, considerando as dinâmicas de cada localidade. Exemplos de necessidade em saúde específicas, nos casos supracitados, são: as comunidades ribeirinhas, que trabalham diretamente com os rios e tendem ao acometimento de doenças ligadas a água e ao consumo de animais; habitantes do

garimpo de ouro e pedras preciosas, propensos ao acometimento de doenças desenvolvidas pelo trabalho; populações que tem escassez de água; doenças genéticas, de determinadas regiões e populações. De acordo com o Portal da Saúde, do Ministério da Saúde, os próprios municípios, sendo capazes de solicitar cursos de graduação médica ao se inscreverem no Programa, diminuiriam a assimetria de informação e facilitariam o conhecimento sobre as regiões e populações específicas, promovendo um melhor equilíbrio de mercado.

No que tange às barreiras, o esforço de tentar adaptar os conceitos no contexto dos serviços públicos de saúde no Brasil, conduz a análise para três agrupamentos de barreiras de entrada do Programa: quanto às vantagens absolutas de custo das firmas existentes, economia de escala e o desenvolvimento de vantagens competitivas.

As vantagens absolutas de custos das firmas existentes podem se relacionar pela primazia alcançada pelas ações, já implementadas, que trouxeram algum resultado positivo. No caso do SUS, o investimento dos atores políticos na APS, na delimitação da Estratégia Saúde da Família - ESF, pode favorecer a implementação mais bem sucedida do PMM. Isso porque, em locais onde a ESF possa estar mais solidificada, é possível que haja melhores estruturas, planejamentos e ações de saúde. Entretanto, ressalta-se que o PMM teve como prioridade a lotação de médicos em localidades de extrema pobreza, onde, provavelmente, tais vantagens não são percebidas. Logo, pode ser identificado o primeiro conjunto de barreiras de entrada do PMM.

A economia de escala, no caso do agente planejador do Programa, pode ser alcançada na medida em que se aumentar a escala de oferta de serviços médicos. Essa ideia se relaciona com as vantagens de custo das firmas existentes. Isso porque, para uma oferta de serviços médicos em maior escala, é necessário haver uma estrutura capaz de minimizar custos e favorecer o alcance da eficiência. Nesse sentido, a falta de um consultório médico ou de materiais básicos e medicamentos pode tornar ineficiente o investimento realizado apenas na oferta de um profissional ou em um aspecto isolado. Dessa forma, identifica-se o segundo conjunto de barreiras na oferta do PMM.

O terceiro conjunto de barreiras pode se relacionar como uma das consequências

anteriores. Isso porque a capacidade de se desenvolver vantagens competitivas é comprometida quando não há vantagens de custo nem economia de escala. Ou seja, obter vantagens onde há um grande contingente de barreiras estruturais de entrada torna-se um desafio importante a ser vencido.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da oferta de serviços de saúde no Brasil apresenta ênfases variadas. Inicialmente, eram ofertados em uma perspectiva filantrópica, a exemplo das diversas unidades da Santa Casa de Misericórdia. Na primeira metade do século XX, o Estado assume a oferta desses serviços, aliando essa oferta aos institutos de aposentadorias e pensões. Adiante, nos anos 1960 e 70, houve um incremento de serviços privados de saúde. A partir dos anos 1980 e 90, com o advento do SUS, dá-se uma relação entre os esforços governamentais e iniciativa privada na oferta dos serviços de saúde.

Dessa maneira, é possível que o Estado tenha assumido a oferta de serviços de saúde, no início do século XIX por causa de uma falha de mercado dos serviços filantrópicos. Esses serviços poderiam não atender a necessidade em saúde da população, de modo a viabilizar a entrada do Estado na oferta desses.

Posteriormente, no regime militar, os serviços privados ampliaram sua escala e escopo de atuação. Nesse caso, a segregação causada na oferta dos serviços de saúde pelo Estado, ao vincular a oferta desses aos institutos de pensão – portanto, apenas aos trabalhadores, deu espaço para que a iniciativa privada pudesse receber incentivos do governo, a fim de ampliar a oferta de serviços de saúde no Brasil.

Entretanto, o custo daqueles serviços, na rede privada, era elevado. Dessa forma, a ampliação da oferta não apenas foi insuficientemente capaz de diminuir a segregação anterior, mas, ainda, agravou. Nesse sentido, acompanhando a agenda de debates mundial da saúde, os atores sociais brasileiros se esforçam para que o país ofereça os serviços de saúde em uma visão biopsicossocial do sujeito.

Assim, a implantação do SUS nos anos 1990, pode ter objetivado corrigir uma falha

de mercado: diminuir a segregação da oferta de serviços de saúde. Vale lembrar que, a expansão de serviços de saúde em uma perspectiva privada parecia se relacionar a uma falha de governo. Entretanto, o mercado privado não conseguiu corrigir as distorções anteriores e, ainda, tornou-as mais grave.

Desde então, governo e iniciativa privada têm oferecidos serviços de saúde, compondo uma combinação público-privado no sistema de saúde brasileiro. Nesse aspecto, apesar de as políticas e ações de saúde no âmbito do SUS se empenharem para oferecerem serviços gratuitos por meio da universalização do acesso e de outros princípios e diretrizes, a iniciativa privada acaba por atrair os profissionais da saúde, em especial médicos, para nela exerçam suas atividades. Isso pode ter suas origens nos incentivos e investimentos realizados durante a ditadura militar no mercado privado. Dessa forma, parece que na atualidade, por mais incentivos e ações que o âmbito público execute e ofereça, ainda são insuficientes diante dos que são oferecidos na iniciativa privada. Isso pode ser entendido como uma dependência de trajetória em relação aos incentivos - mais expressivos- dados aos prestadores de serviços de saúde, principalmente médicos, da iniciativa privada.

Por fim, colocam-se como limitações deste estudo a ausência de dados mais robustos sobre a efetiva lotação dos profissionais médicos vinculados ao PMM, bem como o número de cursos ou instituições de ensino que, por ventura, tenham sido criadas ou ampliadas a partir do Programa. Ainda, a não apresentação de uma seção exclusiva dos resultados deste estudo é justificada pela proposta inicial de se discutir o PMM a partir dos conceitos ora apresentados. Assim, a tentativa foi abstrair da caracterização do objeto e da breve retrospectiva histórica elementos que fossem suficientes para construir uma discussão provocativa a respeito da política pública analisada. Dessa forma, sugere-se que estudos futuros debruçem esforços em direção à uma quantificação dos profissionais do PMM, em especial no que diz respeito sua área de atuação e possíveis impactos atribuídos às situações de saúde populacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M.V.; MAIA, A.C. Diferenciais de utilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro. *Est. econ.*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 7-38, jan./mar. 2009.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. As Políticas de saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev Esc. Enf. USP*, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.

BRASIL. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial: 2013 out. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 23 junho 2016.

BRASIL. Medida Provisória n.º 621/2013, de 08 de julho de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.** Convertida na Lei n.º 12.871/2013. Brasília: Diário Oficial; 2013 jul. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 23 junho 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 jun. 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 23 junho 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>>. Acesso em: 23 junho 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Mais Médicos: orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Programa Mais Médicos** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Cartilha-Mais-Medicos-Versao-Eletronica.pdf> > Acesso em: 15 dez. 2017.

BURGARELI, J; CORLETAZZI, K.L; AMBROSANO, G.M.B; MENEGHIM, M.C; FARIA, E.T; MIALHE, F.L; PEREIRA, A.C. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):383-391, 2014.

CALMBACH, G. V. **Microeconomia**. Rio de Janeiro: Fórum Editora, 1969.

CARVALHO, Gilson. A saúde Pública no Brasil. *Estudos avançados* 27 (78), 2013.

CASTRO, J. D. *et al.* Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, v. 4, n. 7, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demografia Médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2011.

DONALDSON, C. & GERARD, K. **Economics of health care financing: the visible hand**. London: McMillan Press, 1993.

ESCOREL, Sara. História das políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Cebes, 2014, p. 323-363

FONTELLES, M. J. *et al.* **Metodologia de pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa**. Disponível em: < https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf >. Acesso em: 25 ago. 2017.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Cebes, 2014, p.493-545

GIRARDI, S. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 2675-84, 2016.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 22 n. 2, p. 201-210, Mai-Ago. 2006

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico Sanitária*, 2005.

LIMA, S. A. V *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis Rio de Janeiro*, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

LUTZ, Clemens H. M; KEMP, Ron G. M; DIJKSTRA, S.Gerard.Perceptions regarding strategic and structural entry barriers. *Small business economics*. Volume 35, [Issue 1](#), p. 19–33, july, 2010.

MACHADO, C.V; LIMA, L.D; VIANA; A.L.D; OLIVEIRA, R.G; IOZZI, F.L; ALBUQUERQUE; M.V; SCATENA, J.H.G; MELLO; G. A; PEREIRA, A.M.M; COELHO, A.P.S. Federalismo e Políticas de Saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Revista Saúde Pública*. 48 (4), 642-650, 2014.

MANSFIELD, E. *Microeconomia*. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*. São Paulo, v. 30, nº 2, p. 289 – 300, maio/ago. 2004.

MAZZUCATO, Mariana. Innovation Systems: from fixing market failures to creating markets. *Revista do Serviço Público*. Brasília 66 (4) 627-640 out/dez 2015.

MCGUIRE, A.; HENDERSON, J.B. & MOONEY, G. *The economics of health: an introductory text*. London: Routledge and Kegan Paul, 1992.

MENDES, E.V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MEIRELLES, Dilmária Silva e. Estratégias competitivas e potencial de barreiras de entrada em serviços: uma proposta de abordagem teórica. *Administração: Ensino e Pesquisa*. Rio de Janeiro. v. 11, n. 1, p. 79-100. Jan/Fev/Mar 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pacto Nacional Pela Saúde*. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf> Acesso em 03 maio 2016.

NOGUEIRA, P.T.A *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2889-98, set. 2016.

OLIVEIRA, Felipe P. de. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface* (Botucatu), 19(54):623-34, 2015.

PAIM, Jairnilson, *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf . Acesso em 21 junho 2016.

PINDYCK, Robert S., RUBINFELD, Daniel L. **Microeconomia**. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 5ª ed.

PINHEIRO FILHO, F.P; SARTI, F. M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 11, p. 2891-2990, 2012.

SANTOS, J. B. F. *et al.* Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1003-1016, 2016.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor de saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de plano de assistência supletiva no Brasil. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 49-62, 2007.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015 Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=12> > Acesso em: 23 junho 2016.

SILVEIRA, R. P; PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia – Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 451-59, 2014.

SIMONSEN, M.H. **Teoria microeconômica**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, vol. 3, 1969.



REVICE - Revista de Ciências do Estado
ISSN: 2525-8036
v3.n1 JAN-JUL.2018
Periodicidade: Semestral

seer.ufmg.br/index.php/revice
revistadece@gmail.com

MUZZI, João Roberto; BUDARUICHE, Andréia Ramos; SOUZA, Gustavo Costa; CORRÊA, Marcos Paulo; Economia do setor público: uma análise do Programa Mais Médicos. Data de submissão: 30/08/17 | Data de aprovação: 07/12/17.

A REVICE é uma revista eletrônica da graduação em Ciências do Estado da Universidade Federal de Minas Gerais.

Como citar este artigo:

MUZZI, João Roberto; BUDARUICHE, Andréia Ramos; SOUZA, Gustavo Costa; CORRÊA, Marcos Paulo; Economia do setor público: uma análise do Programa Mais Médicos. In: **Revice** – Revista de Ciências do Estado, Belo Horizonte, v.3, n.1, p. 123-146, jan./jul.2018.