

**O Programa Mais Médicos  
nos estados do Rio de Janeiro  
e do Espírito Santo:  
Significados, resultados e sustentabilidade**



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

*Reitor*  
Ruy Garcia Marques

*Vice-reitora*  
Maria Georgina Muniz Washington



EDITORA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

*Conselho Editorial*

Anibal Francisco Alves Bragança (UFF)  
Glaucio José Marafon (presidente)  
Henriqueta do Coutto Prado Valladares  
Hilda Maria Montes Ribeiro de Souza  
Italo Moriconi Junior  
José Ricardo Ferreira Cunha  
Katia Regina Cervantes Dias (UFRJ)  
Lucia Maria Bastos Pereira das Neves  
Luciano Rodrigues Ornelas de Lima  
Maria Cristina Cardoso Ribas  
Tania Maria Tavares Bessone da Cruz Ferreira

UNA-SUS/UERJ

*Coordenador Geral*  
Paulo Roberto Volpato Dias

*Coordenadora Executiva*  
Márcia Maria Pereira Rendeiro

Organização

Paulo Roberto Volpato Dias  
Márcia Maria Pereira Rendeiro  
José Mendes Ribeiro  
Marcelo Rasga Moreira

**O Programa Mais Médicos  
nos estados do Rio de Janeiro  
e do Espírito Santo:  
Significados, resultados e sustentabilidade**



Rio de Janeiro  
2018

Copyright © 2018, dos autores.

Todos os direitos desta edição reservados à Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, ou de parte do mesmo, em quaisquer meios, sem autorização expressa da editora.



EdUERJ

Editora da UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rua São Francisco Xavier, 524 – Maracanã

CEP 20550-013 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tel./Fax.: 55 (21) 2334-0720 / 2334-0721

www.eduerj.uerj.br

eduerj@uerj.br

*Editor Executivo*

*Coordenadora Administrativa*

*Coordenadora Editorial*

*Assistente Editorial*

*Coordenador de Produção*

*Supervisor de Revisão*

*Revisão*

*Capa e Projeto*

*Diagramação*

Glaucio Marafon

Elisete Cantuária

Silvia Nóbrega

Thiago Braz

Mauro Siqueira

Elmar Aquino

Fernanda Veneu

Júlio Nogueira

Israel Torgano

---

#### DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

---

P962 O programa Mais Médicos nos estados do RJ e ES: significados, resultados e sustentabilidade / Organização: Márcia Maria Pereira Rendeiro, Paulo Roberto Volpato Dias. – Rio de Janeiro: EdUERJ, 2018.  
295 p. ; 14 x 21cm.

ISBN 978-85-7511-426-1

1. Assistência médica. 2. Medicina popular. 3. Medicina preventiva. 4. Programa Federal de Saúde. I. Rendeiro, Márcia Maria Pereira. II. Dias, Paulo Roberto Volpato.

CDU 614(81)

---

Catalogação: Bel. Bruna Heller CRB-10/2348

Índice para catálogo sistemático: 1. Saúde pública 614, 2. Brasil (81)

# SUMÁRIO

Prefácio .....	7
Apresentação .....	11
Entrevista com o Dr. Arthur Chioro, Ministro da Saúde .....	13
<i>Marcelo Rasga Moreira e José Mendes Ribeiro</i>	
Entrevista com Ricardo Veiralves de Castro e Paulo Roberto Volpato Dias, respectivamente Reitor e Vice-reitor da UERJ.....	37
Do Programa “Mais Saúde: direito de todos – 2008-2011” ao Programa “Mais Médicos para o Brasil” – Relato sobre a oferta “Mais Médicos” .....	53
<i>Paulo Roberto Volpato Dias e Márcia Maria Pereira Rendeiro</i>	
Projeto Mais médicos para o Brasil no Estado do Rio de Janeiro: a experiência da gestão da atenção básica da secretaria de estado de saúde.....	85
<i>Andréa Cristina de Farias Mello, André Schimidt da Silva, Camila da Cunha Souza Nóbrega, Dayanne Silva de Lucena</i>	
Atenção básica nos cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro. ....	113
<i>Célia Regina Pierantoni e Swebelen de Paula Vieira</i>	
A participação das entidades médicas: da Reforma Sanitária e sua resposta ao Programa Mais Médicos. ....	139
<i>Hésio Cordeiro</i>	

Avaliando o PMM – uma proposta de monitoramento.....	149
<i>Maria Helena Machado</i>	
O Programa Mais Médicos na grande mídia impressa brasileira.....	173
<i>João Feres Júnior e Luna de Oliveira Sassara</i>	
O “Projeto Mais Médicos para o Brasil”: aspectos do contexto, antecedentes e alívio de situações de escassez e redução das desigualdades distributivas regionais.....	209
<i>Sabado Nicolau Girardi, Ana Cristina de Sousa van Stralen e Equipe da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado (EPSM) do NESCON-UFMG</i>	
O Programa Mais Médicos: conjuntura, limites e oportunidades para a análise política em contextos de crise institucional .....	229
<i>José Mendes Ribeiro, Marcelo Rasga Moreira e Antônio Ivo de Carvalho</i>	
Profissão médica e aspectos regulatórios: elementos para a análise da política setorial.....	267
<i>José Mendes Ribeiro e Marcelo Rasga Moreira</i>	
<b>Sobre os autores .....</b>	<b>291</b>

# Prefácio

**Nísia Trindade Lima**

No livro *Medicina Rústica*,<sup>1</sup> o antropólogo Alceu Maynard de Araujo registrou e analisou as práticas de cura e a visão sobre a medicina e os médicos entre populações do Nordeste do Brasil na década de 1950. De acordo com Araújo, na hierarquia que o povo estabelecia, o primeiro lugar era ocupado pelos curandeiros. Depois vinham os benzedores e benzinheiras (benzedoras de crianças); os doutores de raízes, os curadores que utilizavam cobras, os farmacêuticos, e por último os médicos ou doutores. A ausência de médicos em muitas localidades e sua distância social e cultural em relação às populações foram apontadas como razões para este fato. Referências semelhantes podem ser lidas em muitos textos, sobretudo no que concerne aos “sertões”, termo que nas três primeiras décadas do século XX não indicava uma região geográfica precisa, mas representava as áreas desprovidas de serviços e de atenção do poder público, como bem demonstra a obra ficcional de Guimarães Rosa. Desde então o país passou por profundas transformações, tornando-se uma nação urbana na segunda metade do século passado, mas sem superar as desigualdades regionais e, sobretudo, as iniquidades sociais que historicamente marcam nossa sociedade.

Com a constituição de 1988, estabeleceu-se a saúde como direito universal e o papel do Estado na regulação do provimento de serviços e ordenação dos recursos humanos em

---

<sup>1</sup> Alceu Maynard de Araújo. *Medicina Rústica*. São Paulo, Companhia Editora Nacional. 1979

saúde. Tratava-se de superar problemas apontados no movimento em prol da Reforma Sanitária e em textos de vários autores, com destaque para os de Carlos Gentile de Mello<sup>2</sup> que, em contundentes artigos publicados nas décadas de 1970 e 1980, criticava a formação dirigida exclusivamente por uma lógica de mercado e apartada das necessidades da sociedade.

Portanto, o Programa Mais Médicos para o Brasil, regulamentado pela Lei 12.871, em outubro de 2013, veio lidar com problemas de longa duração no país: a escassez de profissionais, sua má distribuição no território e as distorções do processo de formação médica. Trata-se de um programa ousado que reforça o papel da Atenção Básica no SUS e a necessidade de efetivar a Estratégia Saúde da Família, assegurando a presença do médico nas equipes e atendendo aos brasileiros que não contavam com tal assistência. E o faz especialmente nos lugares longínquos e de difícil acesso, sejam eles os grotões do país, o agreste brasileiro, a região amazônica e mesmo a periferia das maiores cidades brasileiras.

Em paralelo à efetivação do programa, pesquisas acadêmicas vêm sendo realizadas com o propósito de avaliar seu impacto frente à escassez de médicos em diferentes municípios, suas perspectivas no que se refere à gestão da atenção básica e à educação médica no país. Diante de críticas aos que seus principais opositores apontavam como caráter ideológico e eleitoreiro do programa, é muito bem-vinda a realização de pesquisas independentes que avaliem seus resultados, apontem tendências e contribuam para o fortalecimento do programa e de outras políticas públicas. É o que se verifica na leitura de O Programa Mais Médicos nos Estados do Rio de

---

<sup>2</sup> Sobre a obra de Gentile de Mello, consultar José Noronha, Carlos Gentile de Mello: desenvolvimento é saúde; saúde não é mercadoria. In Gilberto Hochman e Nísia Trindade Lima. Médicos intérpretes do Brasil. São Paulo, Editora Hucitec, 2015.

Janeiro e Espírito Santo: Significados, Resultados e Sustentabilidade.

Resultado de colaboração entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz), o livro apresenta resultado de pesquisas importantes para a compreensão do programa, seus desafios e possibilidades. Reúne avaliação de gestores e pesquisadores de diferentes instituições, focalizando tanto os resultados no que se refere ao provimento de profissionais em áreas carentes, como aspectos críticos, entre eles, dificuldades na gestão da atenção básica, os obstáculos verificados na graduação de medicina no Estado do Rio de Janeiro para o fortalecimento da Atenção Básica, a oposição da grande mídia ao PMM e o posicionamento dos diferentes atores políticos. Ficam evidentes no conjunto dos textos os desafios para as políticas públicas de saúde e educação, considerando serem os objetivos do programa a garantia do acesso aos serviços médicos, a mudança no modelo de atenção do SUS e novas diretrizes para a formação de médicos.

Conforme se pode facilmente constatar, a contribuição vai muito além da análise da implementação do PMM em âmbito estadual, uma vez que reúne resultados de pesquisa original sobre os impactos do programa em nível nacional, as bases para o seu desenvolvimento pleno em todas os objetivos previstos na Lei 12.871, e o comportamento dos diferentes atores políticos, o que inclui gestores, parlamentares, poder judiciário, partidos políticos, entidades médicas e grande mídia.

Ao ser concluída em momento de grave quadro político, a obra põe em evidência os desafios para a sustentabilidade do programa. Um dos aspectos centrais tem a ver com o desenrolar da crise institucional que deu origem à admissibilidade do impeachment da Presidenta Dilma Rousseff. Como observam Marcelo Rasga, José Mendes e Antonio Ivo de Carvalho, a radicalização dos atores contrários ao PMM não representou apenas uma disputa no setor

saúde, mas uma radicalização mais ampla de diferentes setores da sociedade em relação ao governo federal.

Em um cenário de incertezas, a avaliação positiva do programa por parte dos usuários aferida em distintas pesquisas de opinião que atribuem em média uma aprovação de 80%, e a adesão de médicos brasileiros, que passaram a preencher a totalidade das vagas no último edital, podem contribuir para a preservação do PMM. A eles se soma o apoio decisivo dos prefeitos, que foram, antes das manifestações de junho de 2013 e da resposta do Governo Federal, a principal força política a apontar a necessidade de uma ação efetiva para o provimento de médicos. É importante lembrar que a Frente Nacional de Prefeitos entregou ao então ministro da saúde, Alexandre Padilha, em janeiro de 2013, abaixo assinado fruto da campanha “Cadê o Médico?”.

A avaliação técnica positiva do programa e, sobretudo, a convergência de forças políticas que o defendam são fatores fundamentais para preservá-lo e, ao mesmo tempo, acentuam a importância da plena vigência democrática e da garantia de conquistas sociais que reduzam iniquidades e levem justiça e dignidade aos nossos antigos e novos sertões.

# Apresentação

**Paulo Roberto Volpato Dias**  
**Márcia Maria Pereira Rendeiro**  
**José Mendes Ribeiro**  
**Marcelo Rasga Moreira**

A Iniciada em 2014, a pesquisa Análise do Programa Mais Médicos nos Estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo é desenvolvida pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro em parceria com pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ.

Seu objetivo é analisar o Programa Mais Médicos nos Estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo a fim de produzir evidências que permitam: compreender os avanços e desafios do Programa; contribuir para seu aperfeiçoamento e sustentabilidade; e qualificar a opinião pública.

O principal produto desta Pesquisa é o Livro O Programa Mais Médicos nos Estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo: significados, resultados e sustentabilidade, para o qual, pela qualidade de seu trabalho e por sua reconhecida trajetória na saúde pública, o Sr<sup>(a)</sup> foi convidado a contribuir com um texto de sua autoria.

O Livro está organizado em 3 seções: a primeira, sobre o Programa em si, expressa a concepção da gestão federal sobre o Programa Mais Médicos, articulando-a aos dados oficiais do Ministério da Saúde; a segunda, sobre os resultados do Programa coordenado pela UERJ, que abrange o RJ e o ES; e

uma terceira, com artigos de pesquisadores que atuam na área, cujo foco é a produção de análises e recomendações para o aperfeiçoamento e a sustentabilidade do Programa Mais Médicos.

## Capítulo I

### Entrevista com o Dr. Arthur Chioro, Ministro da Saúde

**Marcelo Rasga Moreira**

**José Mendes Ribeiro**

**01/04/2015**

**Editores:** Ministro, o mais recente edital do “Programa Mais Médicos” teve uma elevada, e até mesmo inesperada, adesão de médicos brasileiros. A que fatores o senhor atribui esta mudança?

**Ministro:** Basicamente, a duas dimensões: primeiro, à consolidação de uma avaliação de que o programa não veio para acabar com a medicina ou com os postos de trabalho dos médicos e que é, de fato, um programa sério. Os médicos brasileiros que participam do programa – poucos, cerca de 1.800 –, passaram a transmitir a seus colegas – e são muito comuns esses relatos, muito comuns – a credibilidade, a seriedade, de que os profissionais brasileiros e estrangeiros (não só os cubanos, mas todos) valorizam a atenção básica, têm uma prática de cuidado qualificada.... Tenho vários relatos a esse respeito. A despeito de toda disputa ideológica, que ganhou contornos épicos no processo eleitoral, o cotidiano dos serviços demonstra isso.

O Mais Médicos é uma política de Estado, aprovada por uma lei federal, com regularidade, os profissionais são remunerados, recebem seus recursos em dia, as regras do jogo

funcionam, o processo de supervisão, de preceptoria, de tutoria, está funcionando e que o programa tem uma dimensão de formação.

A primeira dimensão é esta: a consolidação. Se considerarmos o marco como setembro de 2013, em cerca de 1 ano e 6 meses de funcionamento do programa, a consolidação de que o programa tem seriedade, tem impacto e ocupa um espaço fundamental no fortalecimento e expansão da atenção básica em nosso país.

Uma segunda dimensão explicativa deve-se a uma decisão que nós tomamos – era um feeling meu e esse era o momento de fazer – que foi a fusão do Provab (Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica) com o Mais Médicos. Não fazia sentido continuar conduzindo-os como dois programas separados, pois os profissionais compartilhavam a mesma rede de atenção básica, estavam sob gestão dos mesmos secretários municipais de saúde, estavam sob tutoria e supervisão dos mesmos serviços universitários etc.

A fusão dos dois programas – porque nós não acabamos com o Provab, trouxemos o Provab para dentro do Mais Médicos – permitiu que os profissionais médicos brasileiros pudessem ter um leque maior de opções em relação à programação da sua vida profissional, dos seus próximos anos. Isto ocorre na medida em que ele pode escolher o Mais Médicos tradicional – com três anos, com todos os benefícios – ou pode escolher o Mais Médicos pela dimensão do Provab, ficando o primeiro ano – que lhe dá o direito de acumular os 10% na prova de residência –, mas dando a ele a possibilidade de usar esses 10% mais para frente e poder ficar mais um, dois ou três anos.

E a percepção de que isso é uma possibilidade muito concreta tem relação direta com o grande número de médicos que estavam no Provab e que, de alguma maneira, quando

perguntados, indicaram que gostariam de passar para o Mais Médicos. Ou seja: apesar de terem ido para o Provac para, em tese, conseguirem os 10% na prova de Residência, de alguma maneira esses médicos identificaram-se, apaixonaram-se, envolveram-se ou sentiram-se em condições de ter algum grau de realização participando da atenção básica. E o Mais Médicos permitiu a eles que ficassem no mesmo local.

Detalhe: garantimos o direito de escolha dos profissionais, mas consultamos os gestores para saber se os profissionais tinham desempenho que justificasse sua permanência. E, por incrível que pareça, foi muito grande a resposta dos gestores municipais dizendo: “Queremos que esse médico fique!”.

Não foi uma opção por falta de opção. Porque, com os 10%, os médicos conseguiriam uma vaga na residência. Foi porque eles, de fato, queriam ficar na atenção básica, criaram vínculo com a atenção básica, o que foi corroborado pela decisão dos gestores.

São essas duas dimensões que causam esta surpresa: o processo de consolidação do programa, apesar do cenário acirradíssimo de disputa e, em um segundo momento, a fusão do Provac para dentro do Mais Médicos.

**Editores:** Pela sua fala, os municípios estão sendo bastante beneficiados.

**Ministro:** A avaliação dos gestores municipais está no mesmo patamar de avaliação que dos prefeitos, dos usuários, dos conselheiros de saúde... uma pesquisa que a UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) fez para o Ministério da Saúde indica que 95% estão muito satisfeitos. Mais de 90% deram uma nota superior a 8 para o programa Mais Médicos. Com as avaliações de saúde que a gente normalmente tem, uma avaliação muito ruim de maneira geral, este resultado é uma perspectiva de consolidação.

E é muito interessante porque temos a adesão de prefeitos de todos os partidos! Por exemplo, as administrações do PSDB: talvez seja o mais simbólico, pois 65% das prefeituras do PSDB aderiram ao Mais Médicos.

Quando a gente precisou, por conta da polêmica no Congresso Nacional, em que a liderança e a vice-liderança do PSDB estão propondo acabar com o Mais Médicos, o prefeito de Salvador, espontaneamente, disse para mim: “Eu gravo!”. E vai gravar para a gente um depoimento em apoio. O Antônio Carlos Magalhães Neto! Então, há um descolamento da disputa política, há um descolamento da oposição que a oposição e o movimento médico fizeram – que hoje já se diluiu um pouquinho, mas fez e continuará fazendo – da realidade concreta dos municípios!

O Mais Médicos permitiu que, pela primeira vez em 27 anos de história do SUS (Sistema Único de Saúde), colocássemos em prática aquilo que a gente sempre disse que é uma prioridade para o SUS: atenção básica que garantisse acesso com qualidade.

Isso, inicialmente para 50 milhões de brasileiros e, com a expansão, chegando a 63 milhões de brasileiros, faz toda a diferença! São exatamente aqueles 50 milhões que mais precisam de uma atenção básica qualificada, do sistema público, do Estado brasileiro garantindo o direito à saúde.

Parte significativa das equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde no âmbito do Saúde da Família tinha enorme dificuldade de garantir o provimento do profissional médico. Eram equipes que tinham altíssima rotatividade e que passavam a maior parte do tempo com a equipe incompleta.

Então, estamos experimentando a potência da atenção básica pela primeira vez de verdade no SUS.

Claro que determinadas cidades e regiões conseguiram se organizar, mas tem de pensar o país como um todo e em

particular. Vocês já viram aquele mapa que mostra a distribuição das equipes de Saúde da Família? Você olha para a região norte do país, para o semiárido, e é impressionante a mudança. Quando mostro isso, a ocupação, a taxa de cobertura em atenção básica que se conseguiu, percebe-se como o Mais Médicos é uma realidade.

Claro que o impacto disso virá na sequência. É muito cedo. Sabemos que as causas sensíveis à atenção básica qualificada começam a responder imediatamente, mas não há dúvida alguma de que já temos alguns aspectos mensuráveis, lembrando que o programa não começou todo em agosto/setembro de 2013, porque o processo de chegada das equipes foi se dando de forma escalonada e só se concluiu em junho de 2014. O processo de avaliação também tem de considerar o processo de gradual implementação. O Programa está se aproximando de quase um ano de funcionamento em todo o país, pelo menos um ano. E não tenho dúvida alguma de que os relatos são de diminuição de encaminhamentos desnecessários para UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) e prontossocorros e para os serviços de maior complexidade, de impacto sobre mortalidade infantil, mortalidade materna, melhoria da qualidade e do diagnóstico de diabéticos e hipertensos.

A partir do mês de abril de 2015 vamos iniciar um processo de avaliação autônomo, feito pela universidade pública. E vamos dar acesso pleno aos nossos bancos de dados, porque senão vai ficar sempre uma dimensão ideológica: “Ah! O Ministério está fajutando, está escondendo...”

Hoje, sabemos que há aumento de consultas, o que indica acesso, existem algumas pistas que, na minha opinião, vão ser mensuradas e corroboradas por esta avaliação, que dizem respeito à diminuição de internações por causas sensíveis e à ampliação do acompanhamento de hipertensos, de diabéti-

cos, da qualificação de pré-natal e, inclusive, do impacto sobre mortalidade infantil e mortalidade materna.

Há questões que estão começando a ser mensuradas e são muito interessantes: a Previdência Social, o ministro Gabbas, disse que já começa a haver indicativos dessa natureza. O Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) aponta que, nas famílias acompanhadas pelo bolsa-família, já começa a haver impacto positivo sobre acompanhamento, vacinação etc. Então, vai ser muito interessante porque vamos ter uma produção de avaliações que vão ser muito significativas.

Só vão se assustar aqueles que nunca conseguiram entender que atenção básica bem-feita tem impacto sobre os problemas que levam as pessoas a procurarem os serviços de saúde e muda o rumo, particularmente, dos problemas crônico-degenerativos e de um conjunto de necessidades de saúde que são fortemente impactados pela atenção básica. Vai ser uma surpresa para muitos, mas vai ser, nada mais nada menos, do que uma confirmação de que atenção básica bem-feita dá resultado.

Há uma pesquisa feita pela UFMG que é mais antiga – de quando o Programa ainda não ultrapassava 2 mil municípios –, mas traz respostas muito objetivas: capacidade de compreensão da língua dos médicos: nenhum problema; avaliação dos médicos, do grau de satisfação dos médicos brasileiros e estrangeiros que estão participando do programa: altíssima; Grau de satisfação dos gestores: altíssimo. Mudanças objetivas!

Concretamente, o Mais Médicos não produziu só mais consultas, está fazendo com que o SUS encontre, finalmente, a possibilidade de ofertar atenção básica de forma completa, com equipe completa. Para a gente, é uma novidade.

**Editores:** A cobertura é sempre o objetivo geral de um programa como este, mas o impacto pode estar muito distante.

**Ministro:** Concordo. Cobertura é a garantia do acesso. O problema todo é o seguinte: o grau de desassistência desse universo de brasileiros nas periferias das grandes cidades, nas aldeias indígenas, nos quilombolas, no semiárido, no Vale do Jequitinhonha, no Vale do Ribeira... era imenso! O Mais Médicos não está entrando na zona ou nos setores da sociedade que, de alguma maneira, protegiam-se, buscavam uma rede de cuidado em saúde ainda que tivesse que colocar gasto do bolso ou alguma outra alternativa, ainda que só tivesse acesso à urgência/emergência. Parte da população brasileira atendia suas necessidades básicas de saúde no pronto-socorro, o que, de alguma maneira continua, porque a gente tem uma herança que não vai ser revertida da noite para o dia. Um aspecto que vai ganhando quase que uma dimensão cultural.

Com o Mais Médicos estão aparecendo vários indicadores de mudança. Por exemplo, o aumento de notificação de doenças, o que nos leva a centrar no universo da subnotificação ou do não-diagnóstico. Hanseníase, tuberculose, a melhoria do tratamento da malária... tem um monte de exemplos. Porque, no caso de algumas dessas enfermidades, diagnosticar precocemente significa evitar o óbito ou, muitas vezes – caso da tuberculose, da hanseníase –, interromper a cadeia de transmissão da doença.

Claro que os impactos, os resultados epidemiológicos... vão precisar de mais tempo. Demora e também destampa uma demanda reprimida para outras necessidades, inclusive para especialidades. Quando a equipe de saúde da família começa a funcionar para valer, cria vínculo, identifica situações de violência doméstica e de profundos dramas sociais que passam a ser trabalhados e estavam negligenciados. Então, há outras dimensões para além da dimensão biológica, até porque saúde da família bem-feita não se apropria apenas do território do

biológico, mas toma o território da vida, o território onde as pessoas vivem e se relacionam.

Estou muito curioso para plotar os dados e ver se, passada a epidemia de dengue deste ano, haverá alguma diferença. Se o grau de disponibilidade que os médicos do Programa têm – há relatos de que eles ficam na unidade, criam vínculo, acompanham, o que é uma das dimensões essenciais de uma atenção básica bem feita: vínculo, compromisso, responsabilização sanitária, adscrição de verdade não como uma mera formalidade, de vinculação da carteira de usuários com a equipe – produz algum impacto nos indicadores da dengue?

**Editores:** Na medida em que a atenção básica impede internações desnecessárias, também gera uma demanda nova para média e alta complexidade, colocando no sistema pessoas que não estavam antes. Como o ministério pretende trabalhar isso?

**Ministro:** De duas maneiras: tem uma dimensão que é de organização. Vou dar um exemplo bem concreto: na medida em que passo a diagnosticar, a tratar – sem contar a dimensão da prevenção – os hipertensos e diabéticos de maneira mais qualificada, estou prevenindo a insuficiência renal crônica. Temos uma idade média de entrada em hemodiálise que é uma das mais novas. O brasileiro entra muito jovem, muito mais jovem do que hipertensos e diabéticos de outros países, em programa de hemodiálise. Exatamente porque não tiveram cuidados básicos de proteção, de tratamento adequado que pudesse trazer a proteção renal. A mudança promovida pela atenção básica de qualidade vai impactar fortemente – claro que não agora, mas em décadas – por exemplo, na terapia renal substitutiva e na necessidade de transplante renal.

Olhemos para a alta complexidade: na medida em que tratamos hipertensos e diabéticos, diminuímos a quantidade de gente com AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou com

infarto agudo do miocárdio. Mas também é verdade que, na medida em que se começa a acompanhar, tem-se a necessidade, também, de garantir atenção resolutiva e, particularmente, atenção ambulatorial especializada.

Eu vou tratar um indivíduo que tem uma arritmia de mais difícil controle, vou precisar de um cardiologista. Alguém que tem câncer, uma outra hipótese diagnóstica ou a necessidade de acessar procedimentos cirúrgicos (cirurgia vascular, ortopédica etc.), vai precisar dessa atenção especializada.

Nós não conseguiremos preencher uma lacuna que existe desde o surgimento do SUS, que é na média complexidade ambulatorial – escrevi um capítulo de livro com o Jorge Solla sobre esse tema, em 2007 – se não organizarmos a atenção básica. É decisivo superar este modelo, que ainda é o modelo do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), baseado no pagamento por procedimento e na valorização do procedimento, do ato profissional, médico ou não, porque na odontologia, na fisioterapia, na fonoaudiologia... reproduz-se a mesma lógica. É uma tendência.

Temos uma atenção ambulatorial totalmente baseada nessa lógica do procedimento. Para mudar esta lógica está em concepção agora o “Mais Especialidades”, uma política de atenção especializada. Para esta política, é decisivo que a gente tenha estruturado uma atenção básica capaz de fazer a regulação do cuidado. Não a regulação do acesso – que significa dar ficha ao cardiologista, ao serviço de tomografia – mas do cuidado.

Se a gente simplesmente fizesse a mudança no modelo de pagamento de acesso de atenção especializada sem estruturação da atenção básica, sem uma forte dimensão de regulação do cuidado – que, claro, não prescinde de centrais de regulação, que possam fazer com que flua esse acesso do paciente na atenção básica para os serviços especializados de média e alta

complexidade – não teria condições de estruturar a proposta do “Mais Especialidades”. Seria um saco sem fundo! Seria, na verdade, até pela formação médica brasileira centrada na formação especializada, transformar novamente este polo no polo atrativo do exercício profissional e do cuidado em saúde, o polo da média complexidade em detrimento do polo da atenção básica.

Eu conversei com a presidenta Dilma quando fizemos a proposta do “Mais Especialidades” – nunca vou esquecer porque foi no dia que o Brasil perdeu de 7x1 da Alemanha!. Passei boa parte do tempo discutindo atenção básica. Não foi o Mais Médicos, foi atenção básica. Até porque o Mais Médicos é uma estratégia de expansão e qualificação da atenção básica. Não substitui a dimensão da atenção básica. Não estamos fazendo um programa de médico de família, mas também não estamos negando a importância do cuidado médico, da participação do médico no cuidado em saúde na atenção básica e nas demais necessidades. Classificamos estas necessidades de ‘média’ e ‘alta complexidade’ por uma lógica do financiamento do nosso sistema de saúde, mas são necessidades das pessoas que não podem se realizar no espaço da atenção básica e que, na maior parte das vezes, vão precisar compartilhar o cuidado em rede.

Nós temos duas dimensões de contatos especializados – grosso modo, existem mais. Uma é a dos cuidados especializados que são resolutivos. Um exemplo concreto: paciente está acompanhado na atenção básica. Teve uma queda e fez uma fratura: ele vai precisar de uma cirurgia de trauma. Precisa passar na consulta com o ortopedista; precisa fazer um exame complementar com a confirmação do diagnóstico; daí, passa por um procedimento cirúrgico; vem o procedimento de reabilitação, a reabilitação física; tem alta, mas continua acompanhando... é resolutivo! O paciente que tem um problema

vascular é a mesma coisa: ele vai lá, resolve o problema e volta. O que tem a catarata...

Mas há um conjunto de outros problemas que não são resolutivos, são os cuidados especializados continuados: arritmia grave, um caso endocrinológico grave, paciente que evoluiu para uma insuficiência renal crônica, câncer... que vai requerer um cuidado em um serviço de alta complexidade. Nestes casos, são serviços continuados. De qualquer maneira, este paciente tem de estar vinculado a um serviço de base territorial que lhe garante parte dos cuidados: a vacinação para gripe, um pequeno procedimento. Ele tem a retaguarda, apesar de continuar na atenção básica, que é responsável pelo gerenciamento do seu cuidado. Porque, se não, a gente vai criar novamente um programa de atenção especializada, como é hoje, no Rio de Janeiro e no resto do Brasil, em que o paciente acessa o serviço especializado – quando consegue acessar – e nunca mais sai, porque ele é uma porta de entrada, mas sem saída, sem retorno para a atenção primária.

E este retorno é possível, particularmente nos casos resolutivos, e em parte das situações de cuidados continuados. Vou dar dois exemplos da oftalmologia. Se tenho um paciente com catarata, ele pode, em duas semanas, resolver o problema. Faz a cirurgia de um olho, volta, faz a do outro olho, e pode continuar com a vida dele, acompanhado pelo médico do Programa Saúde da Família. Se ele tem uma complicação maior, vai ser acompanhado para o resto da vida pelo oftalmologista, mas o oftalmologista não vai tratar da hipertensão, da diabete, dos outros problemas. Este acompanhamento é em rede.

Não dá para pensar o “Mais Especialidades” se não consolidarmos a atenção básica. Por isso é que a presidenta Dilma me autorizou a fazer uma expansão este ano e, provavelmente mais uma no final do ano que vem, para complementar o universo de cuidados em saúde da família. Isto é garantir

praticamente a todos os brasileiros que dependem do SUS, a vinculação e o acesso a uma equipe de saúde da família. Este é o objetivo do Mais Médicos nos próximos quatro anos!

Isso não significa ter 100% de cobertura, porque não há necessidade. Até porque há, na lei dos Mais Médicos, uma decisão que leva à expansão e à universalização da residência médica.

Com isso, vislumbro que, no futuro, parte considerável das vagas que hoje são ocupadas pelo Mais Médicos será ocupada por residentes em medicina geral e saúde da família ou por residentes de outras áreas que terão de cursar um ou dois anos como requisito obrigatório, utilizando-se de uma estrutura muito parecida com a de tutoria e supervisão que nós já instituímos no Mais Médicos.

**Editores:** O “Mais Médicos” é focado nos locais com maiores precariedades. O “Mais Especialidades” conseguirá a adesão dos médicos especialistas aos serviços de saúde destes locais?

**Ministro:** Nossa lógica de formação, desde a década de 1930/1940, é de uma forte formação de especialistas. Nosso problema não é de especialistas.

**Editores:** Mas eles estão nos planos de saúde...

**Ministro:** Não necessariamente... parte deles tem uma capacidade ociosa razoável e nós não pretendemos fazer o Mais Especialidades apenas com oferta pública.

**Editores:** Fica muito difícil planejar sem colocar os recursos do plano de saúde em um sistema geral...

**Ministro:** Sim! Agora, em maio de 2015, vamos começar a instituir o ressarcimento de APACs (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade). Vamos ter Cartão do SUS para todo mundo, inclusive para quem tem plano de saúde. Eu não preciso criar mais duas portas! Eu posso deixar rodar no público ou no privado e depois fazer um encontro.

**Editores:** A próxima fronteira na reforma da saúde seria na integração, no planejamento, do público-privado?

**Ministro:** O médico no Brasil chega para mim e diz: “Eu quero vender serviço para vocês!” Se um médico me dá quatro horas de oftalmologia por semana, outro dá dois dias e assim por diante, preciso montar um serviço de oftalmologia próprio do Estado?

Em alguns lugares, talvez precise, mas em vários lugares eu posso abrir redes, abrir serviços em determinados estados, comprar serviços em outros, compartilhar serviços em outros, gastar menos com investimento e utilizar o conjunto de recursos para garantir oferta, particularmente os serviços resolutivos e etc. Até porque, se você pensar bem, quem executa o Mais Médicos são os municípios e o Mais Especialidades vai ser executado pelos municípios e pelos estados.

**Editores:** Nesta relação entre público-privado, em que medida pode se considerar que o Mais Médicos também foi uma ação de governo para corrigir uma falha de mercado?

**Ministro:** Foi uma clara de decisão de governo, instituída como política de Estado. Tem uma Lei Federal que a regulamenta e é claramente demarcada pelo enfretamento de uma situação que é profundamente agravada pela desigualdade de mercado.

Eu vou dar alguns dados: de 2003 a 2011, de acordo com o CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados), foram criados 146 mil postos de primeiro emprego de trabalho médico – no setor público e no privado – contra 93 mil profissionais formados neste período.

Ou seja: foram criados 53 mil postos de trabalho de primeiro emprego a mais do que o número de médicos formados! Temos, na área da medicina, uma situação de pleno emprego de verdade. Não é o pleno emprego do qual chegamos perto com taxas de 5% de desemprego, situação em que as catego-

rias profissionais já ficam em excelentes condições para negociar. É de pleno emprego de verdade. Temos sobra de vagas!

Isso não é um problema moral. É um problema de assimetria de mercado. O Estado brasileiro não havia percebido o tamanho da encrenca. E precisou estourar nas prefeituras, estourar no setor privado, para que isso se transformasse em um grande problema. Surgiram várias deformações: você não consegue médico para plantão, cada vez mais o custo da contratação fica proibitivo para o setor público e para o privado, a diminuição de cumprimento de carga horária, enfim... surgem as anomalias. Nos meus últimos anos como secretário municipal e presidente do Cosems-SP (Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo), e atuando no Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), a gestão do trabalho médico era uma pauta recorrente nos congressos de medicina!

Foi esta situação do mercado de trabalho médico que fez com que a gente quase deixasse de ter pediatra. Eu sou professor de medicina há 27 anos e os programas de residência em pediatria eram os mais disputados. De 15 anos para cá, isso deixou de acontecer. Foi uma crônica da morte anunciada. Que tem a ver com um mercado pautado pela oferta de empregos na medicina, mas também por uma lógica de procedimento. As especialidades procedimento-centradas seguiram a lógica de pagamento do setor privado. A própria tabela do SUS sempre valorizou isso. As habilidades clínicas, em que o saber médico é decisivo como ferramenta de trabalho do cotidiano – que embute conhecimento, anamnese, capacidade de diagnóstico etc. – foram secundarizadas. A saúde da família, clínica médica, a pediatria, a psiquiatria, só para dar alguns exemplos, foram secundarizadas.

As especialidades clínicas, com seus procedimentos – gastroenterologia, tem endoscopia, colonoscopia; pneumologia,

tem provas de função respiratória; dermatologia derivando para a estética e outros procedimentos – conseguiram agregar valor de uso em cima do procedimento.

Além desta situação desequilibrada do mercado de trabalho médico, a rede pública passa por uma grande expansão de unidades básicas de saúde, de UPAs – são mais de 700 UPAs para colocar em funcionamento –, de CAPs (Centro de Atenção Psicossocial), de hospitais... Assim como o setor privado também está em expansão. Pleno emprego médico e expansão de rede e serviços... a perspectiva para os próximos anos era piorar!

Qual o relato muito comum no Nordeste, mas também no Rio de Janeiro? Um profissional médico que tinha um emprego de saúde da família de 40 horas de uma prefeitura, na qual ele ia na segunda, outra prefeitura na qual ele ia na terça e na quarta... conseguia um rendimento muito, muito expressivo, sem criar vínculo. Os médicos estão trabalhando em um lugar e no dia seguinte já estão em outra prefeitura, sem nem se preocupar em pedir demissão. O médico na minha geração fazia concurso para as melhores prefeituras, sonhava em criar um vínculo.

O Mais Médicos, na medida em que fixou o salário em R\$ 10 mil, tem sido decisivo para criar um fator de regulação salarial. A prefeitura de São Paulo, a maior prefeitura do País, que instituiu uma carreira médica negociada com os sindicatos, montou um plano de carreira para os médicos utilizando o valor pago pelo Mais Médicos como referência. Havia Prefeituras que estavam pagando até R\$ 30, 40, 50 mil para médico! Hoje, o salário do “Mais Médicos” virou um fator de regulação para estas prefeituras.

Nós tínhamos 1,8 médicos/1.000 habitantes. São cerca de 374 mil médicos atuando no Brasil. Para podermos chegar a 2,7 médicos/1.000 habitantes, que é uma referência e é o que

existe hoje no Reino Unido – que sonha chegar a 4,0 médicos/1.000 habitantes –, na Espanha, em Portugal, no Uruguai, a Argentina quase chegando lá... os países que têm sistema universais estão todos acima de 2,7 médicos/1.000 habitantes.

Para conseguirmos fazer isso no Brasil, precisamos formar médicos. Precisamos chegar a 600 mil médicos. Precisamos sair de 384 mil e chegar, em 2026, a 600 mil, criando 11.500 novas vagas de graduação até 2017.

Tudo isso está sendo planejado. Mas eu não podia esperar até 2026 para garantir, a quem mais precisa do SUS, o acesso a uma equipe completa de saúde da família. Isto foi uma decisão tomada pela presidenta Dilma – decisão de governo, ousada, corajosa, comprando todas as brigas – de garantir o direito ao acesso à saúde na atenção básica. E para isto você precisa enfrentar as falhas de mercado.

Vou dar o exemplo da Residência: não adianta reclamar que falta Residência!

É papel do Estado, no Brasil e em outros países, assumir a responsabilidade pela regulação e planejar, a médio e longo prazo, aquilo de que o país precisa. Hoje, estamos fazendo isso: Estabelecemos o número de especialidades, onde elas estão, expandindo, mas com critério, rigor...

Um exemplo que dou sempre para meus alunos: em uma turma de terceiro ano, perguntei: “o que vocês querem fazer?” Um aluno, em uma turma de 80, disse saúde da família; 14 de 80 disseram, dermatologia. Para tratar hanseníase? Não! Estética.

O Estado brasileiro não deve financiar essa lógica. Deve utilizar os recursos públicos, a rede do SUS, os serviços universitários públicos, a rede privada, as escolas privadas – que são concessões do Estado brasileiro – para poder garantir atendimento das necessidades do país. E isso, sem cavalo de pau, ouvindo o MEC (Ministério da Educação), o Conasems, o

Conass, as entidades médicas... ouvindo todo mundo! Mas não deve delegar ao próprio mercado a definição de suas necessidades!

**Editores:** As escolas de medicina tradicionais atuam nessa lógica de formar para o mercado. Como mudar esta lógica?

**Ministro:** Primeiro: temos novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina aprovadas, no ano passado, pelo Conselho de Medicina e pelo ministério da Educação, que vão dar forte ênfase no SUS e na atenção básica. Nestas diretrizes, 30% do internato têm de ser praticados na atenção básica. Esta é uma primeira mudança substantiva.

Estamos estabelecendo com as novas escolas e a utilização da rede do SUS.... Essa ideia de centro de saúde-escola ou hospital-escola é ultrapassada. Claro que o hospital universitário é importante na formação, mas a rede do SUS tem de ser tomada como uma rede de formação, na qual há o espaço da atenção domiciliar, do CAPS, da UPA, da Central de Regulação do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), do SAMU, da UBS (Unidade Básica de Saúde), da policlínica, do hospital secundário e do hospital terciário. Isto é ter a formação mais genérica possível.

Esta mudança será decisiva para o processo de formação na Residência. E acho que o investimento de garantir que as Residências tenham um ou dois anos de formação em saúde da família como pré-requisito para atender à especialidade, vai mudar o perfil dos médicos. Até porque uma parte deles vai se realizar fazendo atenção básica e nem vai para a especialidade. Isso acontece não só no Brasil, mas no mundo inteiro.

O outro fator é uma mudança na lógica: amanhã vamos soltar mais um edital de criação de escolas de medicina para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Como era a lógica de criação de universidades privadas? O dono da faculdade fazia

seu lobby, ia no MEC, batalhava no Conselho Nacional de Educação, no Conselho Nacional de Saúde... havia toda essa restrição a abertura de novas escolas que nós, da esquerda, do movimento sanitário, durante muito tempo, bancamos. Mas quem abria a escola era a instituição privada. Quem decidia onde abrir era ela, a partir de seu modelo de negócios.

Agora, não! Nós do MS, com o MEC, identificamos aonde precisa expandir, onde não tem oferta, abrimos um edital, exigimos uma série de critérios de qualidade – projeto político-pedagógico etc. – e, a partir daí, selecionamos em que cidades serão abertos os novos cursos. Fazemos um edital para que as escolas privadas – as universidades públicas têm autonomia – concorram e o melhor projeto político-pedagógico, mais articulado com as novas diretrizes curriculares, vençam. Criamos o Coap (Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde), por meio do qual vamos colocar os atores – municípios, estado, MEC, Ministério da Saúde, instituições privadas – para acompanharem o processo. Um mecanismo de expansão de oferta de cobertura de qualidade.

Esta conversa delicada, restritiva, daqueles que não têm compromisso com a população brasileira, condicionando a abertura de novas escolas de medicina, é muito crítica e problemática. No edital que fizemos para cidades com mais de 30 mil habitantes, que não têm faculdade de medicina e que não são capitais, 256 municípios manifestaram interesse. Destes, 153 apresentaram propostas e só 39 foram aprovadas pelo MEC e pelo MS. Um funil! E nós acreditamos que cidades que têm um sistema de saúde como São Bernardo do Campo, Guarulhos – mais de um milhão de habitantes –, não têm faculdade de medicina, quando cidades com 200 mil habitantes tem duas, três faculdades!

Agora vejam uma questão muito interessante: minha equipe pegou os critérios exigidos para a abertura das escolas

de medicina nessas 39 cidades – número de leitos, vagas de graduação, população, rede, serviço, uma série de pré-requisitos – e aplicou nas faculdades públicas de qualidade existentes. O resultado é que mais de 60% não cumpriram o exigido para as novas.

Ou seja: as faculdades que estão abrindo agora, pelo menos no que diz respeito aos critérios estabelecidos no edital, estão com um nível de exigência maior do que as que já estão funcionando! É preciso entender o seguinte: o Mais Médicos é uma política de Estado. Não é só trazer médico cubano. Ela tem uma dimensão de infraestrutura: 26 mil unidades estão sendo reformadas. Este ano, vamos montar um edital de mais 4 mil. E vamos fazer mais 8 ou 9 mil até o final do governo da presidenta Dilma.

Hoje, temos 40.500 unidades. Nós vamos chegar a cerca de 40.000 unidades reformadas, construídas e ampliadas. Conectividade, banda larga para poder rodar sistemas etc.

Só que tem um terceiro eixo – que acho o mais estruturante e para qual acho que vão migrar todas as disputas –, que é o da formação e especialização. Nele, haverá a grande disputa.

**Editores:** Vai haver a indução do Estado, que todos os países fizeram?

**Ministro:** Todos continuam fazendo! Estados Unidos, Canadá! Todos fazem!

**Editores:** Aqui, há um *laissez-faire*?

**Ministro:** Sim! Não há indução do Estado. Inclusive junto às universidades públicas, que têm o direito de continuar pedindo dinheiro público, ter uma ótima estrutura e oferecer 30 vagas.

**Editores:** De um lado, a expansão do mercado de trabalho vai abrir canais de empregos para os médicos no setor privado. De outro, o crescimento da oferta pública e a indução

do Estado. Vai haver uma disputa entre os dois campos. Esse profissional vai ser disputado a peso de ouro?

**Ministro:** Um estudo que saiu na Folha de S. Paulo há um ano mostrou que não há categoria mais bem remunerada no país do que a dos médicos.

Quando eu era secretário do município de São Bernardo do Campo (SP), a gente pagava para o menino da atenção básica, quando saí de lá, em 2013, R\$ 14.800,00. Hoje, deve estar na faixa de R\$ 16.000,00. Mais do que o salário do secretário.

Se ele desse um plantão em uma terça-feira à noite, de 12 horas numa UPA, e mais um plantão de 24 horas no final de semana, em um domingo, que é uma coisa que qualquer recém-formado faz, ele fazia um salário de R\$ 27 mil, R\$ 28 mil por mês!

**Editores:** A pergunta sobre o Mais Médicos intervir sobre uma falha de mercado converge para esta discussão?

**Ministro:** Eu não estava no ministério, mas também não é possível deixar de destacar, que o Mais Médicos é uma tentativa de dar uma resposta às manifestações de 2013. Era muito forte esta questão de que não estávamos garantindo atenção básica. É uma resposta. Eu diria que o principal compromisso do Mais Médicos é a garantia do direito ao acesso. Mas não tenho dúvidas que a dimensão do mercado de trabalho, desse déficit de profissionais, resultou numa situação que precisava ser enfrentada e é por isso que houve aquela reação tão grande. É natural que uma profissão que rode anos a fio nessas características se elitize. É uma tendência natural, seja pelo salário de entrada, pelo nível de formação ou pelo conjunto de habilidades que estes profissionais têm.

É comum você ouvir relatos de gestores, não estou generalizando, que dizem que têm um médico ruim, sem postura, sem compromisso, mas se mandar embora... “Ruim com

ele, pior sem ele! Eu não ponho ninguém no lugar e vou ficar sem plantão!”.

Na verdade, essa situação favorece o mau profissional, consolida uma prática profissional distorcida, inadequada e pouco valoriza os bons profissionais que criam vínculos, ficam na instituição.

A boa medicina, os médicos comprometidos e qualificados, vão se beneficiar muito desta situação mais equilibrada. Um colega que assume a direção clínica de um hospital, que assume uma responsabilidade técnica, vive hoje um sofrimento. Os meninos chegam para começar o exercício profissional já com uma série de práticas muito inadequadas.

**Editores:** O PSDB e o DEM estão entrando na justiça contra o Mais Médicos. Além disso, desde o início do Programa há outros questionamentos feitos pelas entidades de classe. Como garantir a sustentabilidade do Mais Médicos?

**Ministro:** Tem duas dimensões: uma, vou chamar de política e outra, de econômico-financeira.

Eu não vejo nenhuma dificuldade, sinceramente, do ponto de vista legal. Toda disputa que se fez no Judiciário, no Ministério Público do Trabalho (MPT), no TCU (Tribunal de Contas da União), órgãos de controle, STF (Supremo Tribunal Federal), todas foram objetivamente demandas políticas e não jurídicas!

A consistência com a qual o programa foi formulado – e falo muito tranquilamente porque não participei da formulação, cheguei com ele já lançado – torna-o muito sólido.

Não perdemos nenhuma ação até hoje. A justiça do trabalho julgou inadequada a propositura do MPT. Tem uma lei federal que sustenta o programa. É claro que a imprensa não traz essa dimensão.

Portanto, os ataques ao Mais Médicos foram de ordem política. Não acho que isso seja ilegítimo. Em uma sociedade

democrática, faz parte. Mas tem uma dimensão rançosa, ultrapassada, que mistura aversão a Cuba... e agora o Barack Obama, com a aproximação com Cuba, torna esta postura ainda mais anacrônica.

Por incrível que pareça, a legitimidade política obtida pelo Programa junto aos prefeitos, aos partidos políticos, aos parlamentares, aos conselheiros de saúde, aos movimentos sociais... são a maior garantia de que o Mais Médicos não sofrerá retrocesso no campo da política. Ainda que tenha de enfrentar problemas, como este projeto de decreto legislativo, que está sendo devidamente enfrentado. Eu imediatamente fui ao presidente do Senado, tivemos várias sinalizações e manifestações de senadores se dispondo a defender o Mais Médicos. Já há reações nos estados da Paraíba e de São Paulo contra os autores da proposição, que são destes estados.

Do ponto de vista econômico, não creio que seja um grande problema. O custo do Mais Médicos, hoje, é da ordem de R\$ 1,4 bi, R\$ 1,6 bi. Deve aumentar um pouco a partir do ano que vem, algum reajuste, ampliação... vamos supor que chegue a R\$ 2 bi, o custo/ano, que inclui o pagamento das bolsas, tutores... eu repasso para custeio dos hospitais do Rio de Janeiro, por ano, R\$ 1,5 bi para a rede própria do Ministério da Saúde.

O gasto federal com atenção básica, em 2014, ultrapassou R\$ 20 bilhões. Então, o Mais Médicos representa cerca de 10% do gasto com atenção básica no país.

O Mais Médicos é, como tudo na atenção básica, muito mais uma decisão de prioridade – clara definição de prioridade – do que uma ameaça do ponto de vista de custos. Claro que se nós tivéssemos tido uma interrupção na condução do programa do ponto de vista de alinhamento político... sendo muito explícito: se Aécio Neves, candidato do PSDB, tivesse ganho a eleição, não sei se teríamos a continuidade do “Mais

Médicos”. Teria sido um outro contorno, uma outra característica, ainda que ele tivesse de enfrentar, no Congresso Nacional, a mudança da lei.

Mas o programa legitimou-se, também, do ponto de vista político. Ele também é uma prioridade orçamentária. Eu não acredito que mesmo em ano de bastante dificuldade fiscal nós tenhamos qualquer ameaça ao programa Mais Médicos. Eu digo a vocês objetivamente: não haverá. É uma prioridade do ministro e da presidenta Dilma.

**Editores:** Ministro, para finalizar, há algo mais a acrescentar?

**Ministro:** A profunda preocupação em atuar de maneira equilibrada nas três grandes frentes do Programa: provimento, infraestrutura e formação.

Quanto à dimensão de provimento, que consideramos emergencial, o Mais Médicos vai acabar se alinhando como uma estratégia de garantia de lotação de médicos em atenção básica em um país que tem grande diversidade regional. Isto até que faculdades de medicina descentralizadas, com programas de Residência Médica descentralizados, favoreçam a fixação de profissionais nas diferentes regiões.

Mas, ainda assim, as populações ribeirinhas, quilombolas, vão precisar de um programa de provimento emergencial. Exemplo: estive em maio, em Genebra, na Conferência Mundial de Saúde e conversava com a ministra da Saúde da França. Em 2003, estive lá e havia alguns médicos cubanos que trabalhavam na zona rural. Eu perguntei à ministra: “Como está a questão dos médicos cubanos? Vocês conseguiram dar um jeito de colocar médicos franceses na zona rural?”. A resposta foi: “Não! Agora a gente traz os médicos romenos! A adaptação é mais fácil!”.

Cada país tem o seu sistema de provimento emergencial. Canadá, Inglaterra, Estados Unidos... Todos têm sua

estratégia de provimentos. Nós temos de ter a nossa. E o Mais Médicos deixará, daqui a uns dez anos, de ter essa superdimensão que tem hoje e vai ganhar a dimensão de provimento emergencial. E aí vai ser como médico sem fronteiras: do mesmo jeito que o brasileiro vai para a África, para o Afeganistão, vai ter um brasileiro, português, cubano....

Segunda dimensão: infraestrutura! Não dá para dizer que temos atenção básica com qualidade e que garante acesso se não conseguirmos expandir e qualificar essa rede para ter unidades de saúde que permitam o exercício profissional qualificado, para atender com humanização, com as melhores condições.

Eu venho de cinco anos na secretaria de saúde de um município que tem uma rede na qual quem entra diz: “Isso aqui é melhor do que serviço privado! Eu sou atendido num lugar digno, que tem condições de trabalho!” E o profissional que vai trabalhar diz: “Eu trabalho em um lugar onde tenho todas as condições de praticar atenção básica qualificada e resolutive. Com conectividade, infra de informática, equipamentos... condições estruturais”.

Terceira dimensão: ensino, formação! Precisamos executar, até 2017-2018, a ampliação das novas vagas de medicina de forma descentralizada, equilibrando a formação. A nossa grande vantagem é que o Mais Médicos e o Protab dão várias pistas: processo descentralizado de tutoria e supervisão, como usar o Telessaúde na formação, como usar a Unasus como ferramenta de formação...

O desafio é conseguir trabalhar nessas três dimensões e conseguir concretizá-las. Para que, em 2026, a gente diga: “O patamar agora é outro! Os desafios são outros!”.

## Capítulo 2

### Entrevista com Ricardo Vieiralves de Castro e Paulo Roberto Volpato Dias, respectivamente Reitor e Vice-reitor da UERJ

**Editores:** A UERJ foi a primeira instituição de Ensino Superior a incorporar a proposta do Programa Mais Médicos. Certamente, esta tomada de posição foi marcada por impasses e negociações. Como se desenrolou este debate institucional?

**Reitor:** A UERJ é uma universidade amiga do SUS! Ela abraçou todas as vertentes educacionais propostas pelo MS – Telessaúde, Unasus, Prosaúde e Provab – e não poderia ser diferente com o Mais Médicos.

Isto não significa que não haja divergências nem debates internos sobre esta posição. Houve uma reação da corporação médica no Brasil todo e na UERJ não foi diferente. A faculdade de Ciências Médicas, via conselho departamental, tomou uma posição contrária ao Mais Médicos e fez uma nota pública criticando o Programa, como aconteceu em outras universidades do país.

No entanto, essa não foi uma posição unânime na faculdade de Ciências Médicas. Há, por parte da faculdade, uma sensibilidade social e da importância de se levar à população, principalmente à mais pobre, acessibilidade aos serviços médicos. Tanto que, na UERJ, o Programa é dirigido pelo vice-reitor, que é médico e membro da faculdade de Ciências Médicas. As

resistências são oriundas de um posicionamento mais classista. Não foi um posicionamento veemente da faculdade de Ciências Médicas e ninguém fez nenhum movimento de derrubar a entrada da universidade no Programa.

Por sua vez, as outras áreas de saúde – a enfermagem, a nutrição... – apoiaram imediatamente o Programa. Ou seja: outras profissões da área da saúde apoiaram o Programa e conseguimos construir um acordo interno.

**Vice-Reitor:** No início, a faculdade de Medicina, como o reitor comentou, fez muitas críticas ao Programa Mais Médicos, seguindo uma posição nacional que os médicos tomaram, pautada pela crítica à vinda de estrangeiros, mormente os colegas cubanos.

Foi uma reação esperada, pois a faculdade de Medicina da UERJ é uma faculdade urbana, que tem cerca de 60 anos e que, ao longo de sua história, sempre teve ênfase na especialização. Não havia, na faculdade, o debate sobre a atenção primária, a atenção básica, que é o foco do Programa Mais Médicos.

Outra crítica veemente envolvia os aspectos trabalhistas do Programa. A faculdade de Medicina tomou para si uma defesa do mercado do médico, dos formados pela própria faculdade e pelas demais faculdades do estado. Era uma visão de que o Programa poderia tirar o mercado dos médicos recém-formados. Logo ficou claro que não era o caso, porque a ênfase do Programa é na atenção básica.

Por sua vez, o departamento de Saúde da Família da faculdade de Ciências Médicas que, em um primeiro momento, observou a tendência do debate, em seguida aderiu ao Programa Mais Médicos, inclusive participando do curso de especialização em saúde da família, que é ofertado aos colegas que aderiram ao Mais Médicos, tanto cubanos como depois brasileiros.

Foi um debate difícil, mas feito a partir do interesse da sociedade, o que nos permite afirmar: na chamada do mais médicos, a UERJ disse ‘presente’ desde a primeira hora!

**Editores:** Esse debate ainda persiste?

**Reitor:** Persiste uma discussão, que acho positiva, de como criar uma ação permanente nas periferias e nos setores sociais desprivilegiados no país. É preciso desenvolver uma série de estratégias nacionais permanentes que possibilitem o acesso da população aos serviços médicos.

Não será um programa de 3 ou 6 anos que vai resolver o problema da saúde, da interiorização do médico, do acesso da população aos médicos. A descontinuidade do Programa poderia causar um problema pior, pois as pessoas teriam acesso a médicos durante um período e depois perderiam este acesso. Haveria um ‘rebote’ que seria muito pior, gerando uma grande insatisfação popular. Por isto, a sustentabilidade e a permanência dessa política são um debate que temos de fazer.

**Vice-Reitor:** O debate ainda persiste dentro das sociedades médicas, agora não mais com a ênfase na questão de como normatizar a presença de um médico estrangeiro exercendo a profissão médica no Brasil, coisa que, antes, era possível só através do Revalida, a revalidação do diploma, isso é um ponto tocado... A faculdade de Ciências Médicas tinha um volume considerável de médicos estrangeiros solicitando a revalidação de seus diplomas e isso se deu em proporções catastróficas: em torno de 200 candidatos, só 2 aprovados.

Isto talvez tenha sido uma questão de fundo na observação de que médico estrangeiro exerceria medicina no Brasil sem passar pelo exame de revalidação. Esse foi um ponto sensível da faculdade de Ciências Médicas, inclusive pelo passado recente dessa revalidação dentro da faculdade de ciências médicas, nessa proporção de 200 candidatos para 2 aprovados. Como esses médicos viriam e seriam absorvidos pelo MS sem

nenhum tipo de exame prévio, isso causou um grande grau de resistência dentro do Conselho da faculdade de medicina.

O que se colocou logo a seguir é que já que o MS estaria bancando a presença dos médicos em locais com déficit destes profissionais, seria importante que todos esses que viessem fizessem um curso e isto foi mais bem absorvido. E aí, faço um contraponto que muitos dos colegas que vieram de Cuba tinham uma experiência grande em saúde da família, inclusive com doutorado e experiência em outros países.

Além disso, o debate mudou, sobretudo por conta do último edital do Programa Mais Médicos, que teve uma adesão maciça de médicos brasileiros. Isto esvaziou a crítica à vinda de médicos cubanos. A questão que acho que se coloca maior no meio acadêmico é a de que, só muito recentemente, as faculdades começaram a inserir na grade curricular a proposta da atenção básica.

Na Faculdade de Medicina da UERJ isto ocorreu na criação do departamento de Saúde da Família, que tem cerca de 10 anos. O crescimento deste departamento, ocupando, inclusive, a preceptorial da residência em saúde da família, não só na Faculdade de Medicina, mas no Hospital Pedro Ernesto e nas unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro, tem impulsionado o debate.

Contudo, na faculdade de Medicina, ainda não se discute o papel da atenção básica na formação do aluno. Nossa faculdade, assim como outras, tem 5 departamentos: clínica médica, cirurgia geral, gineco-obstétrica, pediatria e, agora, saúde da família. Mas esta última área de conhecimento não se adensa (a não ser na pediatria, por conta da tradição da puericultura), ainda não tem força na cultura médica para que se tenha um debate maior dentro da faculdade de medicina. Esse é um grande debate que envolve uma disputa de mercado,

entre a especialização e a atenção básica, que precisamos travar e superar.

**Editores:** O mais recente edital do Programa Mais Médicos teve uma elevada e até mesmo inesperada adesão de médicos brasileiros. A que fatores atribuem esta mudança?

**Reitor:** Eu acho que o programa está consolidado. Ele é atrativo e, ao mesmo tempo, está ofertando a possibilidade de formação associada à intervenção profissional. Acho que isso foi um atrativo fortíssimo para a participação. Creio que o debate na sociedade começou marcado por manifestações corporativas, mas as pessoas perceberam isto. Os médicos também estão percebendo que a função social que desempenharão neste Programa é fundamental para o país.

**Editores:** Como a UERJ avalia a atuação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos?

**Reitor:** A UERJ é uma das primeiras universidades a estabelecer, ainda no fim da ditadura militar, ligações diretas com Cuba. Trabalhamos e conhecemos as universidades de ciências médicas de Havana e outras universidades cubanas. Desenvolvemos projetos de investigação acadêmica, a maior parte relacionada a atividades das ciências básicas na área de saúde e na área do ensino. Não havíamos tido ainda parceria na prática médica, mas há um consenso na UERJ de que Cuba forma bem, digna e corretamente seus médicos.

Um levantamento feito pelo Ministério da Saúde mostrou que a aceitação da população aos médicos cubanos é muito boa. Em termos gerais, considero que isto se reproduz no âmbito dos médicos cubanos que estão fazendo o curso da UERJ. Esta aceitação elevada é até previsível, pois muitos atuam em lugares onde nunca se viu um médico! Nesses lugares, ter alguém com conhecimento médico que te ouça, que lide com as questões de atenção básica e que te encaminhe, em caso de necessidade, para especialistas, já é um avanço imenso

que muito contribui para que a aceitação dos médicos cubanos seja tão elevada. A faculdade de Medicina, em suas críticas, não se debruçou sobre isto.

**Vice-Reitor:** A relação da UERJ com os médicos cubanos inicia-se no momento em que eles matriculam-se no nosso curso de especialização em saúde da família, que é uma exigência para que eles possam atuar no Programa Mais Médicos.

Este é um curso a distância, em português, no qual, além de obter nota para aprovação, eles precisam acessar, na frequência necessária, o site do programa. Para aprová-los, temos de avaliar a adaptação deles à língua portuguesa. Há, também, diferenças na prática da medicina no Brasil e em Cuba que precisam ser levadas em conta na avaliação. Portanto, já aí há uma forte avaliação pedagógica que se vincula à própria permanência do médico no Programa, pois a reprovação no curso leva ao cancelamento de sua bolsa.

Além disso, eles são avaliados pelos preceptores locais. Esta avaliação é atribuição da UFRJ, por meio de seu departamento de Saúde da Família, que é a Instituição de Ensino Superior responsável pelo apoio local do Programa Mais Médicos. Estes preceptores são os ‘olhos locais’ do nosso curso teórico. Dentre outros elementos, avaliam não apenas o médico, mas como os municípios recebem estes médicos, visto que têm a obrigação de acolhê-los na atenção básica e não colocá-los em atendimento especializado, apesar da carência de algumas prefeituras em várias áreas. Isso é fiscalizado e avaliado pelos preceptores locais.

As avaliações referentes à primeira turma do Curso estão em andamento e, brevemente, divulgaremos os resultados.

Contudo, consideramos que a grande avaliação é a da qualidade! Não apenas uma avaliação teórica, com perguntas teóricas! A grande avaliação que deve ser feita é uma avaliação da aceitação e da qualidade dos serviços dos médicos cubanos

e, agora, dos brasileiros. Essa avaliação vai para além da questão do conhecimento e aborda como esse profissional é aceito.

O debate maior é o da qualidade, dos resultados, dos impactos e da aceitação dos médicos! Isto seria, inclusive, uma prova de fogo para a medicina brasileira! Um médico cubano, não falando nossa língua, é melhor aceito pela do que o médico brasileiro?

É por conta disto que UERJ e Escola Nacional de Saúde Pública estão elaborando um projeto de pesquisa que visa a avaliar qualidade, resultados, impactos e aceitação do Programa Mais Médicos no Rio de Janeiro e no Espírito Santo.

**Editores:** Uma das bases do Programa Mais Médicos é a adequação das escolas de Medicina às necessidades de Atenção Básica e ao SUS. Como tem sido esse processo na UERJ?

**Reitor:** O Ministério da Saúde vem, desde a gestão do ministro Alexandre Padilha, tendo um olhar especial para o ensino médico! E, dentro do ensino médico, o foco tem sido a atenção básica formando para o SUS. Isto ainda é incipiente no currículo das Faculdades de Medicina, ainda mais para as faculdades urbanas.

Na UERJ, temos uma história de avanços neste sentido. Nosso atual Vice-reitor foi diretor da faculdade de Medicina e da faculdade de Ciências Médicas. Neste período, ele foi um dos responsáveis pela criação do Departamento de Saúde da Família e de Atenção Primária.

Desde então, avançamos, com dificuldades, mas avançamos. Temos hoje a Residência em medicina de família, em atenção básica. Nossa policlínica forma para a atenção básica. Estamos fazendo as adequações necessárias, criando condições para a prática médica na atenção básica. Percebemos que era muito mais importante fortalecer isso do que ficar fazendo mudanças curriculares muito substantivas que acabavam não produzindo os resultados necessários.

Este ainda é um debate que temos de travar no ensino médico: qual o tamanho da atenção básica na formação médica?

Mas há outro debate muito importante que se coloca agora e que eu vejo que a Faculdade teria que se debruçar: a qualidade do formando!

**Vice-Reitor:** Este debate sobre a qualidade do formando está ficando mais flagrante em São Paulo, de onde vem a proposta de se criar um ‘exame de ordem’ cuja ideia é analisar a qualidade do recém-formado. Um exame de ordem traz questões complexas. Não sei, por exemplo, como seria isso na questão trabalhista, mas fazer um curso longo, de 6 anos, e não ser aprovado no exame da Ordem dos Advogados do Brasil, tornaria este aluno que tipo de profissional? No Direito, ele é absorvido no mercado. O médico, sem ter o diploma, em que nicho de mercado ele se colocaria?

Hoje, temos um exame, a prova de residência, que é um exame de produto. O percentual de aprovados nas residências oferecidas pelos hospitais tem de ser observado e analisado! É uma questão sensível – não tenho esses números –, mas essa é a preocupação! A prova de final de curso, de residência, e o desempenho do aluno nela, percentualmente, nos hospitais de ensino, é razoável ou não?

O SUS com essas medidas que o ministério da Saúde toma, na fala do ministro, pela primeira vez o ministério da Saúde tem um olhar para o ensino médico! E, dentro do ensino médico, a atenção básica formando para o SUS. Isto não se dava e ainda está incipiente no currículo das faculdades de medicina, a formação para o SUS, ainda mais para as faculdades urbanas.

**Editores:** Uma mudança no Programa Mais Médicos foi a incorporação do Programa Provac, em especial isso se

refere aos 10% de bonificação nos concursos de Residência médica. Qual a importância dessa medida?

**Reitor:** O Provab, no início, também teve grande resistência das faculdades de Medicina, porque incorporava um elemento novo, que é o bônus de 10% na nota das residências. A dificuldade de aceitação ocorre justamente por conta da alta competitividade que temos nas residências! A residência da Faculdade de Medicina da UERJ teve 4 mil inscritos para 200 vagas! O percentual de diferença entre uma nota e outra é muito pequeno, de décimos! Neste cenário, 10% em cima da nota é um diferencial muito grande! Mas eu considero que é uma bonificação justa.

Nós já tínhamos tido experiências semelhantes na UERJ quando criamos o 'Internato Rural', que foi montado pelo João Regazi Guerc, junto com a UFMG. Só duas instituições! Isto foi feito no final dos anos 1980 e levou uma série de médicos e estudantes de medicina para o interior do Estado para atender ao aumento da população. Isto teve consequências imensas na formação dos profissionais da universidade na relação com a população e com assistência básica.

**Vice-Reitor:** O Provab é diferente do curso de saúde da família, que é multidisciplinar. Os médicos começaram a mostrar interesse em questões específicas: "quero saber mais de diabetes! De hipertensão!" Então, havia uma demanda específica do médico para reforço ou para dificuldades que teve em sua formação. A UERJ e outras Instituições de Ensino Superior começaram a preparar cursos EAD em áreas de conhecimento específicas. O médico podia fazer o curso de saúde da família, mas também acessar curso de diabetes, hipertensão e diferentes áreas. Os famosos 10% só são atribuídos ao aluno que cumpre a totalidade do curso, com eficiência. Então estes 10% não são gratuitos! Tem de passar na prova para fazê-lo valer!

Hoje, há uma competição acirrada pela residência médica. Houve uma proliferação de cursinhos para a residência! Um mercado que cresceu exponencialmente! Com professores das faculdades! O profissional que está no interior, muito dificilmente tem acesso a este cursinho! Então, ele até compete com o dos grandes centros, mas em situação bastante adversa!

Diga-se de passagem: estes cursinhos começaram a colocar, também, curso a distância! Uma coisa puxa a outra! Há colegas que têm franchising no país todo! É mercado. Mesmo assim, o profissional que está na ponta, com a ocupação que tem de seu tempo de trabalho, tem mais dificuldade de fazer um cursinho desse!

Então, o Provab se coloca como uma bonificação necessária pela dificuldade que o médico que está no interior tem de competir com o médico que está aqui na cidade grande, no hospital geral, com acesso, ao longo do ano anterior ao da prova, ao cursinho preparatório. Então, vejo isto como uma compensação, o que não foi visto pela maioria dos colegas.

**Editores:** Como garantir que as escolas de medicina que estão sendo criadas, tenham qualidade de ensino e formem para o SUS?

**Reitor:** O controle de qualidade do sistema de universitário brasileiro precisa ser aprimorado e efetivado. Em quase todos os países do mundo, principalmente nos mais desenvolvidos, três profissões são cuidadas com muito vigor: engenheiros, advogados e profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros. É assim na Itália, nos Estados Unidos, na França, na Inglaterra etc. É preciso controlar a formação e é preciso controlar com muito vigor essas profissões, porque, se mal formados, seus profissionais significam imediato risco para o país, para a vida das pessoas e para a produção de soluções para a vidas das pessoas.

As faculdades novas têm que ser avaliadas com uma preocupação na questão da avaliação de qualidade e também na questão da prática.

**Vice-Reitor:** Isso! As escolas que se interiorizam têm laboratórios de treinamento? Laboratórios de treinamento são as unidades hospitalares, ambulatorios. Há parque de treinamento desse aluno de uma escola interiorizada? Essa é uma preocupação! Ou a gente vai apenas reforçar a rede hoteleira dessa cidade? Alguns estudos mostram que há faculdades interiorizadas onde não havia leitos nem ambulatorios suficientes num entorno de 400km para atender o indicador de 5 leitos para um aluno. Muitas faculdades não atenderão a este percentual! Essa é uma questão na preocupação da qualidade.

Com o pagamento de uma residência, acho que o sus começa a se tornar um mercado interessante, principalmente para o médico recém-formado. O que teríamos de ter é um diagnóstico da qualidade da formação, já que esse médico que se forma no interior e vai diretamente para um posto de atendimento no SUS, não terá a prova de proficiência que é a residência dos grandes hospitais. O Ministério da Saúde debruçou-se sobre isto e fez um programa de mais residência, que implica em mais unidades hospitalares e o custo que isso impõe. Além das unidades de saúde da família, que devem ser em número suficiente para abrigar, receber, esses formandos.

**Editores:** Voltando ao Programa Mais Médicos, no seu entendimento, quais os principais resultados e impacto desse Programa?

**Reitor:** Os resultados estão sendo medidos, mas é obvio que alterou a qualidade de vida dessa população que não tinha acesso a médico! Uma população para qual o serviço médico era um serviço inacessível, considerado de luxo, quando deve ser considerado de bem-estar social e de construção de Estado de bem-estar social. E, ao mesmo tempo, tem um impacto na

formação desses médicos. É preciso que médicos brasileiros tenham cuidados e que saibam cuidar de Brasileiros! No Brasil há enfermidades como câncer e outras doenças cardiovasculares que são as maiores causas de mortes no primeiro mundo, mas tem também parasitose, tem infecções, tem processo infeccioso, tem dengue, ou seja, é preciso entender o processo saúde-doença do brasileiro e formar o médico.

Há uma avaliação feita pela UFMG em um número considerável de municípios. E a avaliação é muito boa! Eu entendo isso perfeitamente porque muitos desses locais não havia conhecido médicos antes! Então, para além do atendimento básico, a questão do contato, da relação que a população estabelece com médico acessível, é fundamental! Antes, essas pessoas tinham que viajar horas para uma fila de atendimento do SUS!

A gente sabe o quanto a relação médico-paciente é importante para a cura, para além da questão da medicação, pois, em muitos desses lugares, a medicação é oferecida. Este é um aspecto importante que impacta favoravelmente ao programa: a presença de alguém que acolhe para além da distribuição do remédio.

**Vice-Reitor:** Na medida em que aumento a área atendida pela atenção básica, tenho um aumento da demanda por atenção especializada. Isso é óbvio! Na medida em que mais pessoas são atendidas, elas, num percentual em torno de 20%, vão demandar do serviço de especialização. Temos esse serviço?

O ministério responde com o Programa Mais Especialidades. Teremos de ter uma percepção do real tamanho desta demanda para que os serviços de especialização mais próximos das cidades grandes, já assoberbados pela demanda natural de uma população mais esclarecida, que vai direto ao especialista e não na atenção básica. Serviços que já têm essa demanda

grande, com a demanda acrescida da população atendida pelo Mais Médicos, serão capazes de dar vazão à demanda?

Temos de começar a entender o tamanho dessa demanda, o impacto do aumento do acesso à atenção básica na média e alta complexidade para que possamos avançar igualmente em todos os níveis de atenção à saúde.

**Editores:** Quais são os principais obstáculos ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos?

**Reitor:** É preciso ser institucionalizado de maneira definitiva, porque é um Programa e Programa tem tempo de duração. Então é preciso que o Brasil, que os brasileiros convençam-se de que o acesso ao sistema de saúde é fundamental. Porque dimensiona um custo digno e justo, porque a rede hospitalar não tem mais condições de suportar a falta de uma atenção básica resolutiva. Um Programa como esse tem que ser estruturado de forma permanente para que não seja suscetível a mudanças governamentais.

**Vice-Reitor:** Como manter esse médico? O médico vai se contentar com essa faixa salarial em uma cidade que não terá outras demandas que ele e a família necessitarão para se fixar? Acho que essa avaliação não foi feita!

Qual a satisfação do médico que abraça o Mais Médicos? Ele se propõe a viver naquele local pelo resto da sua vida ou vai ficar só para conseguir os 10 pontos do Provas ou fazer o dinheiro para voltar para a capital e termos, então, um rodízio? Não sei se seria interessante ter um médico novo a cada 2, 3 anos... essa é uma questão que o MS vai ter de responder.

Como fixo o médico lá, sabendo que uma grande parte de sua decisão é por conta da infraestrutura de saúde que ele pode ter? Ele terá? O sucesso do Mais Médicos está apoiado em coisas de alto custo, uma infraestrutura em torno do médico; uma acessibilidade à especialização, pois ele não vai conseguir resolver sozinho algo em torno de 20% dos casos; e

uma coisa imponderável que é uma questão de qualidade de vida: como mensurar a qualidade de vida que quero para mim na medida em que vou para o interior?

O médico estrangeiro vem para cá com uma missão, com um tempo determinado, então ele abraça a causa! Qual a causa do médico brasileiro em abraçar o Mais Médicos? É para ele fazer pontos para a residência? É para ele fazer um pé de meia? É para ele se interiorizar?

E a gente sabe, por avaliações anteriores, que a fixação do médico no interior tem custos maiores! A resolução desta questão está junto com o sucesso – ou não – do Programa.

**Editores:** Há outros aspectos do Programa Mais Médicos que o senhor gostaria de ressaltar?

**Reitor:** Eu gosto do Programa, eu acho corajoso e eficiente. O que quero ressaltar é que, nos últimos anos, houve no Brasil uma redução substantiva de desigualdades sociais e da diferença de renda. Isto tem de vir acompanhado de uma série de mudanças de serviço de atenção à população mais pobre. Significa estruturar um Estado de bem-estar social mais republicano e não um Estado de bem-estar-social classista, em que as classes abastadas tiveram acesso a todos os benefícios, inclusive como se tivesse vivendo na Europa, e a população mais pobre como se não tivesse ainda no século XVIII ou XIX. O certo é que o Programa Mais Médicos trouxe a construção deste bem-estar social republicano.

**Vice-Reitor:** Eu fui adepto da primeira hora do programa, contra a resistência de colegas da área, por achar que pela primeira vez o médico era interiorizado! A UERJ é parceria do ministério da Saúde nessa proposta da atenção básica, a faculdade de medicina ganha uma densidade maior na área de saúde da família, de atenção básica, tem estímulos. A gente vê isso no crescimento da residência em saúde da família que quadruplicou, quintuplicou! Vejo isso como bom resultado.

Os desafios estão postos não só para o Mais Médicos, mas para a saúde no Brasil: a questão do mercado, a qualidade que um médico depois de 6 anos de curso, 4 anos de residência, 10 anos de formado, fazer opção por se interiorizar.

Não acho que a interiorização pura e simples da faculdade de medicina vai fixar os médicos. Há municípios que não têm faculdade de medicina, como Angra dos Reis, que conheço bem, e tem um grande número de médicos, mas criou um sistema de saúde que privilegiasse o médico lá, que saía do rio e ia para lá. Essa é uma questão que o Mais Médicos levanta. A UERJ, a ENSP e outras universidades deveriam se debruçar sobre o problema e ajudar a dar respostas para que o ministério da Saúde possa atuar de maneira ainda mais positiva.



## Capítulo 3

# Do Programa “Mais Saúde: direito de todos – 2008-2011” ao Programa “Mais Médicos para o Brasil” – Relato sobre a oferta “Mais Médicos”

**Márcia Maria Pereira Rendeiro<sup>1</sup>**

**Paulo Roberto Volpato Dias<sup>2</sup>**

### **Introdução**

Apresenta-se, aqui, o relato da experiência de construção e implementação da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, constituindo-se a UNA-SUS/UERJ, como parte das políticas indutoras para a formação e educação permanente de recursos humanos na área da saúde, bem como a participação no “Programa Mais Médicos para o Brasil”, com a oferta do Curso de Especialização em Saúde da Família, como estratégia necessária para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências para a atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) e fortalecimento do SUS e principais resultados alcançados.

---

<sup>1</sup> Professora Adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora Executiva UNA-SUS/UERJ. mmrendeiro@yahoo.com

<sup>2</sup> Professor Associado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenador Geral UNA-SUS/UERJ.

A agenda política e a agenda técnica acordadas em 2008, em reunião virtual realizada entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/MS e a UERJ, com a participação do corpo docente com expertise em Atenção Primária em Saúde (APS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) e aplicação das Tecnologias de Informação e Comunicação – TICs na Educação, apontavam o desafio de criar uma rede colaborativa de universidades públicas para a formação em larga escala dos 52 mil profissionais em atuação na Estratégia Saúde da Família naquele momento, com as competências necessárias para atuação na APS/ESF.

O convite à UERJ deveu-se à sua história e ao seu pioneirismo em diversas iniciativas na área da educação e saúde, sua expertise em educação a distância, em cursos de Residência, especialização e gestão em saúde da família, participação no Pró-Saúde, Telessaúde, além do interesse manifesto da secretaria estadual de Saúde do Rio de Janeiro no Projeto (Volpato, Rendeiro, 2015).

O Programa “Mais Saúde – Direito de Todos – 2008-2011” apontou, em seu eixo 4, Força de Trabalho em Saúde, a necessidade de “promover a especialização dos profissionais de nível superior das Equipes de Saúde da Família, por meio da Universidade Aberta de Educação Permanente em Saúde” (Brasil, 2010, p.86).

Considerada audaciosa à época, a proposta incluía a oferta de um curso de especialização em saúde da família para médicos, dentistas e enfermeiros em atuação nos municípios do estado do Rio de Janeiro, utilizando as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e, além disso, a estruturação de uma rede de universidades públicas para a construção de formatos eficazes e eficientes para a formação e educação permanente dos profissionais na área da saúde, hoje sistema UNA-SUS, com as competências necessárias para a

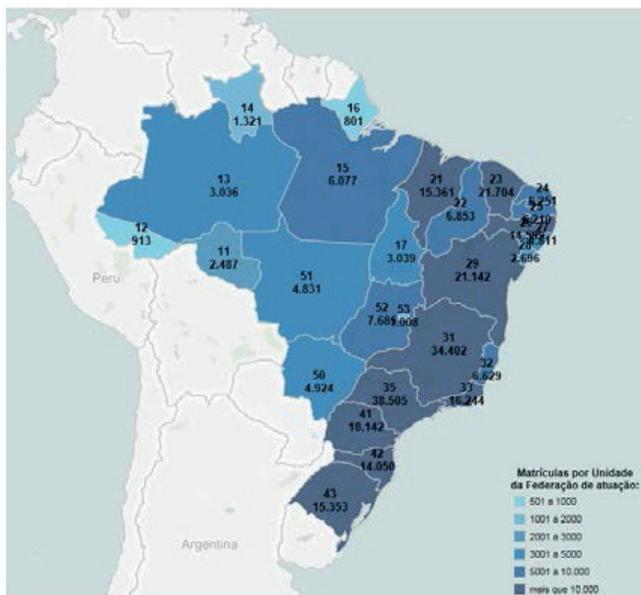
prática novoparadigmática da Estratégia Saúde da Família e superação do modelo dominante de formação, centrado no modelo cirúrgico e hospitalocêntrico (Volpato, Rendeiro, 2015).

Além disso, esta rede de instituições públicas de educação superior, credenciadas pelo Ministério da Educação para a oferta de educação a distância e conveniadas com o Ministério da Saúde para atuação articulada, deveria produzir objetos de aprendizagem e disponibilizá-los para reutilização na íntegra e/ou customizados pelos parceiros, criando um Acervo de Recursos Educacionais, público e colaborativo (hoje denominado ARES) (Volpato, Rendeiro, 2015).

A decisão tomada pelos atores do Ministério da Saúde pela oferta em larga escala encontrou um subsistema político (atores, ideias e instituições) favorável e é possível identificar características de implementação incremental da Política Nacional de Educação Permanente (2009), devido às várias estratégias lançadas pelo Ministério da Saúde, assumindo seu papel indutor na formação de recursos humanos para o SUS, conforme o Art 200 da Constituição Federal de 1988, como o PRÓ-SAÚDE (2005), TELES-SAÚDE (2007), PET-Saúde (2008), todos assumidos pela UERJ (Volpato, Rendeiro, 2015).

Hoje, a Plataforma AROUCA – banco de dados que possibilita o cadastro de profissionais de saúde, o registro dos cursos de formação profissional, capacitações e processos educacionais oferecidos pelo Sistema UNA-SUS – disponibiliza dados e informações sobre as ofertas educacionais em todo território nacional, para 279.074 profissionais, em diversas áreas de conhecimento, em temáticas prioritárias ao Sistema Único de Saúde, conforme demonstra o infográfico (Figura 1).

**Figura 1** – Distribuição dos profissionais matriculados em cursos do sistema UNA- SUS/Unidade da Federação. Junho, 2016.



**Fonte:** Plataforma AROUCA/UNA-SUS. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/content/arouca-em-numeros-unidade-da-federacao-de-atuacao#overlay-context=page/una-sus-em-numeros/una-sus-em-numeros>. Acesso em 03 de abril de 2016

No entanto, o crescimento e fortalecimento do Sistema UNA-SUS, extrapolando o desafio inicial da oferta de cursos em larga escala para a Especialização em Saúde da Família, visando atingir 52 mil profissionais, para ofertas de cursos de aperfeiçoamento, abordando outras temáticas no campo da saúde pública e possibilitando acesso aos cursos por profissionais de outras áreas além do setor saúde, diversos desafios persistem como questões estruturais relacionadas às Unidades de Saúde e Rede de atenção em saúde, formação e distribuição dos profissionais de saúde, especialmente de Médicos, em áreas remotas e de maior vulnerabilidade.

Este relato tem como objetivo descrever a experiência de implantação da UNA-SUS/UERJ e a oferta do Curso de Especialização em Saúde da Família no contexto do Programa “Mais Médicos para o Brasil”. Para este relato de experiência, utilizamos os dados da Plataforma Moodle do curso, bases de dados da Secretaria Executiva da UNA-SUS/MS e pesquisa documental, abrangendo o período 2008-2016.

## **A implantação da UNA-SUS/UERJ e a construção do curso**

O processo de construção e implantação da UNA-SUS/UERJ iniciou-se logo após a primeira reunião presencial em Brasília, em outubro de 2008, prolongando-se por quase dois anos. Processos internos da universidade apresentam trâmites burocráticos por vezes demasiadamente longos. Além disso, o desafio de pensar uma oferta educacional na modalidade a distância, multiprofissional e multidisciplinar, uma proposta inovadora para o desenvolvimento de competências para atuação na APS/ESF, construída em conjunto por três áreas acadêmicas (medicina, enfermagem e odontologia), exigia o compartilhamento e superação do trabalho isolado conforme realizado até então.

O desafio proposto pela SGETS/MS incluía, ainda, a participação da Secretaria Estadual de Saúde – SES/RJ e Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/RJ nas fases de planejamento e elaboração do curso, bem como das decisões relacionadas à oferta do curso.

O objetivo geral de promover a qualificação em serviço dos trabalhadores do SUS trazia em seu bojo objetivos específicos ambiciosos como: apoiar a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; permitir o acesso dos

trabalhadores da saúde a todas as oportunidades de aprendizagem necessárias para seu desenvolvimento profissional; oferecer, aos trabalhadores da saúde, cursos adequados à realidade de cada um, utilizando-se de interações presenciais e a distância, visando a capacitação em áreas estratégicas para o SUS; Criar mecanismos que permitam o intercâmbio dos estudantes entre instituições de ensino e o reconhecimento dos estudos prévios para sua certificação educacional; Promover a incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação aos processos de educação em saúde; Criar um acervo colaborativo de materiais educacionais. (BRASIL, 2013) (Volpato, Rendeiro, 2015).

A decisão da reitoria de compor um Grupo Executivo (GE), coordenado pela vice-reitoria, deu início ao trabalho. Este GE, era integrado por representantes do Centro Biomédico, faculdade de ciências médicas, enfermagem, odontologia, nutrição, educação, desenho industrial, Instituto de Medicina Social, Universidade Aberta da Terceira Idade, Núcleo Telessaúde UERJ e Laboratório de Educação a Distância. Este Grupo Executivo participou de reuniões virtuais com o Ministério da Saúde, por videoconferência, e iniciou as discussões para a construção de um Projeto Político Pedagógico – PPP, com alcance aos objetivos e metas elencados. Esta fase contou com a participação do superintendente de Atenção Primária da secretaria estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES).

Durante a fase inicial, de caráter exploratório, buscou-se levantar a produção da Universidade e as ofertas na temática, em parceria com o Ministério da Saúde e outras Instituições. Houve uma ampla discussão para se construir o PPP, com a participação efetiva de professores Faculdade de Odontologia/ Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária, Professores da Faculdade de Ciência Médicas / Departamento de Medicina Integral e Familiar e da Faculdade de Enfermagem / Departamento de Enfermagem em Saúde Pública.

O desafio seguinte foi utilizar as TICs para preparar um curso semipresencial, com o objetivo de desenvolver/aperfeiçoar competências para o trabalho na APS, articulando os saberes das três áreas acadêmicas, com os núcleos e campos de atenção à saúde, tendo como norteadores a integração entre o trabalho e a educação, e a construção da proposta a partir das necessidades de saúde da população foi o desafio seguinte.

Os trâmites administrativos internos para autorização do projeto de curso no âmbito da legislação da UERJ foram iniciados para conclusão em menor espaço de tempo possível. E a proposta de PPP submetida e avaliada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES, aprovada.

Sobre a formalização, foi publicado no DOU, nº 11 de 16 de janeiro de 2009 - seção 3, pág. 119 o convênio nº 2407/2008, entre o Ministério da Saúde (MS) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Internamente, um Ato Executivo de Decisão Administrativa (AEDA), nº 062/09, de 27 de novembro de 2009, instituiu e estabeleceu normas sobre a estrutura e o funcionamento do projeto de integração entre a UERJ e a UNA-SUS/MS.

No estado do Rio de Janeiro, a Comissão Intergestores Bipartite colocou a pauta em discussão e, em 5 de agosto de 2010, por meio da Deliberação CIB-RJ nº 1014, aprovou o Projeto UNA-SUS - Universidade Aberta do SUS/MS, Convênio nº 2.407/2008, firmado entre o MS e UERJ para realização de Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade a distância, para equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do estado do Rio de Janeiro, a ser desenvolvido pela UERJ.

A aprovação na UERJ aconteceu em 24 de março de 2011, por meio da Deliberação nº 001/2011, pelo Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão da UERJ, que autorizou a criação do Curso de Especialização em Saúde da Família – UNA-SUS/UERJ, na modalidade de educação a distância, a ser oferecido em conjunto pelas seguintes unidades

acadêmicas: faculdade de enfermagem, faculdades de ciências médicas e faculdade de odontologia, vinculadas ao centro biomédico.

A cerimônia de lançamento do curso de especialização em saúde da família foi realizada em janeiro de 2010, no auditório da reitoria da UERJ, com a participação reitor, Ricardo Vieiralves, da vice-reitora, Cristina Maioli, do Secretário de Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Alexandre Cardoso, do coronel BM QOC Sylvio Jorge de Souza Junior, representando a Secretaria Estadual de Saúde/RJ, Giselle Gobbi, representando o COSEMS/RJ, Vinicius Oliveira, Coordenador da Gestão do conhecimento da SE/UNA-SUS e de Paulo Volpato, diretor do centro biomédico e coordenador geral da UNA-SUS/UERJ.

O primeiro convênio finalizou em 2015. Foram oferecidas três turmas, 1.100 vagas, que foram ocupadas por 996 profissionais dentistas, enfermeiros e médicos proporcionalmente, indicados pelos gestores municipais, e obtivemos a finalização do curso com êxito de 49,70%. Todas as etapas foram construídas e pactuadas com a SES/RJ e com o COSEMS/RJ.

Ampliamos o escopo da nossa atuação, assumindo a construção de ofertas educacionais em temáticas prioritárias para o SUS, nacionalmente e regionalmente. Cursos autoinstrucionais, como a “Política Nacional de Saúde da População LGBT”, “Judicialização da Saúde”, “Abordagem da Violência na Atenção Domiciliar”, foram lançados e obtiveram números expressivos de alunos matriculados.

Estamos ultimando os cursos intitulados “Módulos Proxab”, como: Doenças Endócrino-Metabólicas e Nutrição, Atenção à Saúde Genital Masculina, Atenção ao Risco Cardiovascular, Atenção à Saúde Auditiva, na modalidade autoinstrucional, para o segundo ciclo do Programa “Mais Médicos para

o Brasil”, para a Educação Permanente destes profissionais de forma aplicada, disponível e acessível por recursos digitais.

## **Aspectos pedagógicos e estrutura do curso de especialização em saúde da família UNA-SUS/UERJ**

O curso de especialização em saúde da família UNA-SUS/UERJ apresenta duração de 12 meses letivos e, no máximo, em 24 meses letivos com carga horária de 480 horas, totalizando 32 créditos, sendo 30 obrigatórios (conteúdo geral e específico), obrigatórias transversais e 2 eletivos, e cada professor/tutor é responsável por, no máximo, 30 alunos.

O desenho do curso foi construído calcado em uma pedagogia problematizadora e na andragogia, no modelo híbrido (EaD com momentos presenciais). Foi concebido com dois momentos presenciais: aula inaugural e mostra de trabalho de conclusão de curso/projeto de intervenção. O desenho didático-pedagógico do curso foi elaborado com o objetivo de provocar nos alunos desafios capazes de fazê-los participar de forma ativa durante todo o curso e, sobretudo, articulando teoria e prática.

O centro do processo de ensino é o aluno. No curso, ele é estimulado à leitura, à análise crítica e à realização de atividades relacionadas a situações-problema, apresentadas por meio dos casos complexos. Estas atividades incluem a elaboração de respostas a questões problematizadoras e a participação em fóruns de discussão, além de acesso aos materiais complementares que possam apoiar na sua formação.

A concepção do PPP procurou atender à demanda por um curso inovador, com escopo para o desenvolvimento de competências para a APS e para a Estratégia Saúde da Família - ESF, multidisciplinar. A UERJ construiu uma proposta com concepção pautada em uma pedagogia crítica e problema-

tizadora, em que a produção do conhecimento se dá a partir da experiência profissional dos alunos, e o trabalho é concebido como princípio educativo (Volpato, Rendeiro, 2015).

Os cursos da UNA-SUS constituem-se do contexto educacional presencial e do virtual para qualificar profissionais que atuam na estratégia de Saúde da Família. O profissional que atua nesse contexto como facilitador educacional é nomeado Tutor, orientando/mediando os processos de ensino e aprendizagem. Seu papel é o de um facilitador cooperante que, em uma relação de interatividade, acompanha e orienta sistematicamente o profissional/aluno, visando à aquisição e ao desenvolvimento de novas competências para atuar na Atenção Primária em Saúde. Com isso, procedeu-se à elaboração e publicação dos Editais nº 01/2014 e 03/2014 UNA-SUS/UERJ para o processo seletivo de tutores.

Os conteúdos disciplinares foram construídos com base em situações e casos reais, vivenciados por profissionais de Equipes de Saúde da Família. Para tal, a equipe de construção da UNA-SUS/UERJ tomou como referência os Casos Complexos elaborados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Estas temáticas e conteúdos foram transpostos didaticamente para a elaboração de Objetos de Aprendizagem (OAs) como vídeos, histórias em quadrinhos (HQ) e outros, conforme exemplificado na Figura 2.

Figura 2 – O caso da Vila Santo Antônio – HQ



Fonte: Plataforma Moodle da UNA-SUS, UERJ.

O curso foi construído por disciplinas obrigatórias (conteúdo geral e específico), obrigatórias transversais, disciplinas eletivas, encontros presenciais e elaboração de trabalho de conclusão de curso, conforme pode-se observar no Quadro 1.

**Quadro 1** – Estrutura curricular do curso de especialização em saúde da família UNA- SUS/UERJ

<b>DISCIPLINAS ANTIGAS</b>		
<b>Disciplinas Obrigatórias</b>	<b>CH</b>	<b>Créditos</b>
Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família no contexto da organização dos sistemas de saúde e no SUS	30h	3
A clínica da Atenção Primária I	45h	3
Eixos centrais do processo de trabalho em atenção primária à saúde	30h	3
Avaliação da qualidade dos serviços e práticas na ESF	15h	1
A clínica da Atenção Primária II	180h	12
A Clínica da Atenção Primária III	20h	2
<b>Disciplinas Transversais</b>		
Metodologia	60h	4
Ética e Bioética	45h	3
Emergências Médicas	15h	1
<b>Disciplinas Eletivas</b>		
Abordagem em comunidades com características sócio-culturais específicas (Indígenas, quilombolas, assentamentos, acampamentos, ribeirinha, rural, migrantes)	15h	1
Introdução à Terapia Comunitária	15h	1
Instrumentos de abordagem familiar	15h	1
Pessoas portadoras de necessidades específicas	15h	1
Saúde Escolar	15h	1
Saúde do Trabalhador	15h	1
Novos Paradigmas em Saúde.	15h	1

**Fonte:** UNA-SUS/UERJ, 2016.

As disciplinas obrigatórias abordam temas relacionados ao desenvolvimento das competências necessárias à atuação da equipe de saúde da família. Já nas disciplinas obrigatórias transversais, as atividades contam com questões que transitam pelas tecnologias próprias da Atenção Primária em Saúde, compreendendo as disciplinas de metodologia científica, ética e bioética e emergências médicas. Nas disciplinas eletivas, o aluno opta por no mínimo duas, de acordo com o cronograma do curso.

Em 2014, foi realizado um ajuste e algumas disciplinas sofreram alteração em sua nomenclatura, tais como: Atenção primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família no contexto da organização dos sistemas de saúde e no SUS; a clínica da atenção primária I; eixos centrais do processo de trabalho em atenção primária em saúde; avaliação da qualidade dos serviços e práticas na ESF; a clínica da atenção primária II e a clínica da atenção primária III, conforme se observa no Quadro 2.

Sendo assim, apresenta-se, no Quadro 3, a nova estrutura curricular do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UERJ.

**Quadro 2** – Equivalência das disciplinas

Disciplinas Antigas	Disciplinas Atuais
Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família no contexto da organização dos sistemas de saúde e no SUS	Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família
A clínica da Atenção Primária I	A Clínica da Atenção Primária à Saúde I: Abordagem Centrada na Pessoa, Abordagem Familiar e Assistência Domiciliar (Módulo teórico + Prático)
Eixos Centrais do Processo de Trabalho em Atenção Primária em Saúde	Eixos Centrais do Processo de Trabalho em Atenção Primária em Saúde
Avaliação da qualidade dos serviços e práticas na ESF	A Clínica da Atenção Primária II – Abordagem Comunitária (módulo teórico + prático)
A clínica da Atenção Primária II	A Clínica da Atenção Primária III: Ações de Saúde no ciclo de vida
A Clínica da Atenção Primária III	A Clínica da Atenção Primária IV: gênero, riscos e vulnerabilidade

Fonte: UNA-SUS/UERJ, 2016.

**Quadro 3** – Nova estrutura curricular do curso de especialização em saúde da família UNA-SUS/UERJ

DISCIPLINAS ATUALIZADAS		
Disciplinas Obrigatórias	CH	Créditos
Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família no contexto da organização dos sistemas de saúde e no SUS	30h	2
A Clínica da Atenção Primária à Saúde I: Abordagem Centrada na Pessoa, Abordagem Familiar e Assistência Domiciliar (Módulo teórico + Prático)	45h	3
A Clínica da Atenção Primária II – Abordagem Comunitária (Módulo teórico + Prático)	15h	1
Eixos Centrais do Processo de Trabalho em Atenção Primária em Saúde	30h	2
A Clínica da Atenção Primária III: Ações de Saúde no ciclo de vida	180h	12
A Clínica da Atenção Primária IV: gênero, riscos e vulnerabilidade	30h	2
Disciplinas Transversais		
Metodologia	60h	2
Ética e Bioética	45h	3
Emergências Médicas	15h	1
Disciplinas Eletivas		
Introdução	15h	1
Abordagem Familiar	15h	1
Noções Básicas em Saúde do Trabalhador	15h	1
Supervisão em Saúde da Família	15h	1
Novos Paradigmas em Saúde	15h	1

**Fonte:** UNA-SUS/UERJ, 2016.

A aula inaugural constitui-se em um momento pedagógico e político. Nela, os profissionais/alunos são recebidos, o curso é apresentado, bem como as equipes que nele atuam. A mesa de abertura é composta por membros da UERJ e da UNA-SUS/UERJ, representantes da SES RJ e do COSEMS/RJ.

Para a integralização do curso, o aluno deve elaborar, individualmente, um Projeto de Intervenção. Constará, preferencialmente, da elaboração e aplicação de um projeto de intervenção (PI) que será construído paripassu com o

desenvolvimento disciplina de metodologia científica. O PI é uma proposta de ação feita pelo profissional para a resolução de um problema real observado em seu território de atuação, seja no âmbito da clínica ou da organização dos serviços, buscando a melhoria das condições de saúde da população, no contexto da atenção básica.

O processo avaliativo é processual, somativo e contínuo ao longo do desenvolvimento do curso. É realizado pelo tutor mediante o acompanhamento e monitoramento dos processos de construção do conhecimento e da aquisição das competências esperadas, em consonância com o referencial pedagógico do curso, seguindo as normas estabelecidas pela universidade no que se refere à titulação *lato sensu*. Foram definidos os seguintes momentos avaliativos.

- a. avaliação das atividades para cada módulo disciplinar;
- b. avaliação de participação em fórum de discussão;
- c. avaliação presencial;
- d. avaliação do trabalho de conclusão de curso.

### **A oferta do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UERJ – Programa “Mais Médicos”**

Durante a realização da XVI Oficina Nacional de Coordenadores da UNA-SUS, nos dias 14 e 15 de maio de 2013, o secretário executivo da UNA-SUS, Francisco Campos, fez uma exposição sobre o Programa Mais Médicos para o Brasil. Era ainda uma fase de formulação para implementação imediata, que incluía, entre diversas ações, o componente aperfeiçoamento. A política de educação permanente, uma das

prioridades desse Programa, será fortalecida via integração ensino-serviço, realizada por meio da UNA-SUS e as universidades que compõem a rede, conforme descrito no Livro “Dois anos de Mais Médicos” (Brasil, 2015, p. 46).

Todos os médicos, obrigatoriamente, devem participar das atividades previstas de aperfeiçoamento, sempre integrando ensino e serviço. Portanto, há sempre uma atuação assistencial na Atenção Básica e as atividades educacionais podem ganhar a forma de uma pós-graduação, de projetos de extensão e outras modalidades de aperfeiçoamento que podem envolver diferentes itinerários de formação, buscar desenvolver competências importantes para a prática do profissional e promover a implantação de melhorias no serviço de saúde. (Brasil, 2015, p. 46).

O Programa Mais Médicos para o Brasil foi criado por Medida Provisória nº 621, cuja Portaria Interministerial nº 1.369 dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, publicadas em 8 de julho de 2013.

Tal Medida Provisória foi regulamentada em 22 de outubro do mesmo ano pela Lei nº 12.871 que se destina 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.

Desta forma, a UNA-SUS/UERJ assumiu o compromisso de integrar mais um programa do Ministério da Saúde para o fortalecimento da atenção básica, com a oferta de 2 mil vagas para a pós-graduação, no curso de especialização em saúde da família.

A UNA-SUS/UERJ estabeleceu parceria com a SES-RJ e a SESA (Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo) com a finalidade de promover a integração destas esferas e atender as reais necessidades de formação de profissionais do Programa Mais Médicos que atuam na atenção primária em saúde.

As ações de aperfeiçoamento dos médicos participantes são realizadas com carga horária semanal de quarenta horas, distribuídas no curso de especialização que envolve ensino, pesquisa e extensão, abrangendo oito horas e o componente assistencial na modalidade integração ensino-serviço, na Unidade Básica de Saúde, 32 horas.

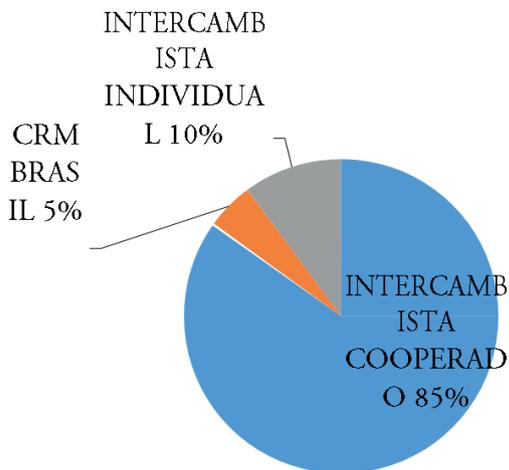
Em 10 de janeiro de 2014, foi publicado, no DOU nº 7, o convênio entre o Ministério da Saúde e a UERJ, assinado em 23 de dezembro de 2013, para “Promover a qualificação e a Educação Permanente dos profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde”. A primeira turma teve início em novembro de 2013.

## **Perfil dos profissionais/alunos**

Para esta oferta, o curso é direcionado aos médicos participantes do Programa Mais Médicos. Podem se inscrever no Programa médicos brasileiros ou estrangeiros com registro no Brasil conferido por um Conselho Regional de Medicina (CRM) e médicos brasileiros ou estrangeiros formados no exterior e sem registro no Brasil. Nos primeiros dois anos de Programa foi necessário estabelecer acordo de cooperação com a Organização Panamericana da saúde (Opas) para atuação exclusiva, e esta com o Governo de Cuba, para a participação de médicos cubanos, os chamados “médicos cooperados”.

Para as primeiras quatro turmas ofertadas, este perfil foi o predominante, com 85% de ocupação no curso, conforme demonstrado no Gráfico 1.

**Gráfico 1** – Perfil de adesão do profissional ao Programa MM



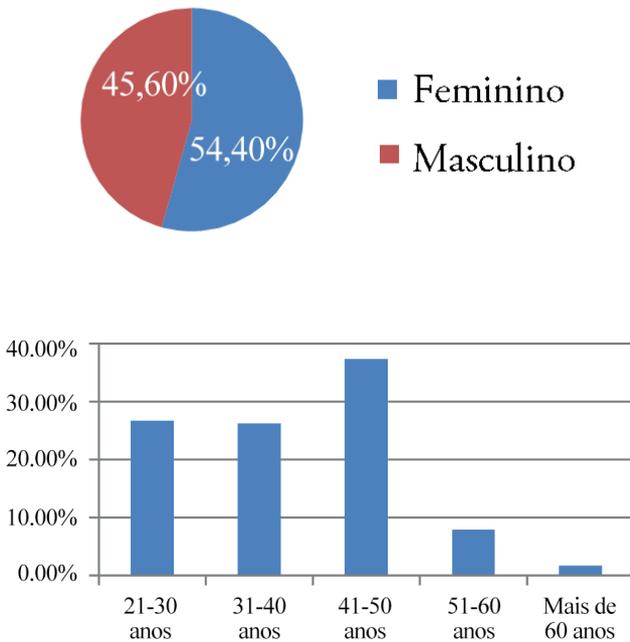
**Fonte:** WEBPORTFÓLIO UNA-SUS, 2016. [sistemas.unasus.gov.br/webportfolio/admin](http://sistemas.unasus.gov.br/webportfolio/admin)

No perfil dos profissionais médicos participantes do Programa Mais Médicos na oferta UNA-SUS/UERJ, no que se refere ao gênero, existe um equilíbrio entre participantes, com discreto predomínio feminino. Em relação a faixa etária, existe uma distribuição de participantes nas faixas compreendidas entre 20 a 30 anos e 31 a 40 anos e predominância na faixa etária entre 41 a 50 anos.

Sobre o tempo de formação, 54,40% têm mais de 10 anos de formados. Sobre a qualificação dos profissionais, 9,6% profissionais apresentavam Residência em saúde da família e 66,38% em medicina de família e comunidade; 17,09%

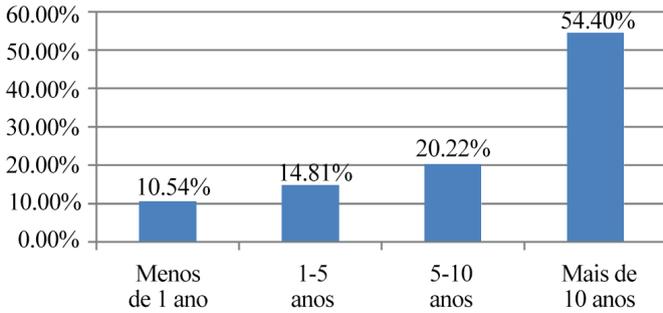
profissionais apresentavam o título de especialista de medicina de família e comunidade e 17,94% especialistas em saúde pública/ saúde coletiva. Em relação à pós-graduação stricto sensu, 3,4% apresentavam o título de mestre em saúde da família e 1,7% em saúde pública/ saúde coletiva. no doutorado, 1,1% eram doutores em saúde da família e 0,28% em saúde pública/ saúde coletiva. Estes dados são apresentados nos gráficos de 2 a 5.

**Gráficos 2 e 3** – Perfil de sexo e faixa etária dos profissionais/alunos



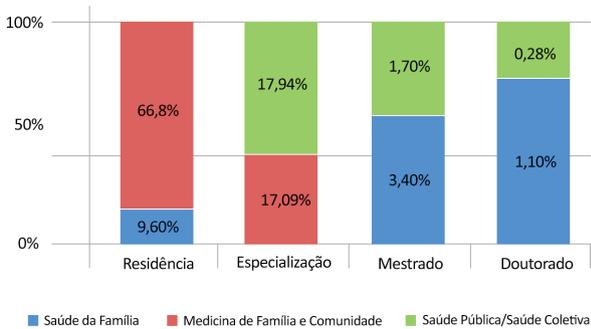
**Fonte:** Plataforma Moodle UNA-SUS/UERJ, 2016

**Gráfico 4** – Tempo de formado dos profissionais/alunos



**Fonte:** Plataforma Moodle UNA-SUS/UERJ, 2016

**Gráfico 5** – Perfil de qualificação profissional



**Fonte:** Plataforma Moodle UNA-SUS/UERJ, 2016

## **Número de vagas/estado**

A lotação dos profissionais participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil nos estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo é determinada pelos dispositivos da Lei n. 12.871/2013, que denomina o provimento emergencial.

A adesão dos municípios é realizada mediante abertura de edital e, assinado o Termo de Compromisso, o município solicita vagas de acordo com as regras gerais, com os critérios: necessidade da população; cobertura e ofertas de serviços já disponíveis no município na Atenção Básica; e composições de equipes e condições de infraestrutura da Unidade Básica de Saúde para receber o profissional.

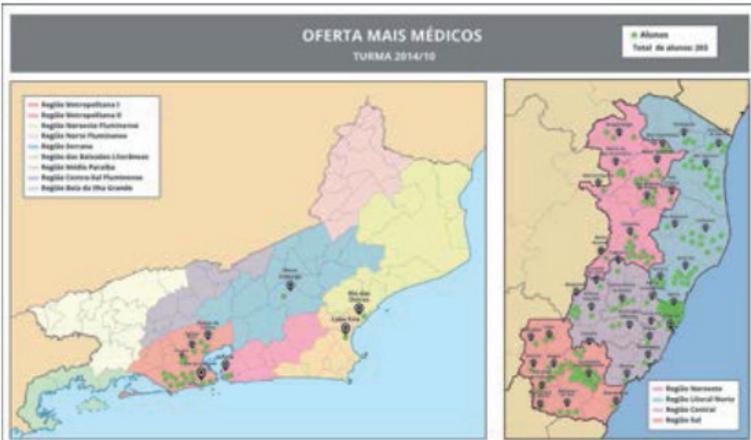
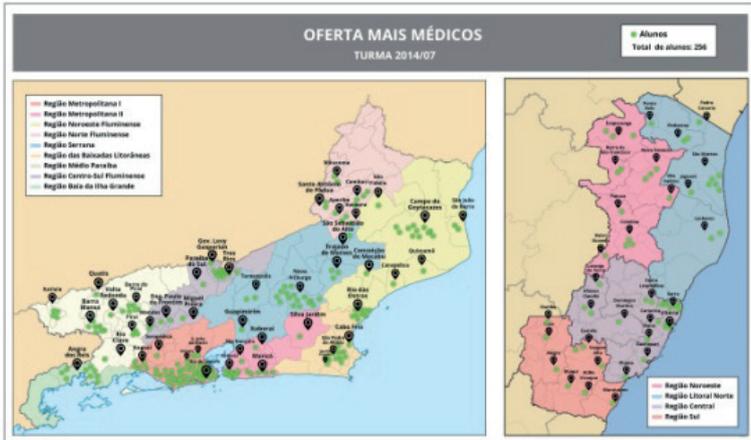
Ao fim da inscrição dos municípios, é conhecido, portanto, o número total de vagas e a sua distribuição, sendo possível iniciar a etapa do chamamento dos médicos, também por meio de editais. Podem se inscrever no programa médicos brasileiros ou estrangeiros com registro no Brasil conferido por um Conselho Regional de Medicina (CRM) e médicos brasileiros ou estrangeiros formados no exterior e sem registro no Brasil.

Após o envio da lista nominal dos alunos inscritos no Programa Mais Médicos através do Ministério da Saúde, são matriculados e recebem, via e-mail, login e senha, de forma que possam efetuar a confirmação de suas matrículas.

Assim, o número de vagas para o curso é determinado pela ocupação nos municípios participantes.

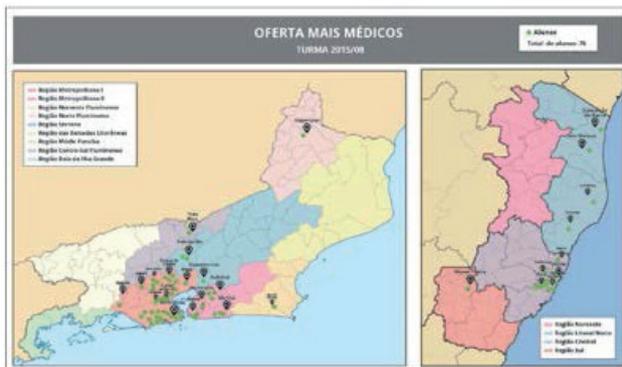
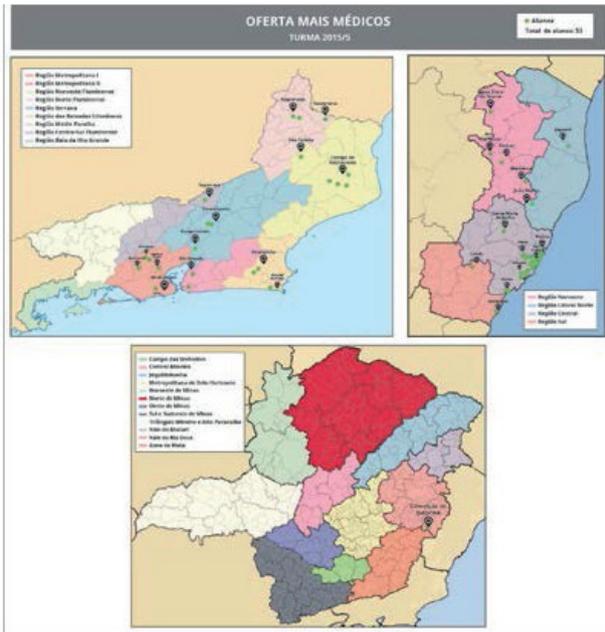
A oferta teve início em novembro de 2013 e, até o momento, foram concluídas oito turmas. A distribuição dos alunos pelos municípios dos estados sob a responsabilidade da UNASUS/UERJ está demonstrada nos mapas a seguir, por oferta.

**Figuras 3 e 4** – Distribuição nos estados do RJ e ES, turmas 2014/07 e 2014/10



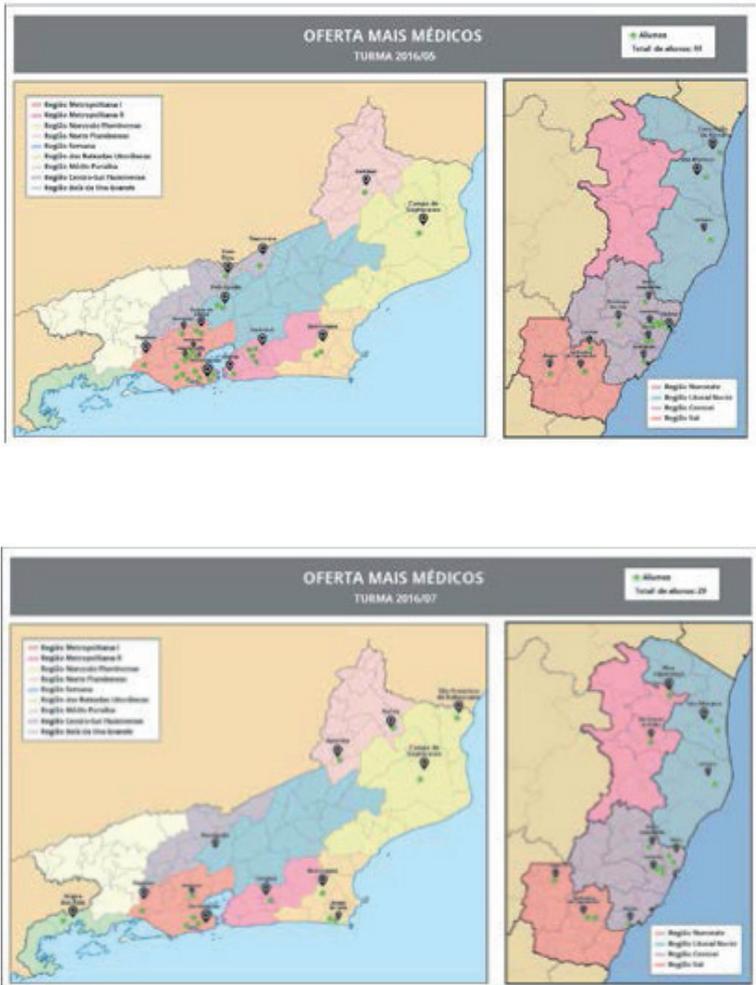
Fonte: UNA-SUS/UERJ, 2016

**Figuras 5 e 6** – Distribuição nos Estados do RJ e ES, turmas 2015/05 e 2015/08



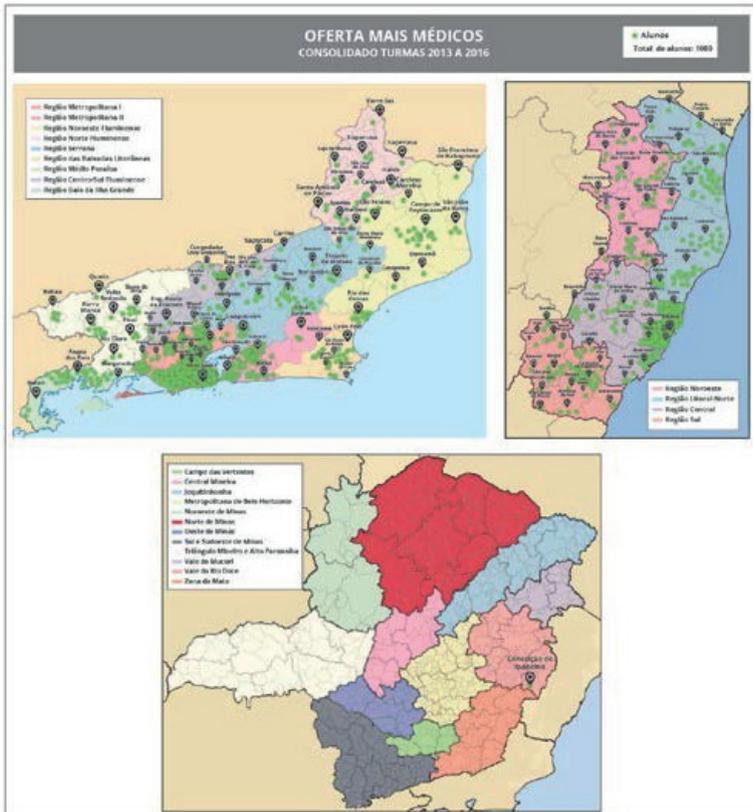
Fonte: UNA-SUS/UERJ, 2016

**Figuras 7 e 8** – Distribuição nos Estados do RJ e ES, turmas 2015/05 e 2015/08



Fonte: UNA-SUS/UERJ, 2016

**Figura 9** – Distribuição nos estados do RJ e ES, consolidado 2013 e 2016.



Fonte: UNA-SUS/UERJ, 2016

As aulas inaugurais são realizadas presencialmente com a participação da Equipe da UNASUS-UERJ, de instituições parceiras e alunos. Nestas são realizadas a entrega individual do material didático de apoio ao aluno: Guia aluno e tutor,

DVD com conteúdo do curso, objetivando, assim, facilitar o acesso em casos de problemas de conectividade no município.

Também foi apresentado o módulo de ambientação, que orienta o aluno na realização do Curso de Especialização em Saúde da Família no que concerne à metodologia do curso, a seus processos avaliativos e a seus materiais de apoio. Este módulo também traz informações acerca da Educação a Distância (EAD) que apresenta tópicos sobre o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

**Figura 10** – Aula Inaugural – Rio de Janeiro, 10/05/2014



**Fonte:** UNA-SUS/UERJ

**Figura 11** – Aula Inaugural- Espírito Santo 12/06/2015



**Fonte:** UNA-SUS/UERJ

## **Desempenho**

Conforme descrito, a avaliação da aprendizagem em cada módulo/disciplina é realizada mediante a avaliação pelo tutor das atividades obrigatórias desenvolvidas no ambiente virtual de aprendizagem e momentos presenciais dimensionados para atender às necessidades de desenvolvimento de habilidades; participação em recursos diversificados tais como: fóruns de discussão, videoconferências, congressos e seminários; avaliação escrita presencial; frequência e atividade de pesquisa.

Para o Trabalho de Conclusão do Curso, o aluno deverá elaborar um Projeto de Intervenção (PI), que é uma proposta

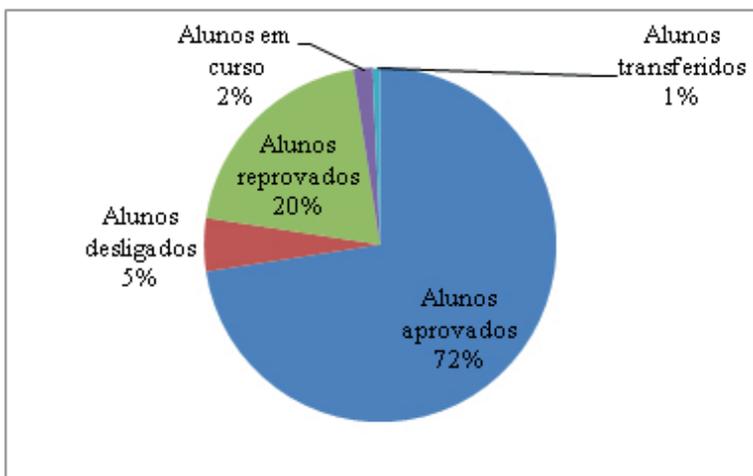
de ação idealizada para a resolução de um problema real observado em seu território de atuação, seja no âmbito da clínica ou da organização dos serviços, buscando a melhoria das condições de saúde da população, no contexto da atenção básica.

Somente poderá entregar o trabalho final de curso o aluno que concluir com aproveitamento as 480 horas obrigatórias e não estiver com pendência de notas em disciplinas. O grau mínimo para aprovação em cada disciplina e no trabalho final é de 7.0 e a frequência mínima de 75% de carga horária de cada disciplina.

Em relação ao desempenho das quatro turmas finalizadas até o momento, apresentamos o consolidado a seguir:

**Gráfico 6** – Desempenho da turma MM 2013/11

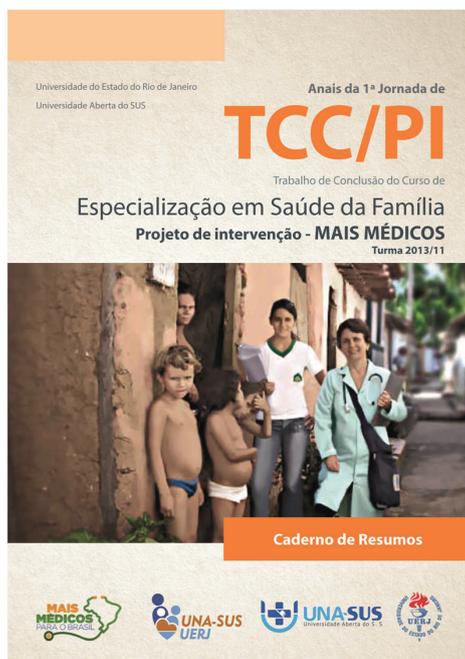
Alunos matriculados: 288



**Fonte:** Plataforma Moodle UNA-SUS/UERJ, 2016

Para a conclusão do Curso, o aluno deverá desenvolver e apresentar o TCC/PI, individualmente e orientado pelo tutor, e fazer a apresentação e defesa presencialmente, durante evento denominado “Mostra de Projetos de Intervenção”. Neste dia, os profissionais/alunos realizam a avaliação escrita e apresentam o Trabalho de Conclusão de Curso/Projeto de Intervenção, no formato de pôster, que é avaliado por uma banca constituída por professores da UERJ e convidados. Ao final, três trabalhos de cada área são premiados e todos os resumos são publicados nos anais dos trabalhos de conclusão de curso/turma e disponibilizados também no site da UNA-SUS/UERJ ([www.unasus.uerj.br](http://www.unasus.uerj.br)), para livre acesso.

**Figura 12** – Capa do livro Anais da 1ª Jornada de TCC/PI.



Fonte: UNA-SUS/UERJ

## Considerações finais

O desafio apresentado em 2008 para a capacitação de 52 mil profissionais, transformado em meta, foi superado e atualmente o Sistema UNA-SUS e a UNA-SUS/UERJ assumem e integram programas prioritários do Ministério da Saúde, com ensino, pesquisa e extensão.

De forma concreta, estamos empenhados no compromisso assumido pelas universidades integrantes da Rede Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, em potencializar a educação permanente, produzindo com qualidade e disponibilizando ofertas educacionais em larga escala, utilizando as Tecnologias de Educação e Comunicação (TIC), para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, em temáticas prioritárias.

A oferta do curso de especialização em saúde da família Mais Médicos, no aspecto relacionado ao aperfeiçoamento dos profissionais/alunos, possibilitou maior aproximação do Estado e das instâncias colegiadas de gestão dos municípios, no compartilhamento de soluções e encaminhamentos dos problemas nos primeiros momentos da implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil.

Esta oferta tem induzido a necessidade de aprimoramento constante dos formatos de acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ferramentas de avaliação do curso, do conteúdo e do desempenho dos profissionais/alunos, bem como da Equipe, para aprimoramento da qualidade da oferta, bem como para o trabalho em parceria com as demais Universidades Públicas que compõem a Rede.

Diversas dificuldades foram enfrentadas. A questão da inovação do Programa no que se refere à resistência de setores da sociedade, entidades médicas e da universidade,

dificuldades em relação ao idioma dos profissionais cooperados e intercambistas individuais, problemas com baixa conectividade nos municípios, ausência da estrutura básica necessária interferiram no desempenho dos profissionais/alunos no curso, mas impulsionaram a implementação de soluções para conseguirmos alcançar as metas.

Estabelecemos parcerias interinstitucionais em atuação colaborativa, para o desenvolvimento de pesquisas e estudos avaliativos, direcionados a evolução e análise das ações implementadas.

Cada vez mais os estudos e desenvolvimento de tecnologias da Rede UNA-SUS possibilitam a utilização de novas metodologias e estratégias como as ofertas educacionais por meio de aplicativos abertos para dispositivos móveis, o que possibilita o acesso do profissional/aluno mesmo na ausência de conectividade, facilitando a aprendizagem em qualquer lugar ou horário.

Acreditamos que estamos no caminho certo. Criar novas oportunidades e alternativas que envolvam atores diversos, mas com objetivos comuns, pensando projetos educacionais colaborativos, que envolvendo o trabalho em rede, compartilhando soluções e oportunidades de práticas que efetivamente contribuam para a qualificação do trabalho em saúde e com a qualidade do trabalho na atenção primária em saúde.

## Referências

VOLPATO, Paulo Roberto; RENDEIRO, Marcia Maria Pereira. *“Universidade Aberta do SUS/UERJ: os desafios da construção e gestão compartilhada de ofertas educacionais em larga escala”*. In: VOLPATO, Paulo Roberto; RENDEIRO, Marcia Maria Pereira; Costa Marcelo Henrique. (orgs) *Intervenções possíveis no território – práticas em saúde da família*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf). Acesso em: 13/05/2016

BRASIL. Ministério do Estado da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº 10, de 11 de julho de 2013. Regulamenta o Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010, que instituiu o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA- SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 134, Brasília, DF, 15 jul. 2013a. Seção 1, p. 123. Disponível em: [http://www.unasus.gov.br/sites/default/files/pi\\_10.2013.pdf](http://www.unasus.gov.br/sites/default/files/pi_10.2013.pdf). Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na 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. 128 p. <http://www.sbmfc.org.br/casoscomplexos/casos/casos%20complexos.swf>

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Relação das Residências de Medicina da Família e Comunidade* [documento da Internet]. SBMFC, 2004 [acessado em 05 de setembro de 2005] <http://www.sbmfc.org.br/site/capacita/residencias.pdf>.

## Capítulo 4

# O Programa Mais Médicos para o Brasil no Estado do Rio de Janeiro: a experiência da gestão da atenção básica da secretaria de estado de saúde (Ses-Rj)

**Andréa Cristina de Farias Mello**  
**André Schimidt da Silva**  
**Camila da Cunha Souza Nóbrega**  
**Dayanne Silva de Lucena**

### **Introdução**

Este Capítulo é resultado da experiência dos profissionais da Superintendência de Atenção Básica da Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro no âmbito do Programa Mais Médicos para o Brasil.

A Superintendência de Atenção Básica (SAB) da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) tem como objetivo principal promover a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica à saúde no estado do Rio de Janeiro com incrementos na infraestrutura e qualificação dos processos de trabalho junto aos municípios. Para isso, a SAB conta com equipes técnicas multiprofissionais, compostas por um assessor e um grupo de apoiadores organizados em consonância com a divisão por regiões de saúde do estado. Estas equipes possuem a função de

realizar apoio institucional aos municípios a fim de alcançarem, no trabalho conjunto, a melhor forma para a condução da política de atenção básica local.

A SAB possui também equipes de profissionais organizadas por áreas técnicas, que também exercem a função de apoiadores institucionais voltadas aos seguintes focos: Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Aleitamento Materno; Saúde Bucal; Saúde Mental; Saúde do Idoso; Saúde das Populações em Situação de Vulnerabilidade (LGBT, Privados de Liberdade, População em Situação de Rua e Jovens Cumprindo Medidas Socioeducativas); Saúde do Homem; Alimentação e Nutrição; Prevenção de Acidentes e Violência; e Práticas Integrativas e Complementares.

Uma das estratégias principais de apoio institucional coordenada pela SAB são os Grupos de Trabalho Regionais de Atenção Básica. Estes grupos se constituem como um espaço de cooperação técnica regional para o fortalecimento da atenção básica, contando com a participação fixa dos coordenadores municipais de atenção básica/saúde da família e dos assessores e apoiadores institucionais da SAB, e dependendo da pauta, com representantes das áreas técnicas relacionadas, tanto municipais, quanto estaduais. Os objetivos dos grupos de trabalho são promover a qualificação das coordenações municipais de atenção básica e favorecer a cooperação técnica município-município, município-região e município-estado.

Nesse sentido, a SAB/SAS vem também investindo desde 2010 na realização de Fóruns Permanentes de Atenção Básica com a participação de todos os municípios do estado, tendo realizado recentemente, em junho de 2015, o seu XXII Fórum. Considerados como mais uma estratégia da SAB com objetivo de promover encontros de educação permanente para as gestões municipais, Coordenadores de atenção básica, equi-

pes de Assessorias e Apoio Regional da SAB e equipes das áreas técnicas, os Fóruns trazem para o debate temas prioritários e de interesse comum da Atenção Básica, mantendo o compromisso de continuidade nos encontros regionais dos grupos de trabalho posteriores. Através desta articulação, identificou-se a necessidade de ampliação do acesso aos serviços oferecidos pela Atenção Básica, bem como do fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde nas regiões.

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 08 de julho de 2013 tendo como objetivo principal abrir cerca de 10 mil vagas para médicos com atuação exclusiva na área da atenção básica.

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) apoiou o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM), desde o início, quando ainda se encontrava em fase de implantação pelo Ministério da Saúde (MS). Conhecendo a realidade dos municípios do estado e a dificuldade apresentada por muitos na fixação do profissional médico para atuar em equipes da atenção básica, parecia fundamental à equipe SES-RJ o apoio e o bom desenvolvimento do PMM no estado do Rio de Janeiro. Assim, pode ser citada a participação em reuniões estratégicas para a implantação e consolidação do Programa estruturado pelo Ministério da Saúde, merecendo destaque a presença na reunião da Comissão Nacional de Residência Médica, realizada em Brasília, quando o então Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Mozart Sales, apresentou a proposta do PMM à Comissão Nacional. Nessa oportunidade foi fundamental a presença de Secretarias de Estado que apoiassem o Programa diante do contexto político e dos desafios colocados naquele momento para que o Ministério da Saúde implantasse o PMM.

Neste mesmo contexto, tem ainda destaque a participação da SES-RJ em reunião realizada pelo Conselho Regio-

nal de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) com o Ministério da Saúde, COSEMS-RJ, dentre outros participantes. Nesta reunião foram realizados questionamentos sobre o PMM e foi seguida por solicitações de informações complementares pelo CREMERJ ao Ministério da Saúde. Estas questões pareceram imprescindíveis para a implementação do PMM no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Assim, a SES-RJ seguiu apoiando o início do Programa também em outras ações, participando de encontros em Brasília, promovidos pelo Ministério da Saúde, bem como nas agendas propostas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde no estado.

Por designação do então Secretário de Estado de Saúde, Sergio Cortes, a Superintendência de Atenção Básica (SAB) iniciou seu trabalho com o PMM ainda no ano de 2013. Desde então, a equipe da SAB tem trabalhado na interface com as equipes das gestões municipais para adesão ao programa, na recepção dos profissionais nas semanas de acolhimento estadual, na coordenação da Comissão de Coordenação Estadual (CCE) do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no acompanhamento das ações desenvolvidas.

Neste capítulo procuramos realizar uma análise do PMM no estado do Rio de Janeiro a partir do trabalho desenvolvido no âmbito da Superintendência de Atenção Básica/SAS/SES-RJ. Para isto, abordamos o potencial esperado do programa frente ao cenário da atenção básica no estado; os desenhos das Semanas de Acolhimento Estadual para os profissionais que vieram atuar no Rio de Janeiro; e a atuação da Comissão de Coordenação Estadual (CCE) do PMM e PROVAB. A partir de uma análise crítica destes elementos, foram elencados desafios para as estratégias de provisão de profissionais para a atenção básica em nosso estado.

## **O cenário da atenção básica no estado do rio de janeiro para a implantação do pmm**

Para compreender o potencial da chegada dos novos profissionais no estado do Rio de Janeiro é necessário contextualizar brevemente como estão organizados os municípios em termos de serviços de atenção básica e cobertura populacional estimada.

O estado do Rio de Janeiro, no ano de 2009, organizou uma série de oficinas com o propósito de avaliar uma nova divisão das suas regiões de saúde e da criação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR), previstos na portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006). Os colegiados gestores tinham uma importante função de auxiliar a consolidação do processo da criação de redes de saúde regionalizadas e solidárias.

Após a realização das oficinas, o estado passou a contar com nove regiões de saúde: Metropolitana I, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Baía da Ilha Grande, Norte, Noroeste, Centro-Sul, Médio Paraíba e Serrana, configuração que continua existindo no âmbito do estado (Rio de Janeiro, 2009). Com a publicação do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011), surgem as Comissões Intergestores Regionais (CIR), instâncias deliberativas que substituem os CGR nas regiões de saúde. As CIR estão implantadas e em funcionamento nas nove regiões de saúde.

As regiões de saúde do estado possuem características demográficas bem distintas. As regiões metropolitanas I e II concentram o maior contingente populacional do estado – 73,5% da população e ocupam territorialmente 14,1% da área territorial do estado.

A região Metropolitana I – composta pela capital e pelos municípios da Baixada Fluminense – agrega doze municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica). O município do Rio de Janeiro tem um impacto importante na densidade demográfica do estado, já que este abriga 39,2% da população estadual.

A Metropolitana II é composta por sete municípios (Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá) e os dois maiores municípios da região, São Gonçalo e Niterói, respondem por 9,3% da população residente do estado, o que quando comparado às regiões da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Norte, Noroeste e Serrana, possui maior representatividade do que a população residente de cada região.

As regiões da Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Norte e Serrana, possuem respectivamente 4,6%, 5,3%, 5,4% e 5,7% da população residente no estado. A Baixada Litorânea é formada por nove municípios (Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema), o Médio Paraíba por doze municípios (Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Resende, Quatis, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda), a região Norte é composta por oito municípios (Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabú, Macaé, Quissamá, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra), a região serrana é formada por 16 municípios (Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes).

As regiões da Baía da Ilha Grande, Centro-Sul e Noroeste, possuem respectivamente 1,6%, 2% e 2% da população residente no estado, sendo as regiões com as menores representatividades na população do mesmo. Juntas ocupam o território de 25,3% do estado. A Baía de Ilha Grande é composta por três municípios (Angra dos Reis, Mangaratiba e Parati), a Centro Sul é composta por onze municípios (Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras) e a Noroeste por quatorze municípios (Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai) e juntas agregam 28 municípios do ERJ.

**Tabela 1** – Percentual de população residente nas regiões de saúde e sua representatividade na população geral do estado do Rio de Janeiro

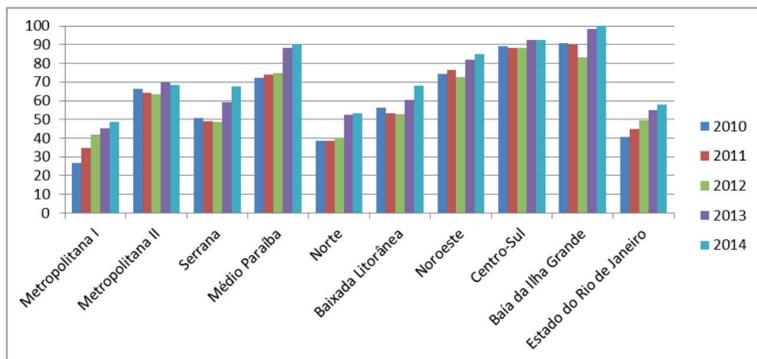
<b>Região de Saúde</b>	<b>População residente em 2014</b>	<b>% de População residente nas regiões de saúde em relação ao ERJ</b>
Baía da Ilha Grande	264.913	1,61
Baixada Litorânea	752.911	4,57
Centro-Sul	326.523	1,98
Médio Paraíba	875.542	5,32
Metropolitana I	10.082.078	61,25
Metropolitana II	2.008.412	12,20
Noroeste	335.686	2,04
Norte	882.578	5,36
Serrana	932.530	5,67
Estado do Rio de Janeiro	16.461.173	100,00

**Fonte:** Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 24.06.2015.

A cobertura de atenção básica também apresenta grande variação entre as regiões de saúde. Apesar dos esforços recentes para a expansão da atenção básica, observados, sobretudo, em municípios de grande porte, o estado do Rio de Janeiro alcançou o percentual de 57,9% de cobertura populacional estimada por equipes de atenção básica em 2014, apresentando ainda uma distância significativa da cobertura de 70,8% no país no mesmo período. Apenas os estados de São Paulo, Pará e o Distrito Federal apresentaram patamares inferiores.

De uma maneira geral, observa-se uma expansão progressiva de cobertura no estado do Rio de Janeiro nos últimos anos. Ainda assim, os dados revelam baixas coberturas de atenção básica no âmbito do estado do Rio de Janeiro e são ainda mais preocupantes nas regiões Metropolitana I e Norte Fluminense. O gráfico abaixo evidencia essa expansão nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2010 e 2014.

**Gráfico 1** – Série Histórica (2010-2014) da Cobertura de Atenção Básica no estado do Rio de Janeiro por regiões de saúde



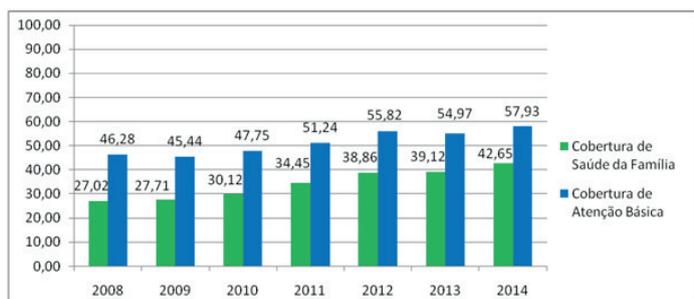
**Fonte:** Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 09/03/2015.

Faz-se fundamental destacar que apenas no ano de 2011 foi alcançada a estimativa de 50% de população coberta por um serviço de atenção básica no estado.

Outro aspecto de grande relevância é a redução da diferença entre a cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em comparação com a cobertura de atenção básica. Este segundo indicador leva em consideração no seu método de cálculo tanto as equipes de saúde da família (eSF), quanto às horas médicas de especialidades básicas (ginecologia/obstetria, pediatria, clínica médica) em unidades básicas com modelo de funcionamento tradicional (Brasil, 2014a). Para ambos indicadores, trabalhamos com o parâmetro de uma equipe para cada 3.000 habitantes.

Ao comparar as duas coberturas no gráfico abaixo, observamos um investimento por parte dos municípios na implantação de novas equipes de saúde da família (eSF), fazendo jus, através do PAB variável, ao recurso de custeio do Ministério da Saúde. Por outro lado, as equipes que atuam no modelo tradicional de atenção básica estão reduzindo.

**Gráfico 2** – Cobertura estimada por equipes de Atenção Básica e por equipes de Estratégia de Saúde da Família no estado do Rio de Janeiro (2008 – 2014)



**Fonte:** Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 09/03/2015.

A expansão da atenção básica, portanto, tem se mostrando essencialmente relacionada à implantação de eSF. Neste contexto, dois principais desafios se destacam: a contratação da equipe multiprofissional e a estrutura física das unidades básicas de saúde.

Uma série de fatores podem contribuir para a compreensão da dificuldade de contratação da equipe multiprofissional, dentre os quais destacamos: o alto custo da equipe, a Lei de Responsabilidade Fiscal e a escassez de profissionais médicos com perfil para atuar na atenção básica.

### **A semana de acolhimento estadual para os profissionais graduados no exterior**

A adesão dos municípios e profissionais ao Programa Mais Médicos tem ocorrido gradualmente de acordo com os editais publicados desde 2013. Cada início de atividade de médicos do Programa pode ser entendido como um “ciclo”. Em cada ciclo, o início da atuação dos médicos graduados no exterior é precedido nacionalmente pelo Módulo de Acolhimento e Avaliação, que ocorre em algumas cidades definidas pela Coordenação Nacional do Programa.

Os Módulos de Acolhimento e Avaliação possuem carga horária mínima de 120 horas e são elaborados e realizados conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e Educação. O conteúdo é baseado na legislação do SUS, com destaque para sua lógica de funcionamento, atribuições dos entes e a atenção básica, e no conhecimento da Língua Portuguesa (Brasil, 2013b). Os profissionais são avaliados durante o referido Módulo e em caso de reprovação são desligados do Programa (Brasil, 2013c)

Durante o primeiro ciclo do Programa que contou com profissionais estrangeiros ou graduados no exterior, após o Módulo de Acolhimento e Avaliação, foi criada a Semana de Acolhimento Estadual, que no Rio de Janeiro buscou apresentar aos médicos a situação de saúde do estado, a sua organização em regiões de saúde e o panorama de serviços de atenção básica nos municípios. As Semanas de Acolhimento Estadual não possuem caráter avaliativo.

Nesta seção realizamos uma retrospectiva dos desafios para a organização destas Semanas de Acolhimento Estadual, bem como para a definição do conteúdo relacionado aos temas mais críticos para a atenção básica do estado do Rio de Janeiro.

A primeira semana foi planejada e realizada em curto espaço de tempo, corroborando para reforçar a articulação, que já estava em curso, entre técnicos e gestores do MS, SAB/SAS/SES, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) e Instituições de Ensino. Nessa oportunidade, o apoio da SES-RJ foi fundamental, pois além da participação na programação, coube ainda, em articulação com o COSEMS-RJ, a operacionalização e logística da hospedagem, uma vez que a mesma não estava prevista para os profissionais.

Para a programação da primeira Semana de Acolhimento Estadual, voltada apenas a intercambistas individuais,<sup>1</sup> foi definida pelas equipes SES, COSEMS e MS, como de maior relevância a discussão de temas pertinentes à organização do

---

<sup>1</sup> O Programa Mais Médicos para o Brasil classifica os profissionais de acordo com sua procedência em três categorias: 1) brasileiros com registro no CRM; 2) intercambistas individuais: estrangeiros em geral e os brasileiros graduados no exterior, que não possuem revalidação do diploma; e 3) cooperados: médicos cubanos participantes do Programa a partir da cooperação internacional.

processo de trabalho da atenção básica e à conformação do sistema público de saúde no estado. “Acolhimento à demanda espontânea na unidade básica de saúde” e “Histórico do SUS e desafios atuais” foram abordados com destaque. Desde essa primeira Semana, a apresentação sobre a divisão dos municípios no estado a partir das regiões de saúde foi considerada de grande importância. Ao término da semana de atividades, os médicos foram encaminhados aos municípios para iniciarem suas atividades laborais.

Após a primeira Semana de Acolhimento Estadual, as demais passaram a estar previstas pelos cronogramas publicados pela Coordenação Nacional para todo o país.

A segunda Semana de Acolhimento Estadual contou com um grande número de profissionais vindos de Cuba a partir da assinatura do acordo de Cooperação Internacional OPAS/OMS, e um pequeno número de intercambistas individuais, totalizando a participação de cerca de 110 profissionais médicos. Neste segundo ciclo do PMM, tivemos um número superior de profissionais e um número maior de municípios contemplados, o que demandou também articulação com maior número de gestões municipais simultaneamente.

Com um grupo grande de profissionais oriundos de Cuba, as características do estado foram apresentadas a partir das diferenças com este país. A população do estado de cerca de 16 milhões de habitantes em comparação com os 11 milhões de cubanos, nossa taxa de mortalidade infantil três vezes superior à encontrada em Cuba e nossos indicadores de tuberculose, hanseníase e sífilis congênita foram destacados.

Nesta ocasião, também passou a ser mais evidenciado o impacto na saúde das desigualdades socioeconômicas e de capacidade de investimento próprio em saúde dos municípios. Foram apresentadas as diferenças entre municípios que se beneficiavam e os que não se beneficiavam da extração de

petróleo no Norte Fluminense e também entre as cidades que são polos industriais nas regiões Metropolitanas e no Médio Paraíba, em relação a municípios vizinhos que não dispõem de tamanhas fontes de arrecadação, por exemplo.

Para maior aproximação dos profissionais com o cenário epidemiológico, a segunda Semana de Acolhimento Estadual incorporou um elenco de indicadores de relevância para a atenção básica por município de atuação. A seleção de indicadores incluiu: número de equipes de saúde da família, cobertura estimada de estratégia de saúde da família, cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família, percentual de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, incidência de sífilis congênita, número de óbitos maternos, taxa de mortalidade infantil, percentual de cura de casos novos de tuberculose e percentual de cura de casos novos de hanseníase.

O cenário epidemiológico passou a ser aprofundado pela equipe da Vigilância em Saúde da SES durante a segunda semana, desdobrando também nas condutas clínicas e fluxos de notificação para os agravos de maior relevância, com destaque para tuberculose, hanseníase, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, e dengue. Atualmente, estes temas são responsáveis pelo maior tempo nas programações.

Enquanto questões mais relacionadas à gestão do sistema de saúde no estado, como o processo de conformação das redes temáticas, não mais entraram nas programações, aspectos mais práticos foram considerados pelas equipes SES, COSEMS e MS como de maior relevância para os profissionais e passaram a ganhar mais espaço nas programações subsequentes.

Após a segunda Semana de Acolhimento Estadual, passaram a ser consideradas para as próximas programações as dificuldades relatadas pelas gestões municipais após o início das atividades dos profissionais nos municípios. Entre as

dificuldades, destacou-se a prescrição dos medicamentos. A equipe da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAFIE) da SAS/SES passou a ocupar maior tempo da programação para que pudesse trabalhar junto aos profissionais as regras de prescrição de medicamentos adotadas no Brasil. Paralelamente, foi necessário o contato da SAFIE/SAS/SES com as redes de farmácias (privadas e públicas) para orientações quanto às características das prescrições que estavam recebendo de profissionais estrangeiros, como registro, entre outras.

Outro tema, que gradativamente, foi sendo considerado como prioritário para as Semanas de Acolhimento, é a apresentação das ofertas pedagógicas do PMM (Supervisão e Curso de Especialização/UNASUS). Nesta apresentação, os profissionais puderam conhecer como seria o funcionamento das ofertas pedagógicas e os compromissos que deveriam assumir no âmbito das mesmas.

No 6º ciclo do PMM, realizado em julho de 2015, a 6ª Semana de Acolhimento Estadual foi estruturada com uma programação semelhante aos ciclos anteriores. Houve ênfase nas ofertas pedagógicas do PMM, espaço para a discussão das grades de medicamentos e da forma de prescrição e foco em agravos e ações estratégicas para a Vigilância em Saúde. Entre estes últimos, destacam-se: estruturação das ações de Vigilância em Saúde no Brasil e no estado, calendário vacinal, doenças de transmissão respiratória, dengue/ Zika/Chikunguya, AIDS e doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose e hanseníase.

Considerando as grandes diferenças entre os municípios em um estado de pequena extensão territorial, a introdução dos profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil ao panorama do Rio de Janeiro se configurou como um grande desafio. Este desafio é manifestado em diferentes dimensões, dentre as quais se destacam a demografia; a divisão político-

-geográfica dos municípios, incluindo as desigualdades socio-econômicas; a complexidade do cenário epidemiológico, com destaque para problemas de saúde praticamente superados em outros países, como a alta Taxa de Mortalidade Infantil e o grande número de mortes maternas e casos de tuberculose, sífilis e sífilis congênita; e a configuração político-sanitária, onde ganham relevância as responsabilidades dos entes federados no SUS.

## **O acompanhamento do programa mais médicos para o Brasil: a comissão de coordenação estadual**

Com a criação das estratégias de provimentos de profissionais para atenção básica, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM), o Ministério da Saúde previu a criação de comissões nos estados para acompanhar e monitorar a implantação e o andamento destas estratégias.

No estado do Rio de Janeiro, a constituição da Comissão de Coordenação Estadual (CCE) do PROVAB foi instituída por meio da Deliberação CIB-RJ nº 2218 de 09 de maio de 2013 (Rio de Janeiro, 2013). Nesta Comissão, inicialmente, havia membros representantes da SES, COSEMS e da Instituição Supervisora, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Com o início do Programa Mais Médicos para o Brasil, se fez necessária a publicação de novas deliberações para atualização da CCE que passa a ser responsável por acompanhar tanto o PROVAB quanto o PMM. As deliberações publicadas foram: Deliberação Conjunta CIB-RJ/COSEMS-RJ nº 23 de 14 de maio de 2014 e alterada pela Deliberação CIB-RJ nº 3415 de 14 de maio de 2015 (Rio

de Janeiro, 2014; 2015a). Os membros participantes da CCE são representantes do Ministério da Saúde, SES/SAB, COSEMS, UERJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Telessaúde/UERJ. Também são convidados para as reuniões representantes de parceiros importantes na discussão de determinadas pautas, como por exemplo representantes do Ministério da Educação (MEC), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), dentre outros.

A Comissão de Coordenação Estadual (CCE) do estado do Rio de Janeiro começou a se reunir no início do ano de 2013 para discutir a implantação do PROVAB e do Programa Mais Médicos para o Brasil, bem como a monitorar o desenvolvimento destas estratégias no âmbito estadual. Também foram planejadas neste momento visitas técnicas e reuniões regionais com gestores e profissionais, a fim de fortalecer e qualificar estes programas nos municípios.

As reuniões da CCE têm periodicidade mensal, com a função de acompanhar o desenvolvimento das estratégias de provimento de profissionais, discutir e apoiar à implantação destas, difundir as informações aos membros da CCE e a gestão dos municípios do estado e acompanhar os casos de solicitações de remanejamento e desligamentos dos profissionais.

A definição das pautas e dos temas prioritários das reuniões da CCE é realizada a partir das sugestões de membros titulares e suplentes da comissão e, até este período, permearam assuntos como: o processo de adesão aos programas de provisão de profissionais; planejamento da semana de acolhimento nos diferentes ciclos dos programas; interface com os gestores municipais para ratificar as responsabilidades da adesão e recepção dos profissionais; informações sobre o curso de especialização em atenção básica disponibilizado aos profissionais do PMM e PROVAB; importância do correto cadastro dos profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabele-

cimentos em Saúde (SCNES); funcionamento dos referidos programas, normativas vigentes, supervisão dos profissionais; elaboração e discussão do regimento interno da CCE-RJ; e visitas pontuais realizadas.

Assim, as reuniões da CCE são espaços potentes para o planejamento de ações, discussão de diversas questões e o local onde decisões são firmadas. Solicitações de remanejamento dos profissionais entre estados, e entre municípios por vezes trazem entraves no desenvolvimento do trabalho da comissão, uma vez que nem todas as situações que se apresentam encontram respostas nas normativas do programa. Com isso, pautas estratégicas para a CCE, como o aprofundamento do planejamento das ações, do processo de trabalho das supervisões e das atividades de integração ensino-serviço propostas pelo Programa acabam perdendo espaço diante das inúmeras pautas relacionadas às normativas do Programa que são demandadas à CCE. Portanto, os membros desta comissão foram discutindo como melhor direcionar as pautas das reuniões, com o intuito de priorizar o planejamento de ações acerca das propostas previstas nas estratégias de provisão de profissionais do Ministério da Saúde.

### **Breves considerações sobre o programa mais médicos para o Brasil no estado do Rio de Janeiro**

Destacamos como objetivos de grande importância para o estado do Rio de Janeiro contidos no Programa Mais Médicos para o Brasil, segundo a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (Brasil, 2013) a diminuição da carência de médicos em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o fortalecimento da prestação de serviços pela atenção básica.

Isso fica evidente quando comparamos a cobertura de atenção básica alcançada pelo estado em 2014 (57,9%) quando comparada à cobertura nacional de atenção básica (70,8%). Sabemos que outros fatores estão relacionados à extensão de cobertura pela Atenção Básica, mas sem dúvida a dificuldade de inserção e fixação do profissional médico tem lugar de destaque nessa análise.

Desta forma, os programas de provisão de profissionais para a atenção básica do Ministério da Saúde – PROVAB e Mais Médicos – foram percebidos como estratégias potentes para a implantação de novas equipes de saúde da família (eSF), e também para recompor equipes incompletas, bem como para a qualificação da atenção básica em nosso estado.

O PMM foi estratégico para a composição de equipes já credenciadas, mas que não estavam em funcionamento, como no caso do município de São Fidélis, localizado na região norte do estado. O município possuía quatro eSF em atuação em dezembro de 2013. Ao longo de 2014, o número de equipes implantadas sofreu uma flutuação, chegando a duas eSF funcionando em abril de 2014. Um ano depois, o município consegue recompor suas quatro eSF, sendo que duas destas, com profissionais do programa.

Outro exemplo é o do município de Campos dos Goytacazes, também da região Norte, que utilizou o PMM para recompor equipes que já estavam credenciadas. O município, no ano de 2013, não possuía nenhuma eSF implantada e em 2014, já havia conseguido garantir novamente o funcionamento de onze eSF - todas compostas por médicos do programa.

Podemos elencar como uma das ferramentas indutoras da expansão das equipes de saúde da família (eSF) por meio do PMM, a Portaria n°1.131, de 23 de maio de 2014 (Brasil, 2014b), que prevê o credenciamento automático de eSF

contemplando os casos em que a quantidade de profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) ultrapassar o número de eSF credenciadas pelo Ministério da Saúde. Como exemplo no estado, citamos o município de Rio das Ostras, localizado na Baixada Litorânea, que foi beneficiado por esta portaria. Em dezembro de 2013, o município possuía cinco eSF credenciadas e implantadas. Ao longo de 2014, o município passou de cinco para onze eSF credenciadas e implantadas. Uma vez que o programa com vistas ao credenciamento destas equipes não foi pactuado na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o município foi contemplado com o credenciamento automático de seis eSF atrelado ao PMM. Assim, impactou um aumento na cobertura de atenção básica no município de Rio das Ostras que em 2013 era de 38% e em 2015 chegou a 54,8% (Rio de Janeiro, 2015b).

Além disso, para exemplificar um município que ampliou a cobertura de atenção básica com a chegada dos profissionais do PMM, citamos o município de Itaocara, da Região Noroeste do ERJ, que entre os anos de 2013 e 2014, possuía uma cobertura de atenção básica de 63,2%, com três a quatro equipes de saúde da família (eSF) implantadas. Atualmente, Itaocara possui sete eSF implantadas, o que refletiu numa cobertura de atenção básica de 89,5% (Rio de Janeiro, 2015b). Além do aumento de cobertura, a necessidade de qualificação dos serviços de atenção básica ganha destaque quando observamos os resultados insatisfatórios em indicadores de saúde, tais como os relacionados às condições crônicas, saúde da mulher e materno-infantil, e tuberculose, mesmo em municípios que já apresentam 100% de cobertura estimada por equipes de atenção básica.

A região Noroeste é composta por 14 municípios que estão localizados às maiores distâncias da capital do estado. Segundo (Brasil, 2015), a população é de 330.091 mil

habitantes, demonstrando densidades demográficas baixas. A região possui média de cobertura de atenção básica de 86,5% entre os anos de 2010 a 2014, considerada alta em comparação à do estado que é de 57,7% (Rio de Janeiro, 2015b). Deste modo, há grande expectativa que em uma região com uma cobertura de atenção básica já elevada, os profissionais do PMM possam contribuir para a qualificação dos serviços oferecidos, principalmente no que tange ao processo de trabalho das equipes de atenção básica destes municípios.

## **Novas propostas e desafios**

O Programa Mais Médicos para o Brasil nos apresenta a possibilidade da ampliação do acesso com qualidade na atenção básica em todo o país, com a proposta de levar profissionais médicos com perfil para atuação na Estratégia de Saúde da Família para as regiões com maior dificuldade em fixar esses profissionais. De fato, ao considerarmos tais propostas, concordamos que o Programa em curto prazo pôde trazer impacto importante na atenção básica do Brasil no que se refere ao provimento de profissionais.

Como planejar e implantar, nesse intervalo de tempo, mudanças na formação do profissional médico que possibilitem a substituição desses profissionais sem maiores prejuízos nos serviços ofertados à população ainda se apresenta como uma grande questão.

Assim, algumas propostas apresentadas na Lei que institui o PMM com objetivo de implantar medidas de longo prazo poderiam concentrar os pontos de maior destaque do programa. Algumas delas, não apresentam muitas inovações quando comparadas às demais normativas já estabelecidas em

relação à formação dos profissionais de saúde para atuação no Sistema Único de Saúde, tais como: a reestruturação do sistema da formação médica no país, com a ampliação do campo de prática médica nas unidades de atendimento do SUS; ampliação da inserção do médico em formação, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade de saúde da população brasileira; aperfeiçoamento de médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país, na organização e no funcionamento do SUS e o estímulo para a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

A própria Constituição Federal de 1988, no Capítulo da Saúde, em seu Artigo 200, já informava que competia ao Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (Brasil, 1988). As Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina, de 2001, revisadas em 2014, já traziam em seu texto muito do que se observa na nova legislação (Brasil, 2001; 2014c).

Ainda com todos os esforços já realizados anteriormente, a formação médica no país ao longo dos anos não demonstra ter realizado grandes mudanças, e embora o número de graduados em medicina do Brasil tenha quase dobrado em dez anos, parece que ainda existem mais postos de trabalho do que profissionais formados para atuar no SUS em todo o país, em especial na atenção básica.

Se alguns pontos da Lei do PMM não são inovadores, podemos destacar algumas medidas que, colocadas em prática, possibilitarão benefícios para a atenção básica em médio e longo prazo, como: reorientação para as universidades com curso de medicina para a oferta de residência médica nas áreas de medicina da família, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com serviços estruturados e com condições de oferta de campo de prática com qualidade para os alunos; aperfeiçoamento de médicos

na área da atenção básica em saúde; e cumprimento das determinações da revisão das diretrizes curriculares dos cursos de medicina realizada em 2014, evidenciando a atenção básica, sua importância e fortalecimento das equipes multiprofissionais de saúde.

Com o lançamento do PMM em um contexto de escassez dos médicos e conseqüente falta de acesso da população a estes profissionais, podemos considerar os avanços alcançados nesse sentido após dois anos de implantação. Parece fundamental que os esforços, a partir de agora, se concentrem para que as medidas lançadas pelo PMM como propostas para médio e longo prazo, acima citadas, passem a ser priorizadas, a fim de que não se perca a oportunidade que se apresenta de mudança definitiva na formação médica, passando a atender as necessidades apresentadas pela população brasileira e pelo Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, um dos grandes desafios que pode se apresentar para gestores federais, estaduais e municipais parece estar na finalização da Cooperação firmada com as Organizações Internacionais diante do período previsto para essa fase do Programa, com a possibilidade de descontinuidade da permanência dos médicos estrangeiros que estão atuando na atenção básica em muitos municípios do país.

Para a SAB/SAS/SES a chegada dos profissionais pelo PMM apresentou inúmeras possibilidades, como também apresentou novos desafios, sendo necessárias diversas articulações com o Ministério da Saúde, com o COSEMS-RJ e com as gestões municipais contempladas, para que pudéssemos ter a mesma compreensão sobre o Programa e pactuar as responsabilidades e atribuições de cada ente. Muitos municípios, apesar do interesse em receber os profissionais, precisavam se preparar de acordo com as normas estabelecidas pelo PMM.

Por meio da realização de encontros com as gestões municipais, sempre realizados de forma tripartite, eram feitas as explicitações sobre as exigências do PMM que precisariam ser cumpridas, tais como: adesão pelo município com a identificação das UBS que receberiam os profissionais, de acordo com os prazos estabelecidos nos editais; bolsa-formação; ajuda de custo; recepção e deslocamento dos médicos no município; moradia; importância do cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde; e orientações de modo que os gestores municipais compreendessem questões sobre a publicação e emissão dos registros dos profissionais do Ministério da Saúde (RMS), no caso dos municípios que receberam médicos intercambistas.

Deste modo, desde o início, como também durante o acompanhamento e seu desenvolvimento, o PMM no âmbito do estado do Rio de Janeiro desencadeou importantes desafios e desdobramentos que foram mediados para superação, contando com a parceria entre os entes envolvidos, SAB/SAS/SES, COSEMS-RJ e Ministério da Saúde, buscando soluções conjuntas para que dificuldades técnico-políticas e burocráticas fossem equacionadas ao longo desse período e não se tornassem impeditivas para o êxito do Programa no estado.

## Referências

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>>. Acesso em 25 jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Educação. Câmara Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 4, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em:< <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em 25 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51. Disponível em:< <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/475247/pg-43-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-23-02-2006>>. Acesso em 23 jun. 2015.
- BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em 23 jun. 2015.
- BRASIL. Lei n.12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1, p. 1-4. Disponível em:<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>>. Acesso em 25 jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1,369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos. Diário Oficial da União,

Brasília, DF, no. 130, Seção 1, p. 49 jul. 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html)>. Acesso em 25 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital Nº 39, de 08 de junho de 2013. Dispõe sobre Adesão de Médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. Brasília, DF, nº130, Seção 3, p. 127 jul. 2013c. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jul/9/edital-no-38-de-8-de-julho-de-2013-adesao-do>>. Acesso em 25 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 154 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 1). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_diretrizes\\_objetivos\\_2013\\_2015\\_2edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf). Acesso em 24 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.1.131, de 23 de maio de 2014. Disciplinar o repasse do Piso de Atenção Básica Variável a ser transferido aos Municípios/Distrito Federal que não efetuaram o cadastramento dos profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil junto ao Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 maio 2014b. Seção 1, p.77-78. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/70827761/dou-secao-1-26-05-2014-pg-77>>. Acesso em 23 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/72042236/dou-secao-1-23-06-2014-pg-8>>. Acesso em 25 out. 2015. Acesso em 25 out.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Brasil. Competência: maio de 2015. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em 24 jun. 2015. (Brasil, 2015)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em 24 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>>. Acesso em 20 jun. 2015.

REVISTA RET-SUS. Órgão oficial da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. Mais Médicos pela Atenção Básica. Mais Médicos em Áreas Vulneráveis. Ano VIII - nº 71 - março/abril de 2015.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Saúde na área: regionalização. Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro: SES, 2009.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite do Estado. Deliberação da CIB-RJ nº 2218 de 09 de maio de 2013. Constitui Comissão de Coordenação Estadual do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 04 jun. 2013. Disponível em: <[http://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/view\\_pdf.php?ie=MTczNjU=&ip=MTY=&s=NTI5OGQzMTdlMjdmODRmMDC5NzQyMTc2MWMwYTUwZTk=](http://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/view_pdf.php?ie=MTczNjU=&ip=MTY=&s=NTI5OGQzMTdlMjdmODRmMDC5NzQyMTc2MWMwYTUwZTk=)>. Acesso em 25 jun. 2015.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite do Estado. Deliberação Conjunta CIB/COSEMS-RJ nº 23 de 14 de maio de 2014. Pactua a Comissão de Coordenação Estadual/CCE do Projeto Mais Médicos para o Brasil/PMM e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica/PROVAB. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 17 jun 2014. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-conjuntas/346-cib-cosems/3363-deliberacao-conjunta-cib-rj-cosems-rj-n-23-de-14-de-maio-de-2014-republicada.html>>. Acesso em 25 jun. 2015.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite do Estado. Deliberação CIB-RJ nº 3415 de 14 de maio de 2015. Ratifica a alteração na Deliberação Conjunta CIB/COSEMS nº 23, de 14 de maio de 2014, que menciona abaixo. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 25 maio 2015a. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/anexos/1770--199/file.html>>. Acesso em 25 jun. 2015.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Informações de Saúde. Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015b. Disponível em: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?coap2014/coapmun.def>>. Acesso em 24 jun. 2015.



## Capítulo 5

### Atenção básica nos cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro<sup>1</sup>

**Celia Regina Pierantoni  
Sweelen de Paula Vieira**

#### **Introdução**

Dois processos quase independentes: uma extensa formação clínica, centrada nas ciências biomédicas, que reforçaria a prática individualista da medicina, e uma abordagem social, com dificuldade de redefinir criticamente essa formação e seus diferentes tipos de prática. Assim, a formação médica é historicamente influenciada por fatores como: concepção predominante do processo saúde-doença, relações socioeconômicas, políticas e ideológicas, organização, administração e avaliação dos serviços de saúde e mercado de trabalho (Feuerwerker, 2007).

Apesar disso, sabe-se que a conjuntura política brasileira tem apresentado mudanças ao longo dos anos no que se refere à tentativa de algumas instituições de implementar

---

<sup>1</sup> Este capítulo é resultado de parte da pesquisa realizada para obtenção do título de mestre de Sweelen de Paula Vieira, orientada pela Professora Celia Regina Pierantoni, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro.

transformações curriculares, com vistas a reorientar a formação médica, tal como apontam alguns estudos (Amaral, 2002; Beltrame, 2006; Oliveira, 2007; Lampert, 2002).

Destarte, nos últimos anos, mais precisamente a partir de 2001, os ministérios da Saúde e da Educação têm formulado políticas e programas destinados a induzir mudanças na formação, dos quais se pode destacar: o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), o Ver-SUS, estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde; o Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde; e, recentemente, o Programa Mais Médicos (PMM) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da graduação em medicina, regulamentadas no ano de 2001 e reeditadas em 2014, segundo o Quadro 1 (Oliveira, 2007; Pierantoni et al., 2012).

**Quadro 1** – Síntese dos principais programas/iniciativas para adequação da formação médica a partir de 2001. Brasil, 2015

<b>Programa / Iniciativa</b>	<b>Finalidade / Público-alvo</b>	<b>Objetivos / Linhas de atuação</b>
<b>Diretrizes Curriculares Nacionais DCN (2001)</b>	Institui as DCNs para os cursos de graduação em medicina do país.	Público-alvo: cursos de graduação em medicina. Induzir que os currículos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS, abandonando a concepção anterior de “currículo mínimo”, já iniciado pela LDB/96.
<b>PROMED (2002)</b>	Reforma curricular e formação médica para o SUS. Público-alvo: cursos de graduação em medicina.	Reorientar o ensino, conhecimentos gerados e serviços prestados com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica.

<b>Programa / Iniciativa</b>	<b>Finalidade / Público-alvo</b>	<b>Objetivos / Linhas de atuação</b>
<b>VerSUS (1ª versão: 2002)</b>	Ensino e aprendizagem no SUS por meio de estágio para estudantes de graduação da área da saúde.	Promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, levando-se em consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação na saúde.
<b>Pró Saúde I (2005)</b>	Integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica. Público-alvo: graduações em medicina, odontologia e enfermagem.	Visa à reorientação da formação dos profissionais de saúde, favorecendo mudanças curriculares segundo três eixos – orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica – com o objetivo de fortalecer a integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).
<b>Pró Saúde II (2007)</b>	Integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica. Público-alvo: todas as graduações na área da saúde.	Em 2007, com a nova Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde, continuando o objetivo de mudança nas graduações em saúde, tendo como um dos principais focos a Atenção Básica.
<b>Pet Saúde (2010)</b>	Promover a formação de grupos de aprendizagem tutorial para o desenvolvimento de atividades em áreas estratégicas do SUS. Público-alvo: estudantes, docentes e preceptores da área da saúde.	Incentiva a integração entre ensino-serviço-comunidade, através da inserção de docentes e graduandos na rede pública de saúde, a fim de que as necessidades dos serviços sejam foco de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. O programa desenvolve projetos nas áreas: Saúde Mental, Vigilância em Saúde e Estratégia Saúde da Família.

Programa / Iniciativa	Finalidade / Público-alvo	Objetivos / Linhas de atuação
<b>Mais Médicos (2013)</b>	Público-alvo: profissionais/cursos de graduação em medicina.	Tem por finalidade formar recursos humanos na área médica para o SUS e 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; e VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.
<b>DCN (2014)</b>	Público-alvo: cursos de graduação em Medicina. Institui as DCNs para aos cursos de graduação em medicina do país.	Induzir que os currículos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS. Tem avanços com relação à DCN de 2001, na medida em que aborda com maior detalhamento a organização dos currículos dos cursos de medicina. Reconhece a Atenção Básica enquanto uma das áreas estratégicas do SUS.

**Fonte:** VIEIRA, S.P. Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em Medicina: o panorama no Estado do Rio de Janeiro. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro, 2015.

Por outra via, segundo Pierantoni et al. (2003), é consensual a incapacidade de adequação das instituições formadoras à velocidade com que são demandados novos perfis profissionais, tanto no referencial para atuação técnica específica, quanto na introdução de concepções pedagógicas que desenvolvam habilidades para apreensão e aplicação crítica dessas novas técnicas. Dessa forma, é inevitável a reflexão: essas políticas e programas têm conseguido influenciar a reorientação da formação médica no Brasil? Qual seu impacto nos cursos de graduação em medicina?

Tendo em vista a aposta feita nos últimos anos para a reorientação do sistema de saúde a partir da Atenção Básica (AB) como “porta de entrada” preferencial, todo esforço empreendido em prol de promover avanços nesse nível do sistema depende, em médio e longo prazos, da provisão de recursos humanos qualificados para atuar no mesmo. Fato é que a AB, considerada pelo Ministério da Saúde como uma das áreas estratégicas, carece de profissionais e, mais ainda, lida com questões referentes à dificuldade em fixá-los em regiões de escassez.

É consensual que o cenário das políticas públicas na área da saúde, nesse caso no que se refere à formação dos profissionais, parece constituir ainda um terreno árido, especialmente pelos questionamentos e conflitos que levantam, pelos desafios para a implementação de tais transformações que envolvem os ministérios da Saúde, da Educação, do Trabalho, as corporações, entre outros.

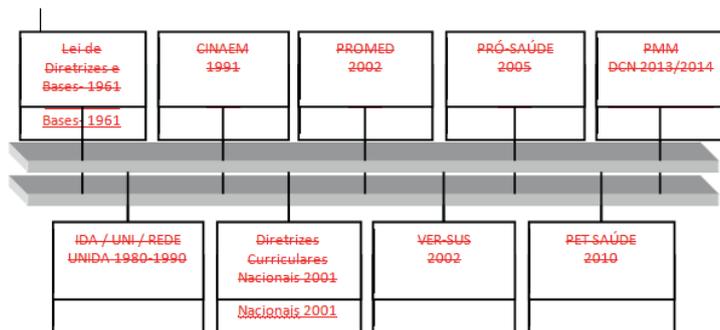
Nesse sentido, entende-se que a análise da formação médica é essencial, constituindo subsídio para o delineamento de programas que visem ao aprimoramento contínuo dessa formação profissional, tendo como exemplo mais recente o Programa Mais Médicos.

Constam, do Quadro 1 as principais iniciativas, a partir de 2001, com relação à indução de mudanças na formação de recursos humanos para a saúde no Brasil e, particularmente, do profissional médico em nível de graduação.

Este texto informa parte dos resultados da pesquisa “Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação: panorama no estado do Rio de Janeiro”, composta por duas fases distintas, sendo a primeira, a análise documental (currículos, ementas e projetos político-pedagógicos dos cursos) e mapeamento das políticas de incentivo à reorientação da formação, implementadas entre os anos 2001 a 2014, com vistas a estimular mudanças na formação médica, tais como: Diretrizes Curriculares Nacionais, PROMED, Ver-SUS, PET Saúde, Pró-Saúde e Programa Mais Médicos.

Representa-se, na Figura 1, uma síntese histórica das intervenções na formação em saúde, particularmente na médica, desde a Lei de Diretrizes e Bases de 1961.

**Figura 1** – Linha do tempo das iniciativas e programas para reorientação da formação dos cursos de medicina. Brasil, 2015



**Fonte:** VIEIRA, S.P. Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama no estado do Rio de Janeiro. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro, 2015.

A segunda etapa consistiu em um survey contendo 48 questões, aplicado a egressos de medicina de cursos localizados no estado do Rio de Janeiro que optaram pela atuação/formação na Atenção Básica. O objetivo foi captar o que pensam acerca da sua formação, sobre o currículo ofertado, como a Atenção Básica foi abordada na graduação, quais foram os fatores que os estimularam a optar pela atuação na Atenção Básica, bem como compreender o que pensam acerca da reorientação da formação para o SUS/Atenção Básica; e delimitar potencialidades e fragilidades para a concretização de tais mudanças, tendo em vista a capilaridade ou não dos programas e iniciativas em curso.

A amostra da pesquisa compreendeu 50 respondentes. Os resultados foram tratados por meio do programa Excel® e apresentados por meio de estatística descritiva. O anonimato dos respondentes foi garantido e sua identificação se deu por numeração de 1 a 50, conforme a ordem de entrada do questionário no banco de dados.<sup>2</sup>

## **A graduação em medicina no Brasil**

A partir de 1991, houve uma expansão dos cursos de medicina no país, com o surgimento de 134 cursos novos, contabilizados até o ano de 2013. Esse crescimento se apresentou mais acentuado na última década (2002 a 2012), com a aber-

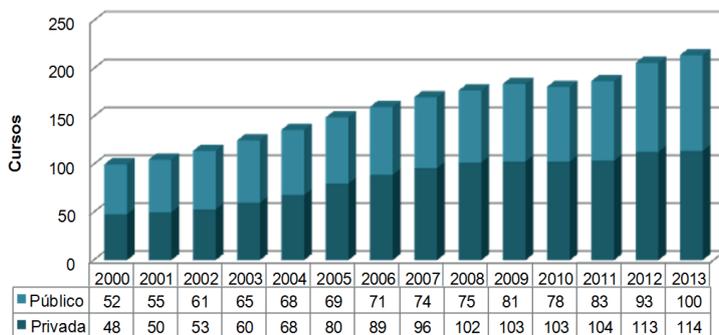
---

<sup>2</sup> Seguindo a determinação da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, em virtude do uso de entrevistas, este trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP-IMS-UERJ) e aprovado sob Registro CAAE 29887614.3.0000.5260.

tura de 100 cursos. Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), de 2013, existem 214 cursos de graduação em medicina e 190 instituições que ofertam graduação em medicina no Brasil (SIGRAS/ObservaRH - IMS/UERJ, 2014).

Em relação à natureza jurídica desses cursos, 53,3% pertencem a instituições privadas, ou seja, 114 cursos privados frente a 100 públicos. No ano de 1991, existiam mais cursos públicos do que privados. Em 2005, o cenário se inverteu e observa-se que o setor privado ultrapassou, em número de cursos, o setor público. Cabe destaque aos dois últimos anos registrados (2012-2013), com aumento de cursos em sete instituições públicas frente a apenas um em instituição privada. Apresenta-se, no Gráfico 1, a evolução dos cursos de graduação em medicina a partir de 2000.

**Gráfico 1** – Evolução dos cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica, 2000-2013. Brasil, 2015



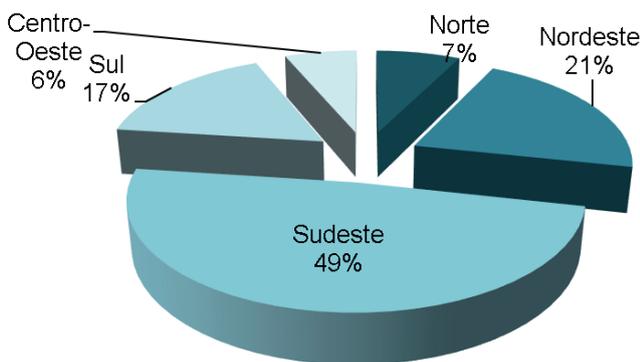
**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS, 2014.

No período 2000-2013, o número de vagas no país obteve crescimento de 108,7%, passando de 9.906 para 20.670 vagas. Até o ano 2000, o setor público era responsável por ofertar

o maior percentual de vagas de medicina. Contudo, desde 2003, predominam as vagas privadas, as quais, em 2013, somaram 12.180, correspondendo a 58,9% do total. A variação no período 2000-2013 foi de 153,5% no setor privado e de apenas 66,4% ,no público. Ainda segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), o Brasil formou, no ano de 2013, 16.495 médicos.

No que se refere à distribuição de vagas, a região Sudeste concentra o maior percentual, ofertando quase 50% do total de vagas de graduação em medicina no Brasil. As regiões Centro-Oeste e Norte disponibilizam os menores percentuais (Gráfico 2).

**Gráfico 2** – Distribuição de vagas de medicina por região. Brasil, 2015

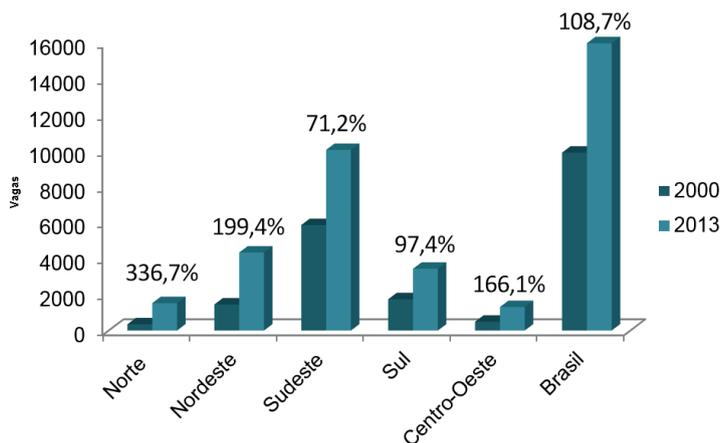


**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014.

Considerando a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em medicina segundo as regiões do Brasil, a região Sudeste foi responsável pelo maior número de vagas durante todo o período compreendido entre 2000 e 2013. Porém, é importante ressaltar que, de acordo com os cálculos

das taxas de crescimento, a região que mais cresceu foi a Norte (336,7%), ao passo que a Sudeste apresentou o menor incremento (71,2%), segundo o Gráfico 3.

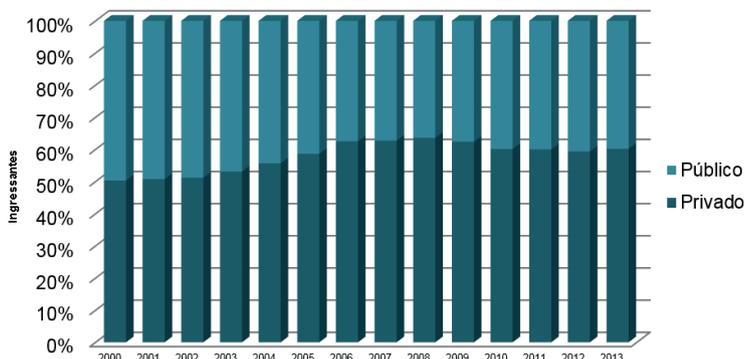
**Gráfico 3** – Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em medicina segundo regiões, 2000- 2013. Brasil, 2015



**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014.

O número de ingressantes em cursos de graduação de medicina no país, em 2013, foi de 21.182; em 2000, os ingressantes não passaram de 11.000. A variação nesse período foi de 95,9%.

**Gráfico 4** – Percentual de ingressantes nos cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica, 2000-2013. Brasil, 2015

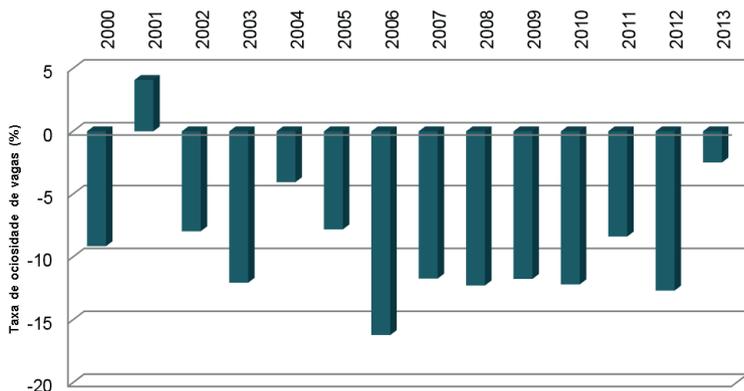


**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014.

Os cursos de medicina do país apresentam taxa de ociosidade negativa,<sup>3</sup> ou seja, durante todo o período 2000-2013, o número de inscritos foi, sobremaneira, superior ao número de vagas ofertadas pelos cursos de graduação em medicina (com exceção do ano de 2001). Esse dado indica alta procura por cursos de graduação em medicina, com nenhuma ociosidade de vaga – ou seja, 100% das vagas ofertadas são preenchidas (Gráfico 5).

<sup>3</sup> Percentual de vagas não preenchidas.

**Gráfico 5** – Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em medicina 2000-2013. Brasil, 2015



**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2014.

Considerando que os cursos de graduação em medicina, independentemente de sua localização, conseguem preencher 100% das vagas ofertadas, e que o número de inscritos, especialmente na esfera pública, é superior à oferta de vagas, imprime-se a necessidade de um planejamento de expansão dos cursos (ou vagas) com taxas de ociosidades nulas (ou negativas). Esse planejamento precisa ser acompanhado da análise das demandas locais do sistema nacional de saúde, em que pesem o contexto epidemiológico, a capacidade instalada e o mercado de trabalho do setor, em um contexto regionalizado (PierantonI et al., 2015).

## A graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro possui 18 cursos de graduação em medicina implantados em 14 instituições de ensino e distribuídos em 12 municípios. Representa 8,4% da oferta de cursos de medicina do Brasil, sendo o terceiro estado do país a concentrar o maior número de cursos.

A análise e a distribuição de cursos no estado apontam para a concentração de cursos no município do Rio de Janeiro, com sete cursos no ano de 2013. Todos os demais municípios representados possuem um curso implantado. Constam, na Tabela 1, os municípios do estado do Rio de Janeiro que possuem algum curso de medicina implantado até o ano de 2012.

**Tabela 1** – Quantitativo de cursos de graduação em medicina por municípios do estado do Rio de Janeiro. Brasil, 2015

<b>Município</b>	<b>Cursos</b>
CAMPOS DOS GOYTACAZES	1
DUQUE DE CAXIAS	1
ITAPERUNA	1
MACAE	1
NITEROI	1
NOVA IGUACU	1
PETROPOLIS	1
RIO DE JANEIRO	7
TERESOPOLIS	1
VALENCA	1
VASSOURAS	1
VOLTA REDONDA	1
<b>Total</b>	<b>18</b>

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 201.

Seguindo o perfil nacional, a maior parte dos cursos de medicina do estado do Rio de Janeiro é de instituições privadas (78%), frente a 22% das instituições públicas.

Em 2013, o total de vagas ofertadas no estado foi de 2.450, representando 11,5% da oferta de cursos do país (Quadro 2). O município do Rio de Janeiro detém a maior oferta de vagas do estado, sendo 1.107 no ano de 2013. Niterói (município da região metropolitana) apresenta o segundo maior quantitativo, representado com um total de 180 vagas, seguido por Teresópolis (município da Região Serrana), com 164 vagas em 2013.

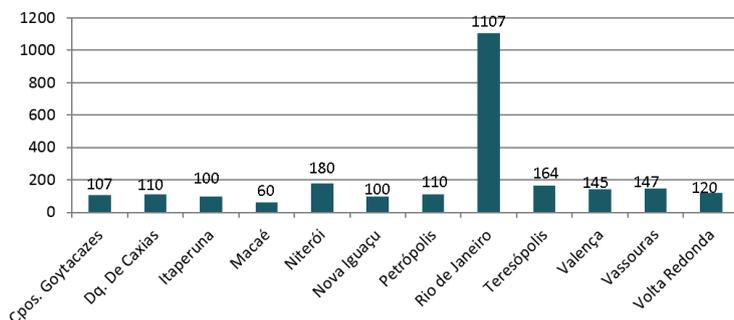
**Quadro 2** – Evolução de vagas de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro, segundo natureza jurídica, 2000-2013. Brasil, 2015

Ano	Público	Privado	Total
2000	574	1686	2260
2001	584	3188	3772
2002	584	1853	2437
2003	587	1813	2400
2004	586	2952	3538
2005	586	2106	2692
2006	586	1986	2572
2007	586	1859	2445
2008	586	2082	2668
2009	616	1697	2313
2010	660	1763	2423
2011	670	1682	2352
2012	702	1552	2254
2013	790	1660	2450

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2014.

No Gráfico 6, apresenta-se o quantitativo de vagas de graduação em medicina, segundo municípios.

**Gráfico 6** – Quantitativo de vagas de graduação em medicina, segundo municípios. Brasil, 2015



**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2014.

Cabe ainda destacar que há previsão de criação de três novos cursos de medicina no estado, nos municípios de Angra dos Reis, Três Rios e Itaboraí, somando 155 vagas. Essa expansão contemplaria, assim, municípios onde ainda não há oferta de vagas nesses cursos (Brasil/MS, 2015).

Destarte, apesar dessa expansão, observa-se que, no estado do Rio de Janeiro, houve redução da oferta de vagas, pois, em 2000, ofertavam-se 2.260; em 2013, 2.450; e em 2015, 2.222 vagas – ou seja, um número de vagas inferior ao ofertado no ano 2000. Segundo esses dados do Ministério da Saúde, houve redução de 120 vagas em cursos de instituições privadas, localizadas em dois municípios do estado. Essa característica de redução difere do perfil nacional de expansão de vagas.

## **A formação médica no estado do Rio de Janeiro e a Atenção Básica**

Das 14 instituições de ensino superior (IES) que oferecem cursos de medicina no estado do Rio de Janeiro, obteve-se acesso aos currículos, ementas e projetos pedagógicos de 11 instituições (totalizando 13 cursos). Desses, cinco são de instituições públicas e oito, de IES privadas. Tendo por base as Diretrizes Curriculares Nacionais do ano de 2001, observou-se que, dos 13 cursos analisados, apenas um possui o currículo atualizado antes da vigência da mesma.

Com relação à adesão de políticas e programas para reorientação da formação, dos 13 cursos analisados, cinco aderiram a, pelo menos, um programa (um dos cursos aderiu a dois), sendo a seguinte distribuição: Pró-Saúde (n=3), Promed (n= 1) e PET-Saúde (n=2). Observou-se, ainda, que dos cinco cursos que aderiram a alguma política, quatro pertencem a instituições de ensino públicas, dando pistas de maior capilaridade dessas políticas nessas instituições.

A análise documental dos cursos de medicina evidenciou que a maior parte dos cursos possui como características a divisão disciplinar em ciclos básico e profissional. Com exceção de um curso, os demais apresentam disciplinas que pretendem abordar conteúdos da AB. O que se observa, contudo, é a diferença na distribuição dessas disciplinas quando se comparam os cursos. Alguns apresentam a oferta dessas disciplinas predominantemente no início da graduação, retornando apenas ao final com o internato, sugerindo frágil articulação entre conteúdo teórico e prático nesses casos. E ainda, essa articulação aparentou ser mais frágil nos cursos de natureza jurídica privada. O quadro a seguir aponta a distribuição das disciplinas que contemplam a Atenção Básica nos cursos analisados (Quadro 3).

**Quadro 3** –Abordagem da Atenção Básica nos cursos analisados, segundo período letivo. Brasil, 2015

C/P	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
A			■									■
B	■	■		■					■			
C									■	■	■	■
D												■
E	■	■										
F												
G	■	■								■		
H					■		■		■			
I	■	■							■	■	■	■
J	■	■	■	■					■			
K		■	■	■	■				■	■		

**Fonte:** VIEIRA, S.P. Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama no Estado do Rio de Janeiro, 2015

\*c/p= Curso/Período

\*\*Instituição “F”: AB apenas em disciplinas eletivas.

A segunda fase da pesquisa compreendeu o período de campo, com aplicação de um survey. A primeira parte do questionário buscou compor o perfil dos respondentes: 56% pelo sexo feminino, com média de idade de 32 anos, sendo 54% egressos de cursos de medicina de natureza jurídica pública. Com relação ao tempo de atuação na AB, até o momento da pesquisa, 42% estavam atuando, referindo tempo de atuação entre um a três anos.

Quando perguntados acerca dos aspectos negativos de seu curso de medicina, os mais citados foram: falta de oferta de opções diferenciadas de vivência no currículo (n=19); pouca integração entre teoria e prática (n=17); algumas disciplinas ministradas em baixa carga horária (n=16); e ausência de

abordagem de alguns conteúdos (n=14). Cabe destacar que a questão permitia múltiplas respostas.

E ainda, para os que responderam a opção “outros”, os principais aspectos negativos citados foram: a maioria das aulas foram ministradas por médicos sem formação/atuação na AB (n=8); baixa carga horária prática em AB (n=6); poucas aulas com conteúdos da AB (n=5); muita ênfase nas especialidades/medicina terciária (n=4); e, professores/departamentos têm dificuldade em implementar mudanças para contemplar a AB (n=2).

Cabe destacar que a questão anterior, sobre disciplinas ministradas em curto período/carga horária, era aberta e permitia múltiplas respostas. Além dos nomes das disciplinas, algumas falas chamaram bastante atenção, como a que se segue:

As disciplinas voltadas para saúde pública e atenção básica são ministradas somente no início da graduação e no final em disciplinas que são muito teóricas e que, essencialmente, não levam os graduandos para a prática na atenção básica. [respondente 7].

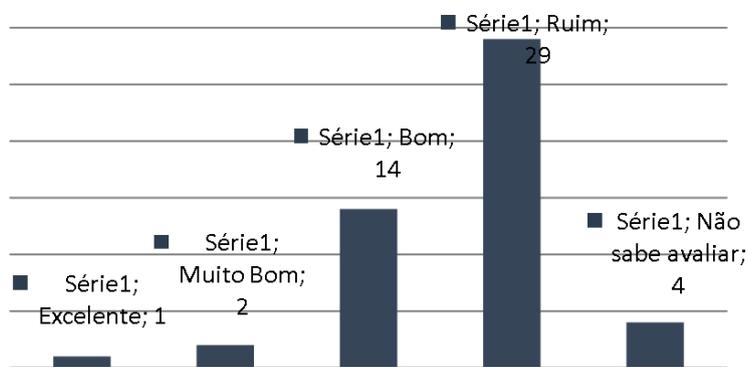
Esta fala expressa algumas características observadas na análise documental dos cursos: a Atenção Básica está contemplada em momentos pontuais na graduação e, muitas vezes, ligadas apenas a disciplinas mais teóricas. Essa dimensão aponta para a relevância do PMM em um de seus objetivos de aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica, durante o processo de formação.

Outro achado apontou que 44% dos respondentes referiram alguma abordagem da AB; 18% afirmaram terem sido abordadas apenas as disciplinas eletivas; e 38% que a AB não

foi abordada na graduação. Esses percentuais podem expressar, em alguma medida, a fragilidade da AB em muitos currículos de medicina do estado do Rio de Janeiro: se 44% se referiram à abordagem da AB, outros 56% se dividem entre a não abordagem e a abordagem apenas em disciplinas eletivas, o que por si só pode ser insuficiente.

Ainda sobre a formação, buscou-se saber a opinião dos respondentes sobre o currículo da graduação para a atuação na AB. Os resultados apontaram que 58% dos egressos consideraram que sua graduação em medicina foi “ruim”, referindo-se à AB, seguidos por 28% que consideraram como “bom” (Gráfico 7).

**Gráfico 7** – Opinião dos respondentes sobre o currículo da graduação em medicina para a atuação na Atenção Básica. Brasil, 2015



**Fonte:** VIEIRA, S.P. Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama no estado do Rio de Janeiro, 2015.

A análise dos dados indica a baixa inserção e qualidade da abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação de medicina no estado do Rio de Janeiro.

No que se refere às políticas/programas para a reorientação da formação, apenas 26% referiram conhecer adesão a algum programa por parte da instituição de ensino. Dentre os que afirmaram a adesão, 77% citaram o programa PET-Saúde e 15% o Pró-Saúde. Quanto à participação no programa, 69% dos respondentes afirmaram não ter participado.

Com relação à adequação das estratégias adotadas para a reorientação da formação de médicos no país com vistas à Atenção Básica, 60% consideram que estas não são adequadas ou não impactam a formação. Entre as justificativas apontadas, sobressai a pouca abordagem da Atenção Básica, bem como a restrição a conteúdos teóricos. Foi destacado, também, o perfil curricular com foco apenas nos aspectos clínicos e a preponderância dos hospitais como cenário de prática. Alguns participantes referiram, ainda, desconhecimento sobre as políticas/programa para a reorientação da formação.

Os aspectos mencionados suscitam, pois, a reflexão sobre o impacto dessas estratégias nos cursos de graduação em medicina e a necessidade de aumentar a capilaridade dos mesmos junto às instituições de ensino superior, com divulgação e disseminação das mesmas.

Mais ainda, os respondentes consideraram que a formação médica deveria rever os seguintes aspectos, a fim de propiciar abordagem da Atenção Básica na graduação: inserir precocemente os graduandos em campos de prática na AB (n=38); proporcionar campos de prática para vivência na AB (n=37); investir na qualificação docente para AB (n=36); readequar o currículo para oferta de disciplinas que contemplem a AB (n=35); realizar articulação entre teoria e prática ao longo do curso (n=34); e, aumentar a carga horária de atividades que envolvam a prática na AB (n=20).

Cabe destacar que algumas iniciativas têm buscado mudar certos aspectos da formação de médicos, com vistas à maior

articulação entre teoria e prática e adequação do currículo às necessidades regionais. Nesse contexto, cabe ressaltar o projeto de caráter regional e interdisciplinar que vem sendo desenvolvido pela Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), criado pela Lei nº 12.818, de 5 de junho de 2013, e concebido para atender às exigências da nova conjuntura econômica e política, bem como às especificidades socioeconômicas da região Sul da Bahia (Brasil/MEC, 2013).

Objetiva-se formar os sujeitos locais e conformar quadros profissionais e tecnológicos para atender às demandas regionais. Entre as inovações previstas no projeto, incluem-se a arquitetura curricular em ciclos de formação com modularidade progressiva, com certificações independentes a cada etapa: regime letivo quadrimestral com otimização de recursos financeiros, físicos e instalações; e uso intensivo de tecnologias de informação nos processos de aprendizagem ativa, com foco na autonomia. Trata-se, portanto, de uma proposta com foco nas necessidades locais e cuja estruturação se baseia na formação de profissionais com competências para atuar na transformação/melhoria da região, como apontado por Pierantoni et al. (2015).

Com relação ao grau de sensibilização dos cursos de graduação em medicina para atuação dos futuros médicos na Atenção Básica, 40% dos participantes referiram que sua graduação de origem pouco influenciou e sensibilizou para sua atuação ou escolha pela Atenção Básica, seguidos pelos que referiram que a graduação influenciou razoavelmente (30%).

Dentre os principais motivos que levaram os egressos a optarem pela especialidade em medicina de família e comunidade, destacam-se: (MFC) / atuação na Atenção Básica, a identificação com a filosofia da Atenção Básica (n=46), a remuneração (n=9), a oferta do mercado de trabalho (n=6),

a graduação (n=6), os incentivos (n=1). Cabe destacar que esta questão permitia respostas múltiplas.

Estudo realizado por Neto et al. (2009), com o objetivo de conhecer os principais motivos do desinteresse dos estudantes de medicina pela especialidade em MFC, encontrou como um dos principais motivos a pouca vivência em Atenção Básica durante a graduação de medicina. Tal achado aponta a relevância do papel da graduação para o fortalecimento da futura atuação na AB, assim como a importância de reorientação da mesma, tal como propõe o Programa Mais Médicos.

Com relação à inserção precoce nos campos de prática durante a graduação, apenas 8% se disseram satisfeitos, ficando em igual percentual com os que se consideram insatisfeitos e parcialmente satisfeitos (46%). E ainda, 52% revelaram estar parcialmente satisfeitos com a inserção precoce em atividades práticas, relevantes para futura vida profissional. Nesse caso, entende-se que a introdução de novos cenários de prática pode vir a desempenhar papel essencial na mudança do perfil dos médicos formados, contribuindo para concretizar esse conceito mais amplo de saúde, desde que venha acompanhada de mudanças nas práticas de saúde.

Fechando o bloco de questões, 56% dos egressos afirmaram não estar satisfeitos com a graduação no que se refere à integração ensino/serviço, vinculada às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Chama a atenção o fato de a maior parte dos respondentes considerarem como ruim os currículos de seus cursos, quando se fala em abordagem da Atenção Básica. Outro ponto é o fato de muitos terem pontuado a não influência da graduação em suas escolhas pela atuação na Atenção Básica / Residência em MFC. Assim, os achados apontam que a graduação não tem sido fator relevante na escolha desses egressos para sua atuação futura, em relação à AB.

No Brasil, o documento das diretrizes curriculares, aprovado em 2001, foi o instrumento de maior peso para a reorientação do perfil do médico, advogando uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para um médico capaz de atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência. A nova diretriz curricular, regulamentada em 2014, prevê que, no mínimo, 30% da carga horária prevista para o internato médico da graduação em medicina deverão ser desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos desse internato. Ainda, as atividades do regime de internato voltadas para a AB devem ser coordenadas e voltadas para a área da medicina de família e comunidade.

## **Considerações**

O Programa Mais Médicos, criado a partir da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, integra o conjunto de políticas públicas voltadas para a ordenação de recursos humanos para a saúde. Representa uma ação governamental intersetorial e articulada de órgãos públicos da saúde e da educação, nos três níveis da organização político-administrativa do país, coordenada, no nível federal, pelos ministérios da Saúde e da Educação. Nos estados e municípios participam da execução do programa as secretarias estaduais e municipais de Saúde e universidades públicas e privadas.

A partir da leitura dos objetivos do PMM, pode-se concluir que a maioria diz respeito à ordenação da formação de médicos no país, não tendo por foco ser um programa meramente assistencial. Contudo, para sua qualificação, os objeti-

vos relacionados com a educação médica devem ser avaliados com métodos apropriados aos processos de formação, com utilização de indicadores pertinentes. Além disso, tal como se indica aqui, há grande fragilidade na capilaridade dos programas de formação nas instituições de ensino, sendo este um ponto crucial a ser observado para se alcançar os objetivos do programa, no que tange ao reordenamento da formação.

Outro ponto diz respeito à concentração de oferta de vagas dos cursos de medicina no país, apesar do incremento que vem sendo observado nas regiões Norte e Nordeste nos últimos anos. Assim, espera-se que o PMM possa contribuir para a redução das desigualdades da oferta e distribuição desses profissionais, já que a prioridade para alocação de novos médicos e cursos de medicina é dada a municípios de áreas de difícil acesso e provimento; e que possa, ainda, melhorar os indicadores de saúde básicos nesses locais.

Assim, também é muito importante lembrar que o propósito global do PMM é ordenar a formação de médicos. Se entre os seus objetivos está “contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica em saúde”, isto se deve ao fato de que, para a mudança desejada na formação de médicos, é essencial que a maior parte do treinamento em serviço desses novos médicos ocorra em contextos de prestação de serviços que atendam e resolvam a maior parte dos problemas de saúde da população brasileira.

Os resultados apontam a frágil contribuição da graduação em medicina para a sensibilização dos futuros médicos quanto à escolha e atuação futura na AB. Isto parece ainda estar muito mais relacionado a uma opção individual ou de oportunidade (financeira, por exemplo), na medida em que grande parte dos entrevistados referiu ter optado pela especialização na AB por identificação com esse nível de atenção.

Em que pese não se pretender avaliar a qualidade dos cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro,

esses resultados nos levam a refletir se essas instituições e seus respectivos cursos estão formando médicos para atuarem futuramente em conformidade com o modelo de atenção proposto pelo SUS. E, mais ainda, se esses cursos sensibilizam estudantes para a escolha e futura atuação no âmbito da Atenção Básica.

Apesar de reconhecidos avanços, permanecem desafios no âmbito das políticas públicas de saúde e educação a serem enfrentados pelos programas que visam à reorientação da formação de médicos no Brasil, com destaque para o Programa Mais Médicos.

## Referências

- AMARAL, J. L. *Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência, nos anos 90 na ordenação de recursos humanos para o SUS*. Uerj [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: 2002.
- BELTRAME, R. L. *A formação do médico: um debate à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais*. Pontifícia Universidade Católica [Tese de doutorado] São Paulo: 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23 out. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. CNE/CES. Resolução CNE/CES/MEC n.4. Em 7 de novembro/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, Brasília, 2001.
- \_\_\_\_\_. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
- BRASIL. Ministério da Educação. Universidade Federal do Sul da Bahia. Chamada Pública 01/2013. Itabuna, 01 jul. 2013. Disponível em: <http://www.ufsba.ufba.br/content/chamada-p%C3%BABlica-012013>
- FEUERWERKER, L. C. M; PEREIRA, L. A. *O papel dos mecanismos de indução para a transformação da formação médica*. In: Seminário

- FEUERWERKER, L. *Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI*. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.10, p.37-50, 2002.
- KOIFMAN, L. *O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense*. Hist. cienc. saúde-Manguinhos. 2001, vol.8, n.1, pp. 49-69. ISSN 0104-5970.
- LAMPERT, J. B. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil*. Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP/FIOCRUZ [Tese de doutorado] Rio de Janeiro, 2002.
- OLIVEIRA, N. A. *Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros*. Instituto Oswaldo Cruz-IOC/FIOCRUZ. [Tese de doutorado] Rio de Janeiro: 2007.
- PIERANTONI, C. R et al. *Graduações em Saúde no Brasil: 2000-2010*. Cepesc. ObservaRH- IMS/UERJ. Rio de Janeiro: 2012.
- PIERANTONI, C. R et al. *Avaliação do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde: uma proposta de metodologia*. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises. / André Falcão (org.) et. al. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- PIERANTONI, C. R et al. *Formação médica em nível de graduação: período 2000-2013*. [Nota técnica], 2015. Disponível em: [www.resbr.net.br](http://www.resbr.net.br)
- VIEIRA, S. P. *Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro*. 2015. 162p. [Dissertação de mestrado].

## Capítulo 6

# A participação das entidades médicas: da Reforma Sanitária e sua resposta ao Programa Mais Médicos

**Hésio Cordeiro, UERJ**

### **Introdução**

Apresentar objetivos do texto e divisão em tópicos; assinalar o caráter memorialista e centrado nos atores individuais relevantes para a formação do consenso sobre a reforma sanitária e a atuação das principais entidades médicas como representantes de interesses corporativos os quais, conforme o ambiente político, adotam agendas políticas.

Muitas opiniões e referências a posições adotadas por atores relevantes vem do testemunho do autor, que participou intensamente do movimento sanitário desde o seu início na segunda metade dos anos 1970.

### **A atuação das entidades médicas**

Com relação à atuação das entidades médicas e sua participação ao longo dos anos 1980 com relação à agenda da reforma sanitária e sua adesão à agenda reformadora, atenção

especial deve ser dada ao Sindicato dos Médicos. O sindicato dos médicos teve uma forte atuação crítica ao sistema de saúde vigente e culminou com o apoio à Reforma Sanitária. Entre os sindicatos dos médicos, o do Rio de Janeiro apoiava diretamente a Reforma Sanitária, embora sem perder o foco nas questões de remuneração e de salário. Uma crítica forte é que as reformas da época acabaram ignorando a participação dos enfermeiros, psicólogos e outros profissionais de saúde e este é um problema que trataremos adiante com relação ao próprio Programa Mais Médicos.

Naquele momento nós atuávamos no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e o apoio do sindicato dos médicos tinha fundamentalmente características corporativas e em defesa dos interesses dos médicos. Isto no que se refere aos sindicatos médicos que se manifestavam publicamente. Além dos sindicatos médicos mais atuantes na Reforma, o recém-criado Centro Brasileiro de Estudos de Saúde CEBES fortaleceu o movimento político e, com o foco menos corporativo, a atuação dos sindicatos médicos ficou mais nítida e a relação no âmbito do movimento adquiriu um tom mais político. No período da ditadura (1964-1985), os sindicatos médicos adotavam a proposta “Democracia e Saúde”. O CEBES também aderiu a esta bandeira e as duas agendas (políticas e corporativas) se juntaram. Ao longo do processo, o tema Democracia e Saúde dominou a cena política.

Na verdade, esta bandeira acabou sendo formulada pelos sindicatos e o CEBES a adotou em função da atuação de Sergio Arouca (Arouca, xxxx), uma liderança que já tinha uma atuação muito destacada na política de saúde. A sua visão era mais política do que técnica, o que contribuiu para politizar a atuação dos sindicatos médicos, incluindo o próprio combate à ditadura.

Outro ator relevante e neste mesmo período foram o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e a prestigiada liderança de Carlos Gentile de Melo. Este estabeleceu a crítica ao pagamento de procedimentos médicos pela Previdência Social por meio da vigente Unidade de Serviço (US) considerado um fator incorrigível de corrupção (Gentile de Melo, xxxx).

As denúncias de corrupção se baseavam nos pagamentos por US e este tipo de crítica pautou o Movimento da Reforma Sanitária na época e a partir deste ambiente é que foram geradas as Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1981 (Cordeiro, xxxx). Outras lideranças se destacam, como Eleutério Rodrigues e José Gomes Temporão, e as AIS aos poucos vão sendo aceitas pelo CEBES e sindicatos dos médicos, mesmo sem uma definição muito clara do que se tratava. No entanto, havia o apoio formal às AIS, que representavam um prenúncio da Reforma Sanitária.

Ainda no processo político, é importante lembrar que o IMS/UERJ nos anos de 1968 e a 1969 fez diversos convites a lideranças como Carlos Gentil de Mello para fazer palestras e publica um texto de Hélio Cordeiro, José Luís Fiori e Reinaldo Guimarães sobre o Sistema Único de Saúde.

Na época se criticava muito a dispersão de entidades e de instituições que as AIS agregar e a proposta das lideranças da reforma era mais radical na direção da criação de um sistema de saúde que fosse unificado e isto fez com que em 1979 e início de 1980 o IMS o documento “Saúde e Democracia” (xxxx) onde explicitamente se propõe o Sistema Único de Saúde o qual é pela primeira vez nomeado e novamente referendado na transição do governo Tancredo Neves. Com o falecimento do Presidente, assume o seu Vice José Sarney. Este adota a proposta, influenciada por uma reunião realizada em Montes Claros (MG) sob a liderança de José Saraiva

Felipe (xxxx) que representava a municipalização dos serviços de saúde. Nesta proposta, o sistema deveria ser unificado a partir de sua base e envolvendo diretamente os Municípios e, em segunda nível, os Estados.

Ao longo deste processo político, em março de 1985, Valdir Pires ao assumir o Ministério da Previdência convida a Hésio Cordeiro para dirigir o INAMPS, o qual confere ênfase à expansão do sistema de saúde para Municípios e Estados, principalmente os de Minas Gerais e São Paulo. Ainda com relação aos atores relevantes no processo da reforma, Alexandre Pinote, ao assumir a direção da Secretário de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), incorpora à rede estadual os hospitais federais situados em São Paulo. Igualmente nesta administração, em conjunto com o INAMPS, com a transferência dos hospitais do INAMPS para a SES/SP, as AIS se consolidaram.

A direção do expandiu este processo de transferência de hospitais para as secretarias estaduais de saúde em Minas Gerais, na Bahia, em Pernambuco, aos poucos diversos outros Estados, embora o processo mais sólido tenha sido em São Paulo. O último Estado a aderir foi o Rio de Janeiro onde o secretário estadual durante o governo de Leonel Brizola era refratário a algumas lideranças da reforma e possui uma visão mais crítica quanto ao sistema unificado com base na ideia de que o fenômeno da saúde dependia muito mais das condições econômicas e sociais do que propriamente dos assuntos de saúde. Este tipo de divergência na reforma sanitária, no entanto, foi superado em 1988 com a VIII Conferência Nacional de Saúde (xxxx).

A noção de ideário sanitarista vem junto com a maior relevância do CEBES no movimento sanitário em detrimento do sindicato e das entidades médicas. Então a marca principal de 1985 até 1988, com a VIII Conferência Nacional de Saúde

(CNS), vai ser a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e menos ocupada pela questão corporativa e sindical, a qual persistia como a bandeira dos Sindicatos Médicos.

## **Iniciativas de interiorização da medicina**

Com relação aos projetos de interiorização da medicina e de incentivos à atuação dos médicos em áreas remotas e de maior risco social, Gentile de Melo (xxxx) já chamava a atenção para o fato da distribuição da renda da população determinar a distribuição dos médicos, que seguiam onde estava o dinheiro e a remuneração. Os modos de recebimento de dinheiro pelos médicos seguiam os meios de pagamento pelos serviços. Por exemplo, havia uma correlação perfeita entre a distribuição de médicos nas regiões e a cobertura de agências bancárias. Isto não decorria de terem os médicos muitos recursos financeiros, mas do fato das agências bancárias representarem o grau de atividade econômica da região. A distribuição dos médicos seguia mais a atividade econômica do que a riqueza dos médicos. Não porque os médicos podiam auferir mais lucros, mas porque a população podia pagar mais para os médicos e esta percepção fazia com que a distribuição dos médicos seguisse a da riqueza nacional.

Em termos de iniciativa de interiorização dos médicos, houve, em 1976, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e depois, em 1980, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS). Foram algumas das iniciativas do Governo Federal, mas que não saíram do papel.

Havia as políticas de municipalização como estratégia de interiorização dos médicos, mas tinham pouca eficácia. Porém,

como a distribuição dos médicos seguia a da atividade econômica, todas as tentativas de interiorização até então dependiam da distribuição da riqueza que estava concentrada nas grandes capitais, como Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, e não nas regiões mais carentes. Logo, para se fazer uma distribuição mais equitativa dos médicos seria necessária uma distribuição mais justa da riqueza. Era muito mais uma necessidade de solução da estrutura econômica do que de regulação de mercado. Este pensamento unificava aqueles mais à esquerda e mais socialistas ou comunistas. Aliás, por algum tempo os profissionais de saúde da reforma eram tachados de estarem a serviço de causas socialistas ou comunistas.

Com relação ao PREPS, por exemplo, a posição dos sindicatos e dos conselhos médicos frente a uma ação mais ativa em favor da interiorização era mais centrada na questão corporativa e de remuneração. Em 1985, com a criação do INAMPS e sob a nossa direção na sua presidência, foram destinados mais recursos financeiros aos Departamentos de Medicina Coletiva e de Medicina Social e às Faculdades de Medicina, o que ajudou ao desenvolvimento de ações mais políticas e que aceleraram as AIS e à criação das bases da Reforma Sanitária.

## **O Programa Mais Médicos e as entidades médicas**

Com relação à resposta das entidades médicas ao Programa Mais Médicos, a crítica da atuação em especial dos médicos cubanos não resolve o problema em questão.

Não se resolve o problema da distribuição de médicos com a importação especialmente de médicos cubanos. É preciso dar mais ênfase na atuação médica nacional e que conheceu

a realidade brasileira. Os cubanos são uma questão secundária e temporária. É uma solução emergencial para a grande carência de profissionais de saúde. A crítica a ser feita é que se deve dar muita ênfase na questão multiprofissional e envolve enfermeiros, psicólogos e outros profissionais. O debate está focando demais na atuação médica e na importação de médicos cubanos.

O problema corporativo e da distribuição dos médicos pelo país é antigo e já se apresentava há décadas atrás. No fundo há o problema da inserção da saúde através dos planos privados de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) só foi criada na década de 90. Mas a discussão sobre a formação de uma agência nacional de saúde vem dos anos 1980, mas dentro de uma visão que era muito brigatista, onde o fortalecimento das entidades privadas deveria ser regulado.

Se considerarmos esta ideia de liberdade do trabalho, veremos que esta questão antecede o SUS e remonta à época do INAMPS. A distribuição muito irregular de médicos, como na antiga frase de Carlos Gentile de Melo citada anteriormente, continua vigorando porque o médico está onde a riqueza está, não porque os médicos sejam ricos e procuram se concentrar onde tem possibilidades de auferir recursos. É isto que provoca uma distorção grande da ideia da redistribuição dos médicos.

Assim, a sustentabilidade do Programa Mais Médicos está atrelada à desconcentração da riqueza no país. Desde a III Conferência Nacional de Saúde no final do Governo João Goulart que Wilson Fadul Filho já propunha que o problema da distribuição dos médicos só iria se resolver com a distribuição da riqueza e se a ação de saúde estivesse centrada nos municípios, mas que era fundamental que a distribuição das riquezas acompanhasse o fortalecimento da municipalização da saúde.

Uma crítica comum na época era que as reformas acabaram por ignorar a participação dos enfermeiros, dos psicólogos e dos outros profissionais de saúde além dos médicos. Sempre foram muito centradas nos médicos. A crítica ao Programa Médicos é que acaba sendo centrado numa só atividade e que acaba valorizando a atuação do médico e não dos outros profissionais.

Outro aspecto a destacar foi a implantação no país dos programas de saúde da família. O objetivo central destes programas está em ter ação mais integral e uma atuação na saúde que relativize um pouco a posição médica porque incorpora os profissionais não-médicos que garantem uma melhor eficácia das ações. No Ceará, por exemplo, onde os agentes comunitários de saúde foram implantados, o resultado foi uma redução drástica da mortalidade infantil e da mortalidade materna que até hoje persistem elevadas nas grandes capitais brasileiras, inclusive no Rio de Janeiro. Então esta atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) no Ceará evidencia um resultado positivo. Todas as iniciativas que se basearam no PSF contribuiriam ou contribuíram para proporcionar uma melhor distribuição não só de médicos, mas sim de profissionais e saúde. Poderiam dar origem a um modelo que fosse de mais saúde e não de mais médicos.

Considero que a chegada de mais de 10 mil médicos estrangeiros é positiva porque cria um novo quadro de acesso da população ao serviço de saúde. Então é positiva nesse sentido. A reação contrária é uma reação corporativa, centrada no Conselho Federal de Medicina que enfatiza a questão da ética médica no sentido de que é preciso garantir a formação médica e resvalando para a questão da remuneração. Aliás, esta é uma questão não atendida porque a medicina está longe de ser uma profissão que gere enriquecimento a não ser aos

grandes medalhões, aos grandes cirurgiões plásticos e aos que promovem alta repercussão tecnológica onde a relação médico-paciente acabe sendo um substituto para os procedimentos médicos. Ou seja, quando se faziam muitas cirurgias de amigdalectomia, primeiro operava a amígdala esquerda e depois a amígdala direita e se cobrava duas vezes. Ou mesmo operar a perna direita e depois esquerda. Isto exemplifica uma deformação dos procedimentos médicos que se sentaram mais na tecnologia médica do que na relação médico-paciente.

A melhor remuneração dos médicos não melhoraria a sua distribuição pelo país. Melhorar o pagamento por procedimentos não deve resolver o problema. Poderia aumentar ou deturpar o problema. Há necessidade de dar mais ênfase aos pacientes, mudar fundamentos da prática, dar mais ênfase a anamnese, na história clínica, do que propriamente em um procedimento ou uma técnica que é aplicada na parte do corpo que está doente. Tem de estimular uma visão mais humanitária mais globalizante na questão do processo de saúde e não baseada em procedimentos. Enfim, há necessidade de que a carreira dos profissionais de saúde no SUS seja pública.

## Referências

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp, 2003.

BRASIL/MS/MPAS. 8ª. *Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final*. Brasília, 1986 CORDEIRO, Hésio. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

GENTILE DE MELLO, Carlos. *Saúde e assistência médica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora CEBES/HUCITEC, 1977.

GENTILE DE MELLO, Carlos. *O sistema de saúde em crise*. Rio de Janeiro: Editora CEBES/HUCITEC, 1981.

# Capítulo 7

## Avaliando o PMM – uma proposta de monitoramento

**Maria Helena Machado<sup>1</sup>**  
**Joaquim José Soares Neto<sup>2</sup>**

### **Introdução**

Na reorganização do modelo de atenção à saúde, o Brasil adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante da organização dos serviços, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente, no setor público. Este modelo prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de todas as pessoas, sadias ou não, de forma integral e contínua. Para tanto, se responsabilizam por uma população adscrita e centralizam os esforços do seu trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, desenvolvendo ações de nível primário (Lima e Moraes, 2005).

Para atenção à saúde secundária e terciária, integram-se numa rede de serviços, na lógica de referência e contra-

---

<sup>1</sup> Pesquisadora titular da ENSP/Fiocruz, coordenadora geral da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos. E-mail: machado@ensp.fiocruz.br

<sup>2</sup> Professor titular da Universidade de Brasília, coordenador adjunto da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos. E-mail: jjsouaresneto@gmail.com

referência para solução das demandas identificadas na atenção básica. Estas ações contribuíram para uma “desospitalização” do sistema e abertura maciça de novos postos de trabalho em âmbito ambulatorial.

De acordo com a pesquisa “Demografia Médica no Brasil” (Sheffer et al., 2013), o Brasil tem assistido a um crescimento substancial no número de médicos ativos em consequência de vários fatores, entre eles: maior crescimento da população de médicos do que a população em geral; maior entrada do que saída de médicos do mercado de trabalho; aumento significativo na oferta de vagas e cursos de medicina; entrada de profissionais mais jovens no mercado de trabalho e, conseqüentemente, o aumento de seu período laboral; multiplicidade de vínculos; e aumento da jornada de trabalho.

Por outro lado, o Ministério da Saúde (Brasil, 2013) aponta para a existência de 1,83 médicos por mil habitantes, sendo que sua distribuição não é uniforme, ao contrário, concentram-se nas grandes capitais seguindo uma tendência mundial. Contrapondo, Sheffer et al. (2013) afirmam que há uma relação positiva entre a presença de médicos e a de infraestrutura, maior participação do estado, maior financiamento, melhores condições de trabalho e de remuneração.

Buscando dar respostas mais precisas, Girardi et al. (2013:37) fazem um estudo demonstrando que a razão geral do Brasil, em 2010, é de 1,93 médicos por mil habitantes.

As unidades da federação estão assim distribuídos: Distrito Federal (3,5), Rio de Janeiro (3,3), São Paulo (2,5), Rio Grande do Sul (2,3) e Espírito Santo (2,1). Já nos estados de Rondônia, Pará, Amapá e Maranhão registraram-se valores inferiores a um médico por mil habitantes. Este estudo deu bases técnicas para a criação do Programa Mais Médicos (PMM), ao evidenciar as lacunas e os vazios assistenciais

provocados pela escassez de médicos para cobrir as necessidades de atendimento à população.

No meio de grande controvérsia e pouco consenso, por parte de estudiosos e do governo, a população efetivamente se encontrava sem assistência médica em vários locais do Brasil, especialmente, em lugares longínquos e de difícil acesso. É nesse panorama que nasce o Programa Mais Médicos. Ele foi criado por meio da Lei n. 12.871, de outubro de 2013, objetivando a melhoria do atendimento aos usuários do SUS, com vistas a acelerar os investimentos em infraestrutura nos hospitais e unidades de saúde; e ampliar o número de médicos nas regiões carentes do país, como municípios do interior e periferias das grandes cidades.

Para alcançar seu propósito, o Programa Mais Médicos apresenta quatro componentes, a saber:

1. Programa Mais Médicos nos lugares longínquos e de difícil acesso: convocação de médicos brasileiros e estrangeiros;
2. ampliação do número de vagas no Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária, tornando obrigatória como pré-requisito para pediatria, ginecologia, cirurgia, psiquiatria, medicina interna e medicina preventiva e social;
3. ampliação das escolas médicas com autorização de abertura de mais 85 novas escolas, segundo critérios pré-estabelecidos pelo MEC;
4. ampliação e melhorias da infraestrutura da rede básica do SUS (Brasil, 2013).

## A pesquisa avaliativa do PMM

Logo após a criação do PMM, O MEC propõe à Fio-cruz a realização de uma pesquisa avaliativa do próprio programa, tendo como meta o monitoramento e a avaliação em tempo real. Surge então, a Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos.

Parte-se do pressuposto de que a implantação do Programa Mais Médicos nas regiões carentes e com escassez de médicos provoca mudanças importantes nas realidades locais, referentes aos aspectos da saúde da população. Mais especificamente, com foco na Atenção Básica, pressupõe-se que é possível redefinir o que seja a essencialidade do ser médico, hoje, muito focada nas atividades hospitalares com alto padrão de especialização, perdendo assim, a essencialidade do fazer e ser médico. Redefinição esta que visa à mudança da postura do médico no trato com o paciente, na relação médico-paciente, na consulta médica, em que o diagnóstico seja elaborado a partir do minucioso quadro de queixas do paciente e da percepção profissional do médico, ou seja, estamos falando do raciocínio clínico, da anamnese que, a cada dia, está sendo substituída por exames laboratoriais e de equipamentos tecnológicos.

A pesquisa tem como objetivo geral avaliar e monitorar o Programa Mais Médicos no âmbito dos quatro componentes contidos no programa (já mencionados), nas suas diferentes fases desde a sua implantação, buscando assim contribuir para a melhoria e ajustes que se fizerem necessários por parte dos ministérios da Educação e da Saúde. Busca-se captar evidências para propor mudanças estruturais a partir da sua formação e, até mesmo, na própria estrutura do mercado de trabalho desses profissionais.

Por outro lado, tem-se como objetivos específicos:

1. analisar o processo de implantação e desenvolvimento do programa em suas diversas atividades e ações;
2. analisar o processo de fixação desses médicos nos lugares de difícil acesso;
3. analisar as mudanças ocorridas nas realidades locais, no que se refere à assistência à saúde da população;
4. verificar e analisar o conteúdo de formação do médico do Programa Mais Médicos no que se refere à Atenção Primária à Saúde – APS, levando em consideração os seguintes itens:
  - a. formação em APS;
  - b. conhecimento sobre a realidade da APS;
  - c. conhecimento sobre o SUS;
  - d. experiências vividas na APS durante a graduação etc.
5. identificar e analisar, ao longo processo formativo, dos médicos inseridos no Programa Mais Médicos, a graduação quanto a:
  - a. disciplinas (obrigatórias e optativas);
  - b. campos de prática (obrigatórios e optativos);
  - c. estágios (obrigatórios e optativos);
  - d. carga horária prevista e disponível para seu desenvolvimento.
6. identificar e analisar, o longo processo formativo dos médicos inseridos no PMM, a realização de pós-graduação na área de APS ou afins;

7. analisar o processo de trabalho desses profissionais (seu cotidiano, suas atividades) focando aquelas atividades na atenção básica;
8. realizar levantamento do processo de inserção do médico no mercado de trabalho (trajetória profissional), antes de seu ingresso no Programa Mais Médicos;
9. acompanhar e monitorar as mudanças (impacto) ocorridas a partir dos componentes deste programa;
10. detectar evidências, a partir da atuação dos médicos, considerando as diferentes formações desses médicos e as possíveis diferenças mensuráveis nos resultados e na satisfação dos usuários dos serviços de saúde;
11. identificar e analisar os programas de residências médicas (Comunitários e afins à ABS: ginecologia/obstetrícia, pediatria, clínica geral);
12. mapear e identificar ampliação das escolas médicas, número de vagas na medicina em relação à cobertura dos vazios assistenciais; e, finalmente,
13. monitorar as condições de infraestrutura das UBS's em geral, e em específico, daquelas em que os médicos do PMM atuam.

## **Contextualização do estudo**

Pode-se afirmar que, nas últimas duas décadas, o sistema de saúde brasileiro passou por grandes mudanças, trans-

formando-se em um sistema público universal, de proporções, até então, inimagináveis. O mercado de trabalho em saúde acompanhou essa transformação e exibe hoje índices impressionantes de empregabilidade: 3,9 milhões de postos de trabalho.

É possível perceber, nesse processo algumas tendências que merecem ser observadas:

1. “expansão da capacidade instalada;
2. municipalização dos empregos;
3. ambulatorização dos atendimentos;
4. maior qualificação das equipes;
5. feminilização da força de trabalho;
6. flexibilização dos vínculos, entre outras”  
(Machado et al. 2010, p. 105)

Na publicação sobre mercado de trabalho, Machado (2012, p. 261), analisa que

a expansão do setor de saúde, nas últimas décadas, foi extraordinária: em 1980, o setor contava com apenas 18.489 estabelecimentos de saúde, 509.168 leitos e 573.629 empregos de saúde; esses números passaram, em 2005, para 67.612 estabelecimentos, 471.171 leitos (o único segmento que reduziu sua capacidade), e os empregos de saúde apresentaram crescimento vigoroso, contabilizando-se 2.180.598. Esse incremento do sistema de saúde continua, uma vez que dados de 2005 do IBGE indicam essa direção, ao contabilizarem

mais de 77 mil estabelecimentos de saúde e mais de dois milhões e quinhentos mil empregos de saúde.

De importância para o mercado de trabalho é a informação que, baseados nos dados do IBGE (2010), “houve uma ampliação da participação dos profissionais mais qualificados. Em 2009, o número de empregos de nível superior passou para 1.104.340; e o de nível técnico para 889.630 empregos. O nível elementar foi o que apresentou o menor índice de crescimento, passando para 317.056 empregos” (Machado, 2012:262).

Mesmo com toda a política de municipalização e de descentralização do SUS, observa-se ainda uma enorme concentração na região Sudeste, mantendo a correlação entre o desenvolvimento econômico e o oferecimento de equipamentos públicos e sociais, tais como saúde e educação, ainda que tenha tido uma pequena alteração das desigualdades regionais. Afirma Machado (2012:263), que

essa concentração regional, ainda persistente na década de 2000, tem efeitos sobre o mercado de trabalho, porquanto a maioria dos profissionais atua nos grandes centros urbanos das regiões mais desenvolvidas do país. Ainda que a concentração de empregos em saúde acompanha, em certa medida, a concentração de população nas regiões, observa-se uma proporção mais elevada de empregos em saúde na Região Sudeste do que a proporção correspondente da população residente. Assim, o Sudeste, que concentra 43% da população do país, dispõe de quase a metade dos 3.078.518 empregos existentes no Brasil em 2009, concentrados mais especificamente em

três estados: São Paulo (733.634 empregos), Minas Gerais (337.678 empregos) e Rio de Janeiro (300.168 empregos). Enquanto isso, toda a Região Norte, que abrange 7 estados, soma apenas 203.995 empregos de saúde, ou seja, 6,6% dos postos de trabalho, uma proporção de sua parcela de população, que corresponde a 8,3% da população do país.

Não obstante, a expansão acelerada da Estratégia Saúde da Família tem trazido desafios importantes a serem enfrentados, tais como: (a) desigualdade na distribuição geográfica de profissionais, principalmente de médicos; (b) as políticas de formação não convergem para a política de saúde; (c) precariedade das condições de trabalho, contribuindo para a insatisfação profissional. Além disso, a falta de financiamento adequado para a Atenção Básica demandou uma flexibilização de vínculos para garantir o funcionamento dos novos serviços. Tal fato tem colaborado para um considerável grau de desmotivação, levando a uma rotatividade de profissionais (Sousa, 2010).

Especificamente, a má distribuição geográfica com concentração em grandes capitais, impacta, sobremaneira, no mercado de trabalho para médicos no Brasil, gerando maior concorrência entre os profissionais. Além disso, o desequilíbrio no âmbito da especialidade indicam carências de médicos, segundo a própria categoria profissional.

Há décadas, o problema da escassez de profissionais de saúde é debatido em vários fóruns internacionais. No entanto, foi em 2011, em Kampala, que se discutiu pela primeira vez em nível mundial a questão dos trabalhadores da saúde, a crise existente e formas coletivas de se resolver este grave problema. Em muitos países, especialmente nos mais carentes, a questão

da escassez e retenção de médicos em lugares longínquos e de difícil acesso foi um dos temas centrais do I Fórum. No documento final, “Carta de Kampala”, há um item específico sobre este tema:

“Distribution and retention. Suitable policies and strategies should be adopted to attract and retain health workers with appropriate skills mix in rural and other under-served areas, including the deployment of community-based and mid-level health providers. As relevant to country context, strategies may include tailoring education to practice in rural areas, financial and non-financial incentives, regulation, personal and professional support, career development, improvements in rural infrastructure, and partnerships between the public and private sectors.” (From Kampala to Bangkok: Reviewing Progress, Renewing Commitments. Outcome Statement of the Second Global Forum on Human Resources for Health. Bangkok, 2011.<sup>3</sup>

Mais dois Fóruns se sucederam ao de Kampala: o II Fórum, em Bangcoc, e recentemente, o III Fórum Global sobre Recursos Humanos para a Saúde, em Recife, que reforçou a necessidade de se superar essa crise mundial de escassez de médicos atendendo a população.

---

<sup>3</sup> From Kampala to Bangkok: Reviewing Progress, Renewing Commitments. Outcome Statement of the Second Global Forum on Human Resources for Health. Bangkok, 2011. Disponível em: <http://healthworkermigration.com/newsevents/373-from-kampala-to-bangkok-reviewing-progress-renewing-commitments.html> Acesso em: fev. 2014

No Brasil, Girardi et al. demonstram que,

apesar de ainda se observar um forte desequilíbrio regional, as iniquidades distributivas de médicos no Brasil diminuíram na última década (enquanto a população apresentou 12,3% de crescimento, a população médica cresceu 39,1%), dado pelo maior crescimento naquelas regiões, em relação ao Sul e Sudeste. No entanto, a despeito do aumento no número absoluto de médicos, o mesmo não se deu igualmente quando observada em termos relativos. Considerando o mesmo período, verificou-se maior incremento do número de médicos por habitantes, na Região Sul, que foi de 79,2%. Apesar disso, Norte e Nordeste cresceram à frente do Sudeste. Estes dados podem ser ainda relativizados quando se considera que, na última década, as regiões que registraram os maiores crescimentos da população médica, também, foram as que demonstraram os maiores crescimentos de suas populações gerais, daí a razão de médico por população não acompanhar o mesmo incremento dos números absolutos. (Girardi et al., 2013, p. 39)

Contudo, quando se aborda a questão da carência de médicos nos municípios, os gestores acabam apresentando um elenco de dificuldades para suprir suas necessidades de atenção médica à população, levando em torno de dois a três meses para conseguir ocupar os postos de trabalho médicos e, mesmo assim, os profissionais não permanecem neles por mais de três anos. Tal fato significa uma certa “incapacidade” de reter essa mão de obra naqueles municípios ou localidades.

Vários são os fatores que interferem nesta realidade, sendo que as principais razões atribuídas pelos gestores municipais à dificuldade de contratação de médicos para a ESF foram a ‘oferta de profissionais’, referida por 28,8% dos municípios que encontram dificuldade de contratação. Também foram citados, por parte significativa dos entrevistados: o trabalho em área rural/remota, dificuldade de pagamento, remuneração, carga horária e inexistência de oportunidade de lazer e cultura no município. Por outro lado, entre as estratégias adotadas pelos gestores para solucionar o problema de atração e fixação de médicos, 89,6% do total de entrevistados referiram ofertar boas condições de trabalho, 77,4%, flexibilidade na jornada de trabalho, e 72,2%, oferecer cursos de capacitação. Pouco mais da metade também citou que oferece vínculo de trabalho como estratégia. (Giradi, et al., 2013, p.74).

Esses autores demonstram que, do total de municípios brasileiros (5.565), 20,8% foram identificados com escassez de médicos para atuar na Atenção Básica (Tabela 1). Apontam ainda que “a maioria dos municípios possui um médico para mais de 3 mil habitantes. Entre esses, 516 têm um médico para mais de 3 até 4 mil habitantes; 146 municípios, mais de 4 municípios, até 5 mil; 127, mais de 5 até 10 mil; 14 municípios, mais de 10 até 15 mil; e 11 municípios, mais de 15 mil ou ausência absoluta de médicos. Ressalta-se que a distribuição da Taxa de Mortalidade Infantil está concentrada nos extremos, com 53,4% abaixo da média nacional e, 31,4%, com mais de 100% acima da média. A pobreza, por sua vez, está menos concentrada, já que cerca de 90% dos municípios estão nas quatro primeiras faixas do indicador de até 40% de domicílios na pobreza. Sugere-se, nesse sentido,

que a pobreza tende a acompanhar situações de diferentes graus de escassez de médicos, enquanto a TMI tende a acentuar as situações onde a escassez é mais grave” (Giradi, et al., 2013, p.:89).

**Tabela 1** – Distribuição dos municípios designados com escassez, segundo indicadores que compõem o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica em Saúde. Brasil, dezembro de 2012

Indicadores	Escalas	Distribuição dos municípios designados	
		N	%
<b>Habitantes/ médico em ABS equivalente a tempo integral (40 hs) em 12/2012</b>	1 médico p/ até 3.000 hab.	336	29,1
	1 médico p/ + de 3.000 - 4.000 hab.	516	44,6
	1 médico p/ + de 4.000 - 5.000 hab.	146	12,6
	1 médico p/ + de 5.000 - 10.000 hab.	127	11,0
	1 médico p/ + de 10.000 - 15.000 hab.	14	1,2
	1 médico p/ + de 15.000 hab./sem médico	11	1,0
<b>Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em 2010</b>	TMI abaixo da média nacional	617	53,4
	TMI até 10% acima da média	38	3,3
	TMI mais de 10% até 25% acima da média	47	4,1
	TMI mais de 25% até 50% acima da média	46	4,0
	TMI mais de 50% até 100% acima da média	45	3,9
	TMI mais de 100% acima da média	363	31,4

<b>Proporção de domicílios elegíveis ao Programa Bolsa Família em 2010 – com renda domiciliar per capita de até R\$140,00</b>	Menos de 10% de domicílios pobres	418	36,2
	De 10% a menos de 20%	198	17,1
	De 20% a menos de 30%	241	20,8
	De 30% a menos de 40%	180	15,6
	De 40% a menos de 50%	86	7,4
	50% ou mais	33	2,9

**Fonte:** Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFGM) a partir do CNES do MS e do Censo Demográfico 2010 do IBGE. (Tabela adaptada de: Girardi et al, 2013, p. 91).

Em entrevista ao jornal Valor Econômico, Campos<sup>4</sup> avalia que médicos podem fazer a diferença no atendimento à saúde básica da população, mesmo em localidades onde não há hospitais ou postos de saúde equipados.

Nesse contexto, considerando que uma boa atenção básica, de modo geral, resolve de 80% a 85% das demandas espontâneas que chegam ao consultório e que, no Brasil, onde optou-se por um Sistema Único de Saúde universal e em condições de equidade, o governo tem de colocar profissionais mesmo nos locais mais remotos. Além disso, se não há profissionais no Brasil, mobilizar profissionais de outros locais constitui uma obrigação constitucional de dar saúde a todos.

Esse cenário de má distribuição de médicos é intensificado também pela má distribuição das instituições formadoras. A expansão de cursos, resultado da agenda intersetorial realizada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação respondendo ao ordenamento, pelo SUS, resultou, no ano de 2010, em 182 cursos de graduação em medicina, sendo que

<sup>4</sup> Guimarães, L. Para universalizar saúde, país precisa enfrentar tabus, diz professor da UFGM. Jornal Valor Econômico-CADA-BRASIL, 04/09/2013, p. 14. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/sites/default/files/relatorioemVALOR.pdf> Acesso em: fev. 2014.

56,6% (103) estão a cargo do setor privado e 43,4% (79) são mantidos pelo setor público. Do total, 45% das instituições de formação estão na Região Sudeste, 21% no Nordeste, 17% no Sul, 10,4% no Norte, e 6,6% no Centro-Oeste.

Ademais e a despeito da autonomia das universidades, a formação em medicina observa em todo território nacional a Resolução CNE/CES n. 4 de 07 de novembro de 2001, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, estabelecendo diretrizes tanto para a organização curricular, quanto para as competências esperadas desses profissionais.

Cabe ressaltar que, o Programa Mais Médicos conta com a participação de médicos formados em diferentes instituições de vários países. Observa-se que, além de a estrutura educacional diferir de uma instituição para outra, dá-se de forma mais acentuada de um país para outro; mesmo considerando que alguns países da América Latina também tenham passado por um processo de reforma sanitária, com consequências para o campo da formação.

Essas circunstâncias nos propiciam a oportunidade de buscar evidências de que essas diferentes formações levam a diferentes práticas profissionais que, por sua vez, podem levar a diferentes resultados.

É nesse sentido que a pesquisa avaliativa poderá captar evidências para propor mudanças estruturais a partir da formação, até mesmo na própria estrutura do mercado de trabalho desses profissionais.

Como já referenciado, a ampliação e melhoria da infraestrutura da Rede Básica do SUS faz parte do escopo do Programa Mais Médicos. Do mais, Donabedian (1991) considera a estrutura como um instrumento que pode indicar tendências gerais de qualidade. Aponta que uma boa estrutura, com suficientes recursos e um desenho adequado do sistema

é, provavelmente, uma forma de garantir e promover a qualidade da atenção.

Dessa forma, a pesquisa avaliativa buscou desenvolver metodologia para poder acompanhar a evolução deste componente nos anos vindouros.

A solução encontrada pela pesquisa avaliativa foi a construção de uma escala de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, que se inspirou em trabalho prévio realizado por Soares Neto et al. (2013, p.54), que criaram uma escala de infraestrutura para as escolas brasileiras de educação básica. Para a escala de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, parte-se do Censo de 2012 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), para se estabelecer uma linha de base de infraestrutura dessas unidades. A partir daí, e devido às propriedades da metodologia utilizada, será possível acompanhar como as condições materiais de cada uma das UBS's evoluirá no tempo. Descrição detalhada da metodologia utilizada encontra-se no artigo “Uma Escala Para Monitorar a Evolução da Infraestrutura da Unidades Básicas de Saúde no Programa Mais Médicos”, de Soares Neto et al. (2016), que se encontra em fase final de publicação. É importante mostrar aqui aspectos gerais a respeito da infraestrutura das UBS's, o que será realizado a seguir.

## **A infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com o Censo PMAQ de 2012**

A escala de infraestrutura constituiu-se em seis níveis: quanto maior o nível, melhores as condições materiais da UBS. A descrição de cada um dos níveis encontra-se no artigo “Uma Escala Para Monitorar a Evolução da Infraestrutura

da Unidades Básicas de Saúde no Programa Mais Médicos”, já referenciado anteriormente (Soares Neto et al., 2016 (no prelo). A Tabela 2, a seguir, mostra a distribuição estatística das 28.406 UBS's, avaliadas em relação aos seus níveis de infraestrutura.

**Tabela 2** – Distribuição dos médicos em geral e, em especial, do PMM segundo os níveis de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde

Nível de infraestrutura	Não tem PMM		Tem PMM		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nível 1	1.667	5,9	112	1,1	1.779	4,6
Nível 2	2.901	10,2	464	4,7	3.365	8,8
Nível 3	6.567	23,1	2.140	21,6	8.707	22,7
Nível 4	10.986	38,7	4.316	43,6	15.302	39,9
Nível 5	4.325	15,2	1.808	18,3	6.133	16,0
Nível 6	1.960	6,9	1.062	10,7	3.022	7,9
<b>Total</b>	<b>28.406</b>	<b>100,0</b>	<b>9.902</b>	<b>100,0</b>	<b>38.308</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Soares Neto et al., 2016 (no prelo).

Observa-se na Tabela 2 que a maioria dos médicos do PMM está alocada em unidades com níveis 3 e 4 de infraestrutura: das 9.902 UBS's que receberam médicos do programa, 4.316 (43,6%) têm nível 4 de infraestrutura, e 2.140 (21,6%) têm nível 3. É muito importante que a gestão do PMM verifique com atenção as condições das 576 UBS's que têm níveis 1 e 2 (5,8%). Por outro lado, 1.808 unidades têm nível 5 (18,3%), e 1.062 têm nível 6 (10,7%). Dessa forma, conclui-se, com base nessas evidências, que as unidades que receberam os médicos do PMM apresentam, em geral, boas condições materiais.

Já a Tabela 3 apresenta a distribuição estatística dos níveis de infraestrutura das UBS's por região geográfica do país.

**Tabela 3** – Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde por nível de infraestrutura

Infraestrutura										
Região	PMM	N/%	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	Nível 6	Total	
Centro	Não	N	64	147	352	978	374	109	2.024	
		%	3,2	7,3	17,4	48,3	18,5	5,4	100,0	
	Total	N	2	11	113	353	115	45	639	
		%	2,5	5,9	17,5	50,0	18,4	5,8	100,0	
	Nordeste	Não	N	870	1421	3031	4474	700	144	10.640
			%	8,2	13,4	28,5	42,0	6,6	1,4	100,0
Sim		N	69	236	1166	1831	361	99	3.762	
		%	1,8	6,3	31,0	48,7	9,6	2,6	100,0	
Total		N	939	1.657	4.197	6.305	1061	243	14.402	
		%	6,5	11,5	29,1	43,8	7,4	1,7	100,0	
Norte	Não	N	387	424	548	461	158	23	2.001	
		%	19,3	21,2	27,4	23,0	7,9	1,1	100,0	
	Sim	N	22	127	346	503	116	26	1.140	
		%	1,9	11,1	30,4	44,1	10,2	2,3	100,0	
	Total	N	409	551	894	964	274	49	3.141	
		%	13,0	17,5	28,5	30,7	8,7	1,6	100,0	
Sudeste	Não	N	161	470	1.755	3.618	2036	1.174	9.214	
		%	1,7	5,1	19,0	39,3	22,1	12,7	100,0	
	Sim	N	12	52	304	926	676	639	2.609	
		%	0,5	2,0	11,7	35,5	25,9	24,5	100,0	
	Total	N	173	522	2.059	4.544	2.712	1.813	11.823	
		%	1,5	4,4	17,4	38,4	22,9	15,3	100,0	
	Não	N	185	439	881	1.455	1.057	510	4.527	
		%	4,1	9,7	19,5	32,1	23,3	11,3	100,0	

Fonte: Soares Neto et al., 2016 (no prelo).

A partir dos dados, pode-se observar que a Região Norte tem percentual maior de Unidades Básicas de Saúde com

níveis 1 e 2 do que as outras regiões do país. Do total de UBS's da Região Norte que têm médicos do PMM, 13% delas estão nesses níveis. Para a Região Nordeste, do total de UBS's da região que têm médicos do PMM, 8,1% estão nos níveis 1 e 2 de infraestrutura. Para as outras regiões, estes percentuais são menores ou iguais a 2,6%.

O desbalanceamento nas condições de infraestrutura anteriormente destacado deve ser visto com grande cuidado, pois é exatamente no Norte e no Nordeste que estão localizadas grande parte das regiões longínquas e de difícil acesso. O PMM deve estruturar esforços para que essa desigualdade seja superada no menor tempo possível.

## **Os caminhos metodológicos da pesquisa**

Este estudo tem o médico como figura central, porém não se quer perder a dimensão de equipe da qual faz parte. Estima-se um universo de, aproximadamente, 14 mil médicos contratados nas várias tipologias. Esse universo é constituído pelos médicos contratados pelo programa, divididos em três grandes grupos:

1. médicos brasileiros;
2. médicos estrangeiros - estes divididos em dois sub-grupos:
  - a. médicos cubanos,
  - b. médicos de outras nacionalidades;
3. médicos supervisores e tutores do programa.

Esta divisão foi feita a partir do banco de dados disponíveis no Webportifóli, com desenho de uma amostra

aleatória desse contingente com as informações cadastrais do universo de médicos. Essa amostra foi desenhada com base nestes grupos de médicos e tomará como variáveis principais:

- a. localização geográfica: as unidades da federação, capitais e regiões metropolitanas e os interiores tipificados por porte e distância (em km e/ou horas da capital);
- b. idade (ano de nascimento);
- c. sexo;
- d. tempo de formado.

Nas análises, não só contidas neste texto como as análises posteriores que comporão a segunda parte da pesquisa, serão amplamente utilizados os dados e informações existentes nas bases de dados abaixo descritas nos Quadros 1 e 2.

### **Aspectos éticos**

O Programa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz e obteve sua aprovação. Os participantes foram formalmente informados dos objetivos da pesquisa e do caráter voluntário de sua participação.

**Quadro 1** – Bases de dados da área de saúde

Sistema	Base de informações	Instituição	Como obter as bases	Quando
Sistema de monitoramento da UNASUS	Cadastros dos médicos; Cadastros dos supervisores; Cadastros dos gestores municipais; Cadastros dos tutores.	UNASUS	Secretaria Executiva UNASUS/FIOCRUZ	Disponível – cadastros de médicos desatualizada
Web Portfólio MM	Relatórios de primeira visita Relatórios mensais dos médicos (médicos) Avaliações pelos supervisores (supervisores) Avaliações pelos gestores (Coordenadores de AB /gestores municipais) Auto-avaliações (médicos)	UNASUS	Secretaria Executiva UNASUS/FIOCRUZ	Disponível – relatório de primeira visita de supervisão e relatório de primeiras impressões
Bases PMAQ	Levantar com os pesquisadores e DAB	DAB	DAB e pesquisadores?	?
E-SUS	Produção assistencial (regulação, referência e contra-referência)	DAB	DAB; DATASUS	Daqui a 10 meses
CNES	Estabelecimentos de saúde (tipos de estabelecimento) Profissionais e equipes de saúde	DATASUS/SGEP	Cid Pimentel	?
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (doenças e agravos notificadas nas unidades com médicos do MM)	SVS	Solicitar à SVS	?

**Fonte:** Elaboração própria.

**Quadro 2** – Bases de dados da área da educação

Sistema	Base de informações	Instituição	Como obter as bases	Quando
Censo da Educação Superior	Dados dos Docentes; Dados dos Alunos; Dados dos Cursos; Dados das Instituições de Educação Superior.	Inep	Portal do Inep	Disponível
Enade	Conceitos Enade e outros indicadores Questionário do Coordenador	Inep	Portal do Inep	Disponível
Avaliação in loco	Dados referentes aos cursos, obtidos pelos avaliadores que fizeram as visitas in loco	Inep	Requisição à Daes/Inep	Disponível

**Fonte:** Elaboração própria.

**Nota:** Na Tabela 2, vê-se que na Base do Sistema de Monitoramento da UNASUS encontram-se os dados cadastrais de médicos, supervisores, gestores municipais e cadastros dos tutores.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Saúde, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/27/2013-08-21-informe-mais-medicos.pdf> Acessado em: 10/01/2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) – Manual Instrutivo [Internet]. 2011 Acesso em 18 mar 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Edital Nº 1, de 07 de janeiro de 2014. Brasília, DF, 2014. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º. de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.

Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html) Acesso em 18 mar 2014.

CANO, I. *Introdução à avaliação de programas sociais*. 3 ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2006.

DONABEDIAN A. *La calidad de La atención médica: Definición y métodos de evaluación*. Trad. Carolina Amor de Fournier. Ediciones científicas. México La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C. V., 1991.

FITZPATRICK, J. L.; SANDERS, J. R.; WORTHEN, B. R. *Program evaluation—alternatives approaches and practical guidelines*. 4 ed. Boston: Pearson Education, Inc., 2011.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C; ARAÚJO, J; DER MAAS, L. (orgs.). *Mercado de trabalho médico: escassez e desigualdades na distribuição da Força de Trabalho no Brasil* (Relatório de pesquisa); ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/ FM / UFMG, 2013. (mimeo)

LIMA, C.R.M.; MORAES, D. R. *Introdução ao Programa de Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Universidade Candido Mendes, 2005 (Apostila).

MACHADO, M.H. “*Trabalho e emprego em saúde*”. 2 ed. In: GIOVANELLA, Lygia et al (orgs). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, pp. 259-276.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E.; MOYSÉS, N. M. *Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil*. Trabalho apresentado na Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde na Mesa de Discussão: Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda em junho de 2010, Rio de Janeiro.

MERTENS, D. M.; WILWON, A. T. *Program Evaluation—Theory and Practice—A Comprehensive Guide*. New York: The Guilford Press, 2012.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil [LIVRO]. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina*, 2013, v. 2.

SECOLSKY, C.; DENISON, D. B. *Handbook on measurement, assessment, and evaluation in higher education*. NovaYork: Taylor & Francis, 2012.

SOARES NETO, J. J.; JESUS, G. R., KARINO, C. A., & ANDRADE, D. F. (2013). “*Uma escala para medir a infraestrutura escolar*”. Estudos em Avaliação Educacional, 54(24), 78-99.

SOARES NETO, J. J.; ALVES, C. B.; MACHADO, M. H.; CHERCHIGLIA, M.; CAMPOS, F. “*Uma escala para monitorar a evolução da infraestrutura da unidades básicas de saúde no Programa Mais Médicos*”, Editora Prismas.

SOUSA, A. *Expansão e consolidação da saúde da família – caminhos para o aperfeiçoamento da estratégia nas grandes cidades*, 2010. Disponível em: 89.28.128.100/dab/docs/eventos/amq\_proesf2010/allan.pdf Acesso em: jan. 2014.

VOGT, W. P. *Quantitative research methods for professionals*. Boston: Pearson Education, Inc., 2007.

WU, X.; RAMESH M.; HOWLETT, M.; FRITZEN, S. *The public policy primer – managing the policy process*. Nova York: Routledge Taylor & Francis Group, 2010.

## Capítulo 8

### O Programa Mais Médicos na grande mídia impressa brasileira

**João Feres Júnior (IESP-UERJ)**  
**Luna de Oliveira Sassara (CCJP-UNIRIO)**

Para analisar o tratamento que a grande mídia brasileira tem dado ao Programa Mais Médicos (PMM), é preciso antes, a título introdutório, refletir um pouco sobre o papel da mídia nas democracias contemporâneas e sua interação com a política institucional, as políticas públicas e a formação de opinião.

Até por volta dos anos 1990, as teorias da democracia representativa tendiam a atribuir às eleições a função de mediar a aprovação das políticas públicas por parte dos cidadãos. A ideia fundamental é que a eleição é sempre um ajuste de contas entre políticos e partidos eleitos e os cidadãos que formam o eleitorado. Se, aos olhos desses cidadãos, eles fizeram um bom governo, então serão confirmados para um segundo mandato; caso contrário, algum concorrente, com uma plataforma diferente, será eleito (Downs, 1957). O que se entende por “bom governo” aqui é o pacote de políticas públicas implementadas pelos eleitos.

Da mesma forma, as plataformas das forças políticas desafiadas também são pacotes de políticas públicas, ainda que na forma de promessas. De cara, podemos ver que esse modelo,

originalmente feito a partir da experiência da democracia norte-americana, se aplica bem ao nosso sistema político.

Entretanto, isso não é tudo. Tal modelo de sistema político, que deriva sua legitimidade exclusivamente da sanção eleitoral, há muito vem sendo criticado, particularmente por autores que apontam para os aspectos deliberativos das democracias contemporâneas. Mais especificamente, esses autores argumentam que a legitimidade de um governo, que é, em grande parte, mensurada pelo sucesso das políticas públicas que implementa, depende do clima de opinião criado em torno de sua administração (Habermas, 1996; Burstein, 2003). A capacidade ou disposição do governo de responder a esse clima de opinião é chamada de responsividade (Manza e Cook, 2002).

Essa pressão ininterrupta exercida pela opinião pública sobre os políticos eleitos é muito efetiva nos sistemas parlamentaristas, em que o chefe do Executivo, o primeiro ministro, pode ser destituído a qualquer momento por perda de sustentação política, a qual, por seu turno, pode ser reflexo direto de perda de legitimidade diante da opinião pública. Mas ela também se verifica em sistemas presidencialistas, como o nosso, onde o parlamento tem um papel importante na formatação e aprovação das políticas públicas, e o executivo, que preserva uma certa legitimidade plebiscitária, também depende da opinião pública. Ademais, o crivo eleitoral, ao qual se submetem cargos executivos e legislativos sob o presidencialismo, depende bastante das percepções acerca do funcionamento das políticas públicas acumuladas pela população ao longo do mandato.

Mas a formação da opinião pública – entendida aqui não somente como processo de informação dos cidadãos, mas também de expressão de sua opinião de maneira coerente e organizada – não se dá diretamente, sem mediação.

Pelo contrário, a maioria dos cidadãos não tem experiência direta com os tomadores de decisão (políticos) nem tampouco com as instituições que executam as políticas. Sociedades contemporâneas, como a nossa, são inexoravelmente sociedades de massas: países com dezenas, centenas de milhões de habitantes, dois deles com mais de um bilhão, e cidades e regiões metropolitanas que alcançam populações comparáveis às de alguns países médios; estados nacionais com territórios gigantes, como o nosso, que incluem enormes conturbações e outras populações, vivendo em áreas remotas, de difícil acesso. Muitas vezes, aquele que tem opinião sobre uma política não é sequer seu beneficiário ou usuário. Isso não o impede, contudo, de ter opinião sobre as mais variadas medidas e políticas do governo, algo que é justo e democrático, uma vez que as políticas públicas são financiadas por dinheiro público que, por seu turno, pertence igualmente a todos os cidadãos.

Em suma, no contexto das sociedades de massa, a formação de opinião é quase sempre mediada por aquilo que chamamos, de maneira redundante, de “meios de comunicação”; a mídia. Infelizmente, a ciência política que trata das teorias da democracia, até agora, prestou pouca atenção ao importante papel que essa mediação tem no funcionamento do regime democrático. Os estudos de mídia e comunicação, contudo, preenchem em parte essa lacuna. São muitos os trabalhos que tratam da interação entre mídia e políticas públicas, algo que pretendemos fazer neste capítulo. A maior parte desses trabalhos foram produzidos no exterior, em países onde os sistemas político e de mídia diferem em alguma medida dos nossos. Mas já há um número crescente de trabalhos sobre o Brasil. Para refletir sobre o caso do Mais Médicos, tentaremos estabelecer uma conversação com estes dois polos da literatura.

## Mídia e política pública

A preocupação de estudar o impacto da mídia na formação da opinião pública é antiga na ciência política norte-americana. Em seu trabalho intitulado *Public opinion* (1922), escrito na segunda década do século passado, Walter Lippmann lança a teoria da agulha hipodérmica, segundo a qual a mídia inocularia opiniões na mente dos cidadãos, a princípio tomados por tábulas rasas. Essa interpretação vigorou por duas décadas, quando passou a ser refutada pelo trabalho de Paul F. Lazarsfeld e seus colaboradores (Lazarsfeld et al., 1944), mostrando que as opiniões esposadas pelos indivíduos dependiam também de sua socialização e dos regimes de informação aos quais estavam submetidos.

Na década de 1970, os trabalhos de Noelle-Neumann (1973) e de Gerbener e Gross (1974) apontaram para o efeito forte das mensagens da grande mídia sobre as opiniões de seus consumidores. Segundo esses autores, tal efeito era de longo prazo e produzido pelo constante bombardeamento de mensagens. Ironicamente, contudo, enquanto Noelle-Neumann atribuía à mídia viés esquerdista (*the liberal media*), Gerbner e Gross apontavam para o caráter conservador de suas mensagens. Ainda na década de 1970, surgiram os primeiros trabalhos sobre agendamento (*agenda-setting*), que olham para a maneira como os grandes meios de comunicação funcionam como *gatekeepers*, selecionando assuntos e temas para compor o noticiário, e, ao mesmo tempo, silenciando sobre outros (Mccombs e Shaw, 1972). É claro que esses assuntos selecionados vão compor o repertório a partir do qual os cidadãos formam sua opinião acerca de políticas e políticos.

Na década de 1990, apareceram contribuições que apontavam para outras estratégias adotadas pela mídia

na formatação da opinião pública: enquadramento e priming. O priming é uma extensão do conceito de agendamento e corresponde à tentativa feita pela mídia de erigir alguns assuntos como parâmetros, pelos quais as ações de um governo ou político devem ser medidas: exemplo, corrupção, performance da política econômica, segurança pública, segurança hídrica, etc. Já enquadramento, conceito apropriado da sociologia de Erwin Goffman (1974), é utilizado de diversas maneiras, tanto para descrever os esquemas mentais produzidos pela comunicação midiática no público quanto para examinar estratégias e formas com as quais os jornais apresentam um determinado assunto (Mendonça e Simões, 2012).

No presente trabalho, utilizaremos o conceito de enquadramento como instrumento de análise, particularmente nesta última concepção. Para os autores que propõem tal alternativa, o enquadramento consiste em salientar e enfatizar alguns aspectos da notícia em detrimento de outros, sugerindo interpretações (Entman, 1993; Gitlin, 2003) e contribuindo para que o leitor “construa simbolicamente a estrutura do mundo” (Reese et al., 2001).

Na verdade, como apontou Luiz Augusto Campos (2014), essa definição é ainda muito abrangente, pois engloba tanto enquadramentos substantivos, que conferem ao assunto tal ou qual conteúdo ou interpretação (exemplo: corrupção como delito moral do indivíduo, corrupção como problema sistêmico das instituições, corrupção como produto da cultura política da nação, corrupção como prática recorrente de um determinado partido, etc.), ou aspectos formais da notícia, como os enquadramentos temáticos, corrida

de cavalos, personalista e episódico, que Mauro Porto utiliza para analisar a cobertura eleitoral (Porto, 2001).<sup>1</sup>

Propomos, aqui, adotar uma concepção substantiva de enquadramento, reduzindo-o às unidades argumentativas, ou argumentos, acerca do objeto em questão: o Programa Mais Médicos. Isto é, vamos estudar o comportamento do meio e não da audiência. Assumimos aqui a premissa, muito razoável, de que a imensa maioria das pessoas que tem qualquer conhecimento sobre o programa na sociedade brasileira, hoje, adquiriu essa informação por meio da grande mídia. Em outras palavras, as pessoas que tiveram contato direto com o Mais Médicos são minoria em nossa sociedade. Não vamos, contudo, estudar diretamente a opinião da população brasileira, algo que requereria outro desenho de pesquisa, muito mais custoso e abrangente, mas os conteúdos veiculados por essa grande mídia. Ao fazer isso, pretendemos colaborar para dois objetivos: estudar o comportamento da mídia frente a essa política pública e, indiretamente, por meio desse estudo de caso, o processo de formação de opinião na democracia brasileira.

Além da análise de enquadramentos, faremos uma análise de valência, que na literatura de língua inglesa também se chama sentimento (sentiment) (Hopkins e King, 2010; King et al., 2013). Apesar de não se aplicar necessariamente à análise da cobertura eleitoral, foi assim que esse método foi

---

<sup>1</sup> De maneira resumida, o autor define esses enquadramentos da seguinte maneira: (1) temático: enfatiza programas, propostas e posições dos candidatos, exigindo uma análise crítica apurada dos jornalistas; (2) “corrida de cavalos”: destaca os resultados das pesquisas de opinião e as estratégias dos candidatos na competição pelas intenções de votos; (3) personalista: privilegia aspectos particulares dos políticos, como dramas pessoais, traços de personalidade e ideologia; (4) episódico: texto sobre o cotidiano de campanha, nos quais são ressaltados eventos e declarações de candidatos, sem os aspectos dos demais enquadramentos.

aplicado, em grande parte, no Brasil (Aldé, 2003; Aldé et al., 2007). Fato é que esse tipo de análise funciona bem quando a cobertura se torna polarizada; quando os textos tomam ou exprimem lado em uma determinada contenda. O presente trabalho não é especificamente sobre cobertura eleitoral, ainda que o período cubra também a eleição de 2014. O Programa Mais Médicos, como veremos, recebeu uma cobertura bastante polarizada, o que justifica o emprego da análise de valência.

A base de dados utilizada será composta de todos os textos publicados pelos jornais Folha de S. Paulo e O Globo, desde a criação do programa até o dia 31 de julho de 2015. Antes de passarmos à descrição da base, cabe ressaltar alguns detalhes acerca da escolha desses dois jornais. O número de leitores dos jornais impressos vem declinando nas últimas décadas, no mundo todo e no Brasil, sendo esse declínio atribuído corretamente, por muitos autores, ao crescimento da internet. O que poucos notam, contudo, é o fato de que, no Brasil, os principais sites que produzem conteúdo jornalístico na internet (UOL, G1, Agência Estado) pertencem às mesmas empresas donas dos grandes jornais. Ao mesmo tempo, a chamada blogosfera limita-se em grande medida à opinião e ao comentário de notícias produzidas por essas grandes empresas jornalísticas, pois carece de um modelo de negócios capaz de sustentar a produção autônoma de conteúdo noticioso. Assim, é seguro afirmar que os jornais Folha de S. Paulo e O Globo, a despeito de não serem lidos por um grande número de pessoas, funcionam como um bom proxy para avaliar a circulação de informação jornalística no país.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> O UOL, pertencente ao mesmo grupo econômico do jornal Folha de S. Paulo, é o maior portal de notícias do país, são 7,4 bilhões de páginas vistas em mais de mil canais de jornalismo que atingem mais de 50 milhões de visitantes únicos por mês (<http://sobreuol.noticias.uol.com.br/>).

## Análise da cobertura – valências

Nossa base de dados é composta pelos textos que mencionam a expressão “mais médicos” tratando explícita ou implicitamente do programa, publicados na versão impressa dos jornais Folha de S. Paulo e O Globo de janeiro de 2013 a julho de 2015. Foram excluídas da análise as cartas de leitores de ambos os jornais. Também foram excluídos os textos assinados pelo colunista José Simão, no caderno Ilustrada da Folha de S. Paulo, por se tratarem de peças de humor. São 1.036 textos jornalísticos, 631 da Folha e 405 de O Globo, divididos nos seguintes formatos apresentados na Tabela 1:

**Tabela 1** – Textos sobre o MM nos jornais classificados por formato

Veículo			
	Folha	Globo	Total
Artigo	35	22	57
	6%	5%	6%
Capa	3	28	31
	1%	7%	3%
Coluna	131	65	196
	21%	16%	19%
Coluna	131	65	196
	21%	16%	19%
Editorial	17	7	24
	3%	2%	2%
Entrevista	24	4	28
	4%	1%	3%
Reportagem	421	279	700
	67%	69%	68%
Total	631	405	1036
	100%	100%	100%

Fonte: levantamento LEMEP.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Levantamento feito no âmbito do Laboratório de Estudos da Mídia e Esfera Pública (LEMEP), localizado no Instituto de Estudos Sociais e Políticos

A Folha fez uma cobertura maior do programa do que seu par carioca. Nota-se semelhança entre os perfis da cobertura em cada jornal. A preponderância é das reportagens, com quase 70% do número de textos sobre o tema, e das colunas, em torno de 20%. Se adicionarmos editoriais e artigos às colunas, colocando-os todos sob a categoria “textos de opinião”, chegamos a uma proporção de 29% na Folha e de 23% no Globo. Isto é, em torno de um quarto dos textos expressam alguma posição acerca do MM. As diferenças ficam por conta dos editoriais, com a Folha superando o Globo de 17 a 7; entrevistas, novamente com uma vantagem seis vezes maior para o jornal paulista, em números absolutos; e capas, agora com o Globo na frente, publicando quase dez vezes mais textos sobre o PMM nessa parte do jornal do que a Folha.

Os formatos nos dão somente uma ideia do perfil da cobertura. É de se esperar que coberturas de políticas públicas tenham muitas reportagens. Dito isso, essa do PMM tem uma forte vertente opinativa. Para começarmos a desvendar os conteúdos do que foi dito, vamos nos aproximar do material a partir de suas características mais gerais: a valência. Adotamos quatro valores em nosso estudo de valência: favorável, contrário, ambivalente e neutro. Os dois primeiros valores são evidentes pelo próprio nome. A codificação do material, neste caso, redundava em atribuir ao texto como um todo o “sentimento” favorável ou contrário ao seu objeto, no caso o MM. O valor “ambivalente” é anotado quando o texto apresenta elementos pró e contra, sem contudo ter um sentido dominante. E o “neutro” é atribuído aos textos que se resumem a relatar acontecimentos sem conter elementos que possam desabonar ou favorecer a política. Como os textos ambivalentes eram poucos, optamos por agregá-los aos neutros.

---

(IESP) da UERJ, e coordenado por João Feres Júnior, a partir dos textos disponíveis nos arquivos digitais dos próprios jornais.

A tabulação das valências para a cobertura total dos dois jornais vai na tabela a seguir:

**Tabela 2** – Textos sobre o MM nos jornais classificados por valência

Veículo			
	Folha	Globo	Total
Favorável	88	43	131
	14%	11%	13%
Contrário	243	161	404
	39%	40%	39%
Neutro	300	201	501
	48%	50%	48%
Total	631	405	1036
	100%	100%	100%

**Fonte:** levantamento LEMEP.

Alguns aspectos interessantes da cobertura tornam-se evidentes na Tabela 2. O mais espantoso deles é a proporção de valências quase idêntica nos dois jornais: um pouco menos de 50% de neutras, quase 40% de contrárias e um pouco mais que 10% de positivas. Se focarmos somente nos textos que “têm lado”, observamos uma razão de quase 4 contrários para 1 favorável.

Vejamos agora como as valências se distribuem pelos formatos dos textos. Antes de irmos à análise dos dados, é preciso esclarecer que os formatos de texto dentro de um jornal cumprem funções comunicativas distintas. O editorial divulga a posição do jornal acerca de um assunto, isto é, a posição de seus editores e/ou donos. As colunas de opinião são escritas por jornalistas contratados ou autores com espaço cativo no periódico. Seu “lugar de enunciação” é mais nebuloso, pois alguns são especialistas, outros generalistas que dão opinião

sobre vários assuntos. Falam como se representassem uma elite bem-pensante da sociedade e não a opinião do jornal, propriamente dita. São todos, contudo, selecionados e contratados pelo jornal para desempenhar esse papel. Os artigos são frequentemente assinados por especialistas no assunto em questão. É claro que cabe aos editores do jornal dar voz aos especialistas que lhes bem aprouver, mas, segundo os parâmetros de equilíbrio da cobertura que os jornais se atribuem, deveríamos esperar uma pluralidade de opiniões nos artigos publicados.

As reportagens pretendem comunicar aos leitores os fatos da questão. Utilizam linguagem descritiva e, segundo os parâmetros de neutralidade supostamente adotados pelos jornais, deveriam esmiuçar os vários lados de um problema; ouvir as vozes das partes envolvidas. Por fim, temos as capas. Essas são um sumário do jornal. Planejadas milimetricamente pelos editores, elas têm a função de sumarizar os temas mais importantes daquela edição, na opinião deles. Seu poder comunicativo é bem mais amplo que o das páginas internas do jornal. As capas e suas manchetes principais são lidas por transeuntes que passam pelas bancas das cidades e por qualquer pessoa que deite os olhos sobre a publicação, mesmo que a distância, sem sequer tocá-la. Sem serem editoriais, elas são produto de intenção editorial pura.

Começemos pela análise das valências dos editoriais dos dois jornais.

**Tabela 3** – Editoriais sobre o MM nos jornais classificados por valência

Veículo			
	Folha	Globo	Total
Favorável	1	3	4
	6%	43%	17%
Contrário	14	3	17
	82%	43%	71%
Neutro	2	1	3
	12%	14%	13%
Total	17	7	24
	100%	100%	100%

Fonte: levantamento LEMEP.

Como era de se esperar, editoriais são textos fortemente opinativos, e esses não fugiram à regra: o número de neutros é exíguo. Neles, os jornais não adotaram a mesma posição em relação ao PMM. Enquanto O Globo teceu críticas e elogios, a Folha de S. Paulo bombardeou o programa com 14 editoriais negativos, para um favorável e dois neutros.

Nos artigos assinados, também uma modalidade de texto opinativo, os lugares se invertem, como vemos a seguir:

**Tabela 4** – Artigos assinados sobre o MM nos jornais classificados por valência

Veículo			
	Folha	Globo	Total
Favorável	15	6	21
	43%	27%	37%
Contrário	14	9	23
	40%	41%	40%
Neutro	6	7	13
	17%	32%	23%
Total	35	22	57
	100%	100%	100%

Fonte: levantamento LEMEP.

Agora é a Folha que mostra um perfil mais equilibrado, ao passo que O Globo publica especialistas contrários 1,5 vez mais do que favoráveis, ainda que o número de artigos seja pequeno no total, o que torna o cálculo de proporções um pouco incerto.

A cobertura das colunas assinadas, outra modalidade de texto opinativo, é um pouco distinta no que tange a comparação dos dois periódicos, como mostra a tabela a seguir:

**Tabela 5** – Colunas assinadas sobre o MM nos jornais classificados por valência

Veículo			
	Folha	Globo	Total
Favorável	19	4	23
	15%	6%	12%
Contrário	47	21	68
	36%	32%	35%
Neutro	65	40	105
	50%	62%	54%
Total	131	65	196
	100%	100%	100%

**Fonte:** levantamento LEMEP.

Os jornais apresentam comportamento mais similar, com proporções que se aproximam daquelas do universo de textos. Em torno de 50% de neutros, e muito mais contrários do que favoráveis. Na Folha, a proporção é de quase 2,5 para 1, já no Globo, ela ultrapassa 5 para 1. Nesse formato, é importante identificar quais jornalistas contribuíram mais para os resultados. Na Folha, Mônica Bergamo lidera, com 13 textos, 4 contrários e 9 neutros, seguida de Eliane Cantanhêde, com 6 contrários e 4 neutros, Hélio Schwartzman, com 3

contrários, 1 favorável, e dois neutros e Jânio de Freitas, com 6 favoráveis.

É digna de nota a coluna Painei, da Folha, escrita por Vera Magalhães, pois, ainda que tenha entrado no cômputo de colunas assinadas, é composta de pequenas notas com tom mais descritivo que opinativo. Não obstante, foram 22 negativas para 5 positivas e 32 neutras nesta coluna. Em suma, para além de meramente descritivo, o painel mostrou pronunciado viés negativo. Em O Globo, nenhum colunista se destaca na cobertura do PMM, apenas a coluna de Ilimar Franco, em tudo similar ao Painei da Folha, contém 39 drops sobre o tema, com 30 neutros, 1 favorável e 8 negativos. Esse exemplo, comparando as colunas Painei e Ilimar Franco nos dois jornais, mostra como textos com funções supostamente similares podem conter vieses de intensidade variada.

Assim como os artigos assinados, as entrevistas também são poucas. Reproduzimos a tabela com sua contagem a seguir para que o leitor constate que, mesmo sendo em número pequeno, o viés negativo da cobertura uma vez mais se confirma.

**Tabela 6** – Entrevistas sobre o MM nos jornais classificados por valência

Veículo			
	Folha	Globo	Total
Favorável	5	0	5
	21%	0%	18%
Contrário	10	1	11
	42%	25%	39%
Neutro	9	3	12
	38%	75%	43%
Total	24	4	28
	100%	100%	100%

Fonte: levantamento LEMEP.

Não tanto em O Globo, que tem um número negligenciável, mas a Folha publicou 10 contrárias para cinco favoráveis, isto é, 2 para 1.

Assim, chegamos às reportagens, o formato mais usado na cobertura do MM, como vimos anteriormente:

**Tabela 7** – Reportagens sobre o MM nos jornais classificados por valência

Veículo			
	Folha	Globo	Total
Favorável	48	30	78
	11%	11%	11%
Contrário	156	107	263
	37%	38%	38%
Neutro	217	142	359
	52%	51%	51%
Total	421	279	700
	100%	100%	100%

**Fonte:** levantamento LEMEP.

De cara, podemos notar uma característica surpreendente. As proporções das valências das reportagens são as que mais se aproximam daquelas de todo o universo de textos. Os jornais têm comportamento praticamente idêntico nesse quesito. A surpresa advém do fato de reportagens serem, supostamente, textos não opinativos, focados na descrição factual e no equilíbrio das fontes ouvidas. São quase quatro vezes mais reportagens contrárias do que favoráveis.

É no quesito “fontes ouvidas” que notamos tremendo viés. As fontes contrárias aparecem nas reportagens muito mais do que as que têm uma atitude positiva a respeito do MM. Das 700 reportagens publicadas pelos jornais, apenas 128 ouviram o governo federal, que é nada menos do que o

criador do programa. A proporção é parecida em ambos os jornais, em torno de 18% do total das reportagens traziam esse “lado” da controvérsia. Em suma, enquanto o número de reportagens contrárias beira 40% do total de reportagens, o governo é procurado em apenas 18% desse total para dar sua versão dos fatos.

Por fim chegamos às capas. A síntese do jornal, segundo o próprio jornal ou por quem nele manda, desenhadas para comunicar rapidamente aquilo que os editores imaginam ser mais importante. Os dados vão na tabela a seguir.

**Tabela 8** – Chamadas e manchetes de capa sobre o MM nos jornais classificados por valência

<b>Veículo</b>		
	<b>Folha</b>	<b>Globo</b>
<b>Contrário</b>	2	20
	67%	71%
<b>Neutro</b>	1	8
	33%	29%
<b>Total</b>	3	28
	100%	100%

**Fonte:** levantamento LEMEP.

Não há chamadas ou manchetes de capa favoráveis ao PMM em qualquer um dos jornais. Justiça seja feita, a Folha publicou muito poucas capas com referências ao programa. Ainda assim, foram duas negativas para uma positiva. O Globo estampou nada menos que vinte textos contrários ao programa em sua capa, mais oito referências descritivas.

Em suma, comparando as valências e formatos dos textos nos dois jornais, podemos concluir que a Folha apresentou um padrão mais consistente de viés contrário ao PMM,

com exceção dos artigos assinados por especialistas, que seguem a lógica “um para cada lado da contenda”. No restante, o jornal se mostrou forte opositor do programa, inclusive com clara linha editorial. Já O Globo mostrou equilíbrio nos editoriais, mas adotou decidido viés contrário nas colunas assinadas e nas capas, a parte com maior potencial comunicativo do jornal.

## **Análise da cobertura – enquadramentos**

A valência é somente a superfície do conteúdo da notícia, ainda que nesse caso a metáfora espacial não tenha por fim denotar menor importância, mas, pelo contrário, aquilo que primeiro encontramos no plano do fenômeno comunicativo; o que primeiro salta aos olhos. Penetrando mais fundo no conteúdo da cobertura, passemos agora a analisar os argumentos usados nos textos sobre o MM. Como a cobertura foi predominantemente negativa, vamos focar a análise nos argumentos contrários ao programa. A seguir temos uma lista completa deles.

**Tabela 9** – Enquadramentos negativos de primeira ordem do MM nos textos jornalísticos

<b>Enquadramentos de primeira ordem</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
É marketing político/eleitoral	187	32,0%
Médicos contratados têm competência duvidosa	84	14,4%
Viola direitos humanos e trabalhistas	77	13,2%
É insuficiente	57	9,7%
Vai gerar enxurrada de deserções	55	9,4%
É escravidão	49	8,4%

<b>Enquadramentos de primeira ordem</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
Resposta às manifestações de junho de 2013	42	7,2%
É forma de financiar Cuba	39	6,7%
É ineficiente	32	5,5%
Não despertará interesse dos médicos brasileiros	29	5,0%
É mal planejado	27	4,6%
É política de governo autoritário	26	4,4%
Proposta de campanha	26	4,4%
É irrelevante	24	4,1%
Vai causar repressão aos cubanos desertores e às suas famílias	22	3,8%
Vai causar demissões de médicos brasileiros (substituição)	20	3,4%
É paliativo	16	2,7%
Acordo com Cuba foi anterior ao lançamento do MM/Governo mentiu	15	2,6%
Expansão de vagas tem qualidade questionável	11	1,9%
É imoral (situação dos cubanos)	11	1,9%
É caro	7	1,2%
É ruim para a política externa brasileira	7	1,2%
Falta de especialistas não será resolvida	4	0,7%
O curso preparatório para estrangeiros não é bom	2	0,3%
Cria obstáculo à reaproximação EUA-Brasil/ imbróglgio diplomático	1	0,2%
Dinheiro do contrato vai para o caixa 2 do PT	1	0,2%
Total	871	100%

**Fonte:** levantamento LEMEP.

Esta lista já é um ótimo apanhado dos enquadramentos negativos que o PMM recebeu desses dois grandes jornais. Ela contém os códigos gerados na primeira fase de interpretação dos textos, onde o princípio que orienta os codificadores é reproduzir o mais fidedignamente possível o argumento da maneira que ele se encontra no texto, inclusive utilizando as mesmas palavras. Os códigos podem, então, ser agregados semanticamente, para gerar uma lista mais compacta e inte-

ligível. O processo de agregação semântica é interpretativo, hermenêutico, e redundante em juntar argumentos com significado similar sob um só enquadramento, cujo nome sintetiza o principal sentido dos argumentos agregados. Como vemos a seguir a lista cai de 25 para cinco itens:

**Tabela 10** – Enquadramentos agregados do MM nos textos jornalísticos

Enquadramentos de primeira ordem	Freq.	%
É programa insuficiente, ineficaz ou incompetente	293	50%
É marketing eleitoral	255	44%
Constitui violação dos direitos humanos e trabalhistas	159	27%
É corrupção petista/desvio esquerdista	89	15%
Vai produzir resultados catastróficos	75	13%
Total	871	100%

**Fonte:** levantamento LEMEP.

O enquadramento agregado, “É programa insuficiente, ineficaz ou incompetente”, soma o maior número de argumentos, em ordem decrescente de frequência: médicos contratados têm competência duvidosa; é insuficiente; é ineficiente; não despertará interesse dos médicos brasileiros; é mal planejado; é irrelevante; é paliativo; a expansão de vagas tem qualidade questionável; é caro; falta de especialistas não será resolvida; e o curso preparatório para estrangeiros não é bom.

Não é preciso envidar-se em exaustivos exercícios interpretativos para concluir que todos esses argumentos, de uma maneira ou de outra, dizem que o PMM é de má qualidade, que não vai atingir os objetivos a que se propõe como política pública. Esse é também o agrupamento agregado mais frequente na cobertura total, atingindo a metade de todas as ocorrências de argumentos negativos no universo de textos.

Note-se que o total da tabela anterior, 871, corresponde à soma da ocorrência dos argumentos agora agregados, ou seja, a unidade de análise aqui não é o texto, mas a ocorrência de um argumento negativo.

O segundo enquadramento agregado mais frequente é “É marketing eleitoral”, que inclui os seguintes argumentos: é marketing eleitoral; resposta às manifestações de junho de 2013; e proposta de campanha. Aqui o significado não é inteiramente diferente do enquadramento agregado anterior, pois também sugere má qualidade da política ao afirmar que ela não foi criada para, de fato, cumprir suas metas, mas sim, como jogada de marketing para efeitos eleitorais. A diferença mais fundamental entre esses dois enquadramentos é que, enquanto o anterior tinha como objeto a política em si, este foca nas intenções de seus criadores: a presidente Dilma, o governo federal e o Partido dos Trabalhadores (PT). A frequência desse agregado é também muito alta, alcançando 44% do universo de ocorrências.

O próximo enquadramento agregado, “Constitui violação dos direitos humanos e trabalhistas”, contém os seguintes argumentos: viola direitos humanos e trabalhistas; é escravidão; vai causar repressão aos cubanos desertores e às suas famílias; e é imoral (situação dos cubanos).

Ele está presente em mais de um quarto das ocorrências (27%) e constitui acusação da maior gravidade. Aqui o alvo são a política e seus criadores, pois seu desenho seria permeável a tais supostas violações e seus criadores seriam insensíveis ao delito moral que estão sendo acusados de perpetrar.

O quarto enquadramento, “É corrupção petista/desvio esquerdista”, é dirigido diretamente aos criadores da política. Os argumentos são: é forma de financiar Cuba; é política de governo autoritário; o acordo com Cuba foi anterior ao lançamento do programa – o governo mentiu; é ruim para a política

externa brasileira; cria obstáculo à reaproximação EUA-Brasil / imbróglgio diplomático; e dinheiro vai para o caixa 2 do PT.

Aqui os textos revelam um repertório argumentativo muito similar àquele visto nas manifestações mais recentes da nova direita brasileira, que demoniza o Partido do Trabalhadores, atribuindo-lhe natureza mais corrupta do que a do resto do sistema político-partidário, perfil autoritário ou totalitário e antiamericanismo. Há um total de 89 ocorrências dessa natureza em nosso universo de textos, 15%, o que não é desprezível.

Por fim, “Vai produzir resultados catastróficos”: um enquadramento que novamente se dirige à política em si. Ele agrega somente dois argumentos: vai gerar enxurrada de deserções; vai causar demissões de médicos brasileiros.

A análise semântica em etapas empreendida até aqui revela dois aspectos mais diversos da argumentação contrária ao Programa Mais Médicos, nos textos dos grandes jornais, aos mais essenciais. É possível ainda adicionarmos um nível de agregação semântica se tomarmos o objeto dos enquadramentos argumentativos como variável. Notamos nas agregações anteriores que os grupos de argumentos ou eram dirigidos contra o programa em si ou contra seus criadores: a presidente Dilma, o governo federal e/ou o PT. Se tomarmos então esses dois objetos como variável de agregação, os argumentos se reduzem a dois grandes grupos, como mostrado abaixo:

**Tabela 11** – Enquadramentos superagregados do MM nos textos jornalísticos

Enquadramentos superagregados	Freq.	%
É produto da imoralidade do PT	503	58%
É política ruim	368	42%
Total	871	100%

**Fonte:** levantamento LEMEP.

Os dois grupos estão presentes em proporções semelhantes em todo o universo de argumentos contrários, com ligeira vantagem para aqueles que responsabilizam direta ou indiretamente o PT, 58% contra 42% que focam na política em si. Os enquadramentos que entram na categoria “É produto da imoralidade do PT” são: é marketing eleitoral; constitui violação dos direitos humanos e trabalhistas e é corrupção petista/desvio esquerdista.

Reduzir o programa a uma jogada de marketing é atribuir desonestidade a seus criadores, que supostamente estariam gastando dinheiro público para produzir um programa ineficiente, com a única finalidade de, assim, permanecer no poder. O programa é frequentemente chamado de “eleiteiro”, algo que se assemelha bastante à ideia de estelionato eleitoral: quando promessas falsas são feitas somente com a finalidade de enganar o eleitorado.

A acusação de violação brutal de direitos humanos, escravização, etc., também vai no sentido de atacar moralmente os criadores do programa, que supostamente estariam dispostos a recorrer a tais práticas para atingir seus objetivos. Por fim, a alusão à natureza corrupta e esquerdista do PT fecha essa representação do partido como bastião da imoralidade: seus seguidores estariam dispostos a lançar mão de qualquer subterfúgio para permanecer no poder, inclusive mentir para o eleitorado e escravizar cubanos.

O enquadramento superagregado “É política ruim” é, ao mesmo tempo, consequência e complemento do superagregado que culpabiliza o PT. Consequência porque, conforme sugerem os textos, o fato de a política supostamente não funcionar, ser mal desenhada, ineficiente, insuficiente etc., deve ser entendido como resultado de ela não ter sido verdadeiramente criada para resolver o problema da saúde nos lugares desassistidos por serviços médicos, mas sim para propaganda política

eleitoral. Ou seja, se a política é uma mentira, e a finalidade a que se destina não é a que é alardeada por seus criadores, então não há como ela funcionar direito. Por outro lado, os enquadramentos desse grupo podem ser lidos como um complemento ao conteúdo do enquadramento superagregado anterior, pois além de ser declarado moralmente corrompido, o governo petista seria também incompetente, incapaz de produzir uma política eficaz.

A análise semântica feita até aqui toma os argumentos como se ocorressem todos juntos no corpus textual, ou seja, toma o corpus textual como um “saco de argumentos”, onde não haveria organização ou hierarquização entre eles. Os dois estágios de agregação foram produzidos sem levar em conta, por exemplo, o fato de os argumentos ocorrerem juntos ou separados nos textos. Para testar nossa agregação semântica em dois estágios, agora reconhecendo a ocorrência dos argumentos e unidades textuais, e para adicionar outros elementos à nossa avaliação, fizemos uma análise<sup>4</sup> de correspondência simples dos 25 enquadramentos argumentativos iniciais, tomando o texto como unidade de análise. Os resultados vão a seguir:

---

<sup>4</sup> Para que a análise assumisse um formato compreensível, foram eliminados os seguintes argumentos outliers: Vai causar demissões de médicos brasileiros (substituição), O curso preparatório para estrangeiros não é bom, Proposta de campanha, É caro e Falta de especialistas não será resolvida.



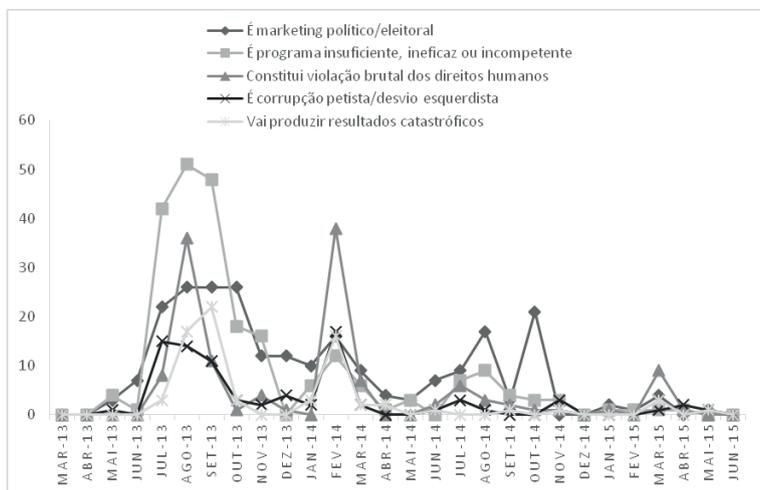
Como podemos notar claramente, o eixo x separa os dois grupos de argumentos que compõe cada um dos enquadramentos superagregados: no hemisfério inferior todos os argumentos pertencem ao superagregado “É produto da imoralidade do PT” e no hemisfério superior todos pertencem ao superagregado “É política ruim”. Esse resultado demonstra a pertinência forte do segundo estágio de nossa agregação semântica.

A análise de correspondência comprova também a pertinência do primeiro nível de agregação semântica. Vejamos, o enquadramento agregado “É programa insuficiente, ineficaz ou incompetente” tem seus códigos concentrados no quadrante superior esquerdo. O enquadramento agregado “Constitui violação dos direitos humanos e trabalhistas” concentra seus códigos no quadrante inferior direito. O enquadramento agregado “É marketing eleitoral” é dominado pelo argumento do mesmo nome, o mais frequente de todos, e localiza-se inteiramente no quadrante inferior esquerdo. Já o enquadramento “É corrupção petista/desvio esquerdista” tem seus principais argumentos agrupados na parte inferior do quadrante inferior esquerdo, com o argumento “É política de governo autoritário” se comportando como outlier, no quadrante inferior esquerdo. Finalmente, o enquadramento “Vai produzir resultados catastróficos” é representado pelo argumento “Vai gerar enxurrada de deserções”, isolado no quadrante superior direito.

Esse resultado mostra que os textos contrários aos MM tendem a se concentrar em um tipo de argumento, e não misturar vários ao mesmo tempo. Tal hipótese explicativa ganha contornos mais claros se notarmos a evolução temporal dos enquadramentos. Como qualquer contenda midiática, a que se desenvolveu em torno do Programa Mais Médicos não manteve um nível constante de ativação, mas sim passou por

altos e baixos, como mostra o Gráfico 1, a seguir. Optamos por representar os enquadramentos de primeiro nível de agregação, pois isto auxilia a compreensão dos dados.

**Gráfico 1** – Argumentos agregados do MM ao longo do tempo (meses)



**Fonte:** levantamento LEMEP.

Como se pode ver no Gráfico 1, a cobertura segue ciclos de ativação. A partir de julho de 2013, começa o ciclo mais intenso, revelado de maneira similar nos números de textos publicados nos dois jornais. Este é também o ciclo mais longo de ativação, que se encerra em janeiro de 2014. Assim que foi lançado, por meio da Medida Provisória<sup>5</sup> nº 621 de 8 de julho, o programa enfrentou resistência atroz por parte dos con-

<sup>5</sup> Medida Provisória é um instrumento com força de lei adotado pela presidência da República em casos de urgência e relevância, cuja validade é de sessenta dias prorrogáveis por igual período. Apesar de produzir efeitos imediatos, MPs dependem da aprovação do Congresso para que se transformem definitivamente em lei.

selhos profissionais de medicina, tanto o federal quanto os regionais. Tais entidades insistiram em apontar a insuficiência e a irrelevância do programa, bem como seu caráter eleitoreiro.

A MP previa uma alteração na formação médica, que passaria a ter dois anos a mais de duração e a abranger dois ciclos obrigatórios e complementares: o primeiro, que deveria seguir as diretrizes curriculares nacionais, incluindo estágio obrigatório em regime de internato, e o segundo ciclo correspondente a um período mínimo de dois anos de treinamento, em serviço na atenção básica do SUS. A mudança, que valeria para alunos ingressantes a partir de janeiro de 2015, foi muito mal recebida pela categoria e encontrou resistência também no meio acadêmico e no Congresso Nacional. Sob pressão, o governo federal desistiu de estender o currículo, mas determinou que o primeiro ano de residência médica fosse realizado obrigatoriamente nos serviços de urgência e emergência ou na atenção básica do SUS, o que fez com que o número de menções ao caso diminuísse, significativamente, em agosto e setembro até desaparecer em outubro, mês em que a medida foi convertida em lei.

Agosto marca o pico mais alto atingido por toda a série histórica. Nesse mês, foi celebrado o acordo entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que possibilitou a vinda de médicos cubanos para atuar no Programa Mais Médicos. Os conselhos, novamente, fizeram forte oposição à contratação de médicos estrangeiros desobrigados de passar pelo Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida) que, como o próprio nome sugere, serve para a revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior. As entidades chegaram a promover paralisações em protesto e negaram-se a conceder autorizações para que os médicos estrangeiros atuassem em território nacional, perpetrando deliberada campanha de boicote ao programa do

governo federal. As críticas das categorias encontraram bastante espaço no noticiário, tanto no jornal O Globo quanto na Folha de S. Paulo.

O segundo ciclo de ativação ocorreu em fevereiro de 2014 e foi impulsionado pelo caso da médica cubana Ramona Matos Rodríguez. No dia 4 de fevereiro, Rodríguez, que estava alocada desde outubro de 2013 em um posto de saúde no município de Pacajá, no Pará, foi apresentada no plenário da Câmara dos Deputados por líderes do partido de oposição Democratas (DEM), e anunciou que pediria asilo político ao governo brasileiro. A médica teria decidido deixar o programa após descobrir que seu salário era inferior àquele recebido por outros médicos estrangeiros.<sup>6</sup> A médica afirmou que pediu ajuda ao deputado Ronaldo Caiado, ferrenho opositor do programa, em busca de segurança, pois estaria sendo perseguida pela Polícia Federal. Na mesma semana, outro médico cubano, Ortelio Jaime Guerra, também abandonou seu posto de trabalho, situado em Pariquera-Açu, no interior de São Paulo. Ambos os médicos conseguiram vistos e mudaram-se para os Estados Unidos ainda em fevereiro. Os casos reativaram todos os grupos de argumentos contrários ao programa, como podemos observar, com destaque para “Constitui violação dos direitos humanos e trabalhistas”.

A partir de julho de 2014, começou um novo ciclo de ativação que foi até outubro. Nesse período, nenhum caso específico teve proeminência no noticiário, mas havia sido dada a largada para a campanha eleitoral, cujo período oficial teve início no dia 6 daquele mês. Note-se que em julho, agosto e

---

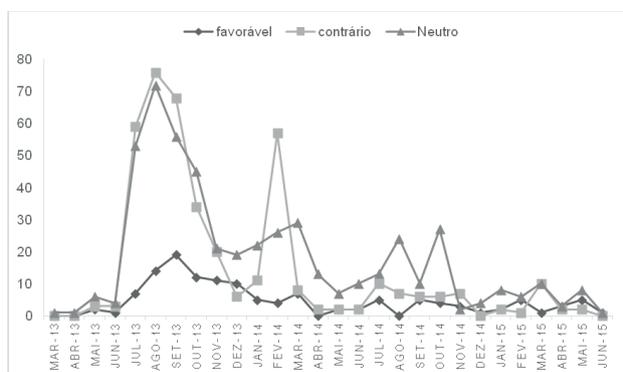
<sup>6</sup> Até então, os médicos cubanos que atuavam no programa Mais Médicos recebiam mensalmente US\$ 400, mais US\$600 que ficavam depositados em uma conta em Cuba, o que equivalia a R\$ 933 e R\$ 1,4 mil à época. Ao final de fevereiro, o governo brasileiro anunciou que os médicos cubanos passariam a receber o valor de US\$1.245 por mês a partir de março.

outubro, os argumentos mais frequentes são aqueles que se referem ao Programa Mais Médicos como “bandeira” ou “vitrine” eleitoral e o classificam como eleitoreiro (É marketing político/eleitoral) e os que podem ser mobilizados facilmente pela oposição, como as limitações do programa (É insuficiente, ineficaz ou incompetente).

O último ciclo de ativação foi em março de 2015. O argumento mais frequente nesse período foi aquele que se refere aos direitos humanos/trabalhistas dos profissionais e esteve associado a casos de médicos cubanos que trouxeram familiares para o Brasil. Alguns reportaram que o governo da ilha ameaçava tirá-los do programa caso seus parentes não retornassem.

O gráfico dos enquadramentos toma o argumento como unidade de análise, ainda que eles estejam agrupados. Se fizermos um gráfico temporal para as valências, usando o texto jornalístico como unidade de análise, como no começo deste capítulo, obteremos um gráfico com curvas de desenho muito similar, como vem a seguir:

**Gráfico 2** – Valências nos textos jornalísticos sobre o MM ao longo do tempo (meses)



Fonte: levantamento LEMEP.

Como já constatamos anteriormente, a curva de favoráveis está constantemente abaixo daquelas que representam os textos contrários e neutros. A similaridade desse gráfico com o anterior tem a ver com o fato de que, durante um período de ativação do noticiário, todas as valências sobem. Mas o dado mais importante revelado por esses dois gráficos é a desativação que a cobertura do PMM sofreu ao longo do tempo. A cobertura foi muito mais intensa durante (1) o período em que a política estava sendo gestada e (2) no começo de 2014, voltando novamente a ser ativada no (3) período da campanha eleitoral, para logo depois ficar praticamente silente. Como explicar tal dinâmica?

1. Sucesso da política – inibiu a cobertura negativa. Como a cobertura de fatos positivos relativos às atividades do governo federal na grande mídia é exígua,<sup>7</sup> então, o sucesso da política foi causa de seu declínio na cobertura jornalística.
2. Utilidade da cobertura – noticiou-se muito o PMM enquanto era possível rejeitar a política (momentos 1 e 2), ou quando era possível tirar de sua cobertura algum efeito eleitoral (3). Passados esses períodos, a utilidade política da cobertura do PMM tornou-se marginal.

---

<sup>7</sup> Veja, por exemplo, a cobertura comparada do Governo Federal e do Governo do Estado de São Paulo nas capas dos dois grandes jornais paulistas, Folha e Estado (<http://www.manchetometro.com.br/analises/governo-federal-x-estado-de-sao-paulo/>), ou ainda, o perfil extremamente negativo da cobertura da economia feita pela grande mídia em 2014, quando o país não atravessava crise econômica (<http://www.manchetometro.com.br/jornal-nacional-2014/jn-2014-enquadramento-economia/>).

## Conclusão

As duas explicações anteriores são hipóteses que não podemos testar aqui neste trabalho. É possível, contudo, colher aqui e ali alguns resultados do sucesso do Programa Mais Médicos. Pesquisas de âmbito nacional encomendadas pela Confederação Nacional do Transporte (CNT) revelaram uma enorme aprovação do PMM frente à população brasileira. Em enquete de novembro de 2013, ele alcançou 84,3% de aprovação, contra 2,9% de respondentes que o desaprovavam. Uma segunda pesquisa, divulgada em abril de 2014, mostrou aprovação de 75% dos respondentes contra 6,5% de reprovação. Esses dados mostram não somente a aprovação bruta do programa, mas o fato de seus altos níveis terem resistido à queda de popularidade da presidente Dilma e de seu governo. Para corroborar esta conclusão, pesquisa recente coordenada por Helcimara Telles mostra o sucesso do PMM entre seus usuários. Oitenta e quatro por cento dos entrevistados acham que o atendimento médico melhorou muito, e 54% dão ao programa nota 10. Por fim, 80% dos usuários são mulheres com filhos e com renda até dois salários mínimos (Telles, 2015).

Se esses fatos contribuem para colocar em questão as acusações à qualidade do programa, uma outra notícia contribuiu para relaxar as tensões entre o governo federal e a classe médica. Se na primeira chamada do programa, de agosto de 2013, somente 6% das vagas foram preenchidas por médicos brasileiros<sup>8</sup>, na chamada mais recente, de abril de 2015,

---

<sup>8</sup> Fonte: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/08/n-programa-mais-medicos-apenas-6-das-vagas-foram-preenchidas.html>.

todas as vagas foram preenchidas por médicos brasileiros, formados aqui ou no exterior.<sup>9</sup>

A dinâmica da cobertura da grande mídia revelada por nosso estudo do Programa Mais Médicos não é muito diferente daquela observada no estudo de outras políticas progressistas, como, por exemplo, as cotas nas universidades públicas. Estudos sobre este tema, usando como fonte os mesmos jornais aqui analisados, mostram que, durante o período de debate público que precedeu a aprovação da Lei de Cotas do Governo Federal, de 2012, a grande mídia fez uma cobertura extremamente desfavorável à medida, dando muito mais visibilidade e voz àqueles que criticavam as políticas, às vezes com argumentos especulativos sem qualquer fundamento factual (Campos et al., 2013; Campos e Júnior, 2013). Seus editoriais, assim como no caso do MM, foram peremptoriamente contrários às iniciativas e suas reportagens frequentemente apresentavam os opositores das cotas de maneira favorável. Outro dado similar nesta comparação foi o fato de o debate sobre as cotas raciais ter esmaecido na grande mídia após a declaração de constitucionalidade dessas políticas pelo Supremo Tribunal Federal e a consequente aprovação da Lei Federal nº 12.711/2012, criando uma política unificada de reserva de vagas em todo sistema federal de ensino superior e técnico. Ou seja, nos dois casos, uma vez que a política venceu na prática houve recuo da atitude militante da grande imprensa.

A tradição de estudos sobre a cobertura jornalística das eleições tem mostrado, desde a primeira eleição presidencial da Nova República, um forte viés antiesquerda da grande mídia brasileira. Poucos trabalhos, contudo, contribuem para avaliar o comportamento da mídia acerca de questões e

---

<sup>9</sup> Fonte: <http://www.etc.com.br/noticias/2015/05/mais-medicos-brasileiros-preencheram-100-das-vagas-do-ultimo-edital>

políticas públicas que fogem da lógica da campanha eleitoral. O presente trabalho pretende ser uma contribuição desse tipo. Ainda que o período compreenda uma campanha eleitoral, esse não foi o nosso foco. É digno de nota o aparecimento frequente da acusação de “medida eleitoreira” na cobertura do PMM, mas tal elemento é somente mais um frente ao arsenal total de críticas dirigidas ao programa.

Pretendemos também ter contribuído para mostrar que o problema que a grande mídia brasileira coloca para nossa democracia não pode ser reduzido à sua pretensão frequente de “ganhar eleições” ou mesmo de alterar o resultado eleitoral por meio de todo tipo de subterfúgio, inclusive o de publicações que servem de panfleto de boca de urna. O problema central é o da formação de opinião de nossos concidadãos. Ao invés de termos um debate esclarecido, em que diferentes posições são expostas e criticadas de maneira equilibrada, várias vozes são ouvidas e o cidadão é bem informado, temos viés tremendo, supressão de vozes, invisibilização de atores, criação de outros sem qualquer representatividade e sobre-representação de posições conservadoras. O caso das cotas e o caso do Programa Mais Médicos mostram que, assim como nas eleições, a grande mídia nem sempre ganha. Uma coisa, porém, é certa: com seu comportamento enviesado e militante, a democracia brasileira sempre perde.

## Referências

- ALDÉ, Alessandra. *As eleições presidenciais de 2002 nos jornais*. ALCEU v. 3, n. 6, p. 93-121, 2003.
- ALDÉ, Alessandra et al. *Tomando partido: imprensa e eleições presidenciais em 2006*. Política e Sociedade, n. 10, 2007.

- BURSTEIN, Paul. *The Impact of Public Opinion on Public Policy: A Review and an Agenda*. Political Research Quarterly n. 56 p. 29–40, 2003.
- CAMPOS, Luiz Augusto. *A identificação de enquadramentos através da análise de correspondências: um modelo analítico aplicado à controvérsia das ações afirmativas raciais na imprensa*. Opinião Pública, v. 20, n. 3, p. 377-406, 2014.
- CAMPOS, Luiz Augusto et al. *Administrando o debate público: O Globo e a controvérsia em torno das cotas raciais*. Revista Brasileira de Ciência Política, p. 7-31, 2013. ISSN 0103-3352. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-33522013000200001&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522013000200001&nrm=iso) .
- CAMPOS, Luiz Augusto; FERES JÚNIOR, João. *O Globo e as ações afirmativas: dez anos de cobertura (2001-2011)*. Textos para discussão GEMAA. Rio de Janeiro, p.18. 2013
- DOWNS, Anthony. *An Economic Theory of Political Action in a Democracy*. The Journal of Political Economy, v. 65, n. 2, p. 135-150, 1957.
- ENTMAN, Robert M. *Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm*. Journal of Communication, v. 43, n. 4, p. 51-58, 1993.
- GERBNER, George; GROSS, Larry. *System of cultural indicators*. Public Opinion Quarterly, n. 38, p. 460–461, 1974.
- GOFFMAN, Erving. *Frame analysis : an essay on the organization of experience*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1974. ix, 586 p. ISBN 0674316568.
- HABERMAS, Jurgen. *Between facts and norms : contributions to a discourse theory of law and democracy*. Cambridge: MIT Press, 1996.
- HOPKINS, Daniel J.; KING, Gary. *A Method of Automated Nonparametric Content Analysis for Social Science*. American Journal of Political Science, v. 54, n. 1, p. 229–247, 2010.

- KING, Gary; PAN, Jennifer; ROBERTS, Margaret E. *How Censorship in China Allows Government Criticism but Silences Collective Expression*. American Political Science Review, v. 107, n. 2, p. 1-18, 2013.
- LAZARSFELD, Paul Felix et al. *The people's choice; how the voter makes up his mind in a presidential campaign*. New York,: Duell, 1944. vii, 178 p.
- LIPPMANN, Walter. *Public opinion*. New York,: Harcourt, 1922. x, 427 p.
- MANZA, Jeff; COOK, Fay Lomax. *A Democratic Polity? Three Views of Policy Responsiveness to Public Opinion in the United States*. American Political Research n. 30 p. 630–667, 2002.
- MCCOMBS, Maxwell E; SHAW, Donald L. *The Agenda-Setting Function of Mass Media*. The Public Opinion Quarterly, v. 36, n. 2, p. 176-187, 1972.
- MENDONÇA, Ricardo Fabrino.; SIMÕES, Paula Guimarães. *Enquadramento: Diferentes operacionalizações analíticas de um conceito*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 27 n. 79 p. 187-201, 2012.
- NOELLE-NEUMANN, Elisabeth. *Return to the concept of powerful mass media*. Studies in Broadcasting, v. 12, n. 9, p. 67-112, 1973.
- PORTO, Mauro P. *A mídia brasileira e a eleição presidencial de 2000 nos EUA: a cobertura do jornal Folha de S. Paulo*. Cadernos do CEAM, v. 2, n. 6, p. 11-32, 2001.
- REESE, STEPHEN D ET AL. *Framing public life : perspectives on media and our understanding of the social world*. Mahwah, N.J . Lawrence Erlbaum Associates, 2001. xvi, 399 p. ISBN 0805836535 (cloth alk. paper). Disponível em: < <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0634/2001023611-d.html> >.
- TELLES, HELCIMARA DE SOUZA. *Avaliação de Políticas Públicas: o Projeto Mais Médicos*. Congresso Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2015, Goiânia.



## Capítulo 9

# O Projeto Mais Médicos para o Brasil: esperança para o alívio da escassez e desigualdades na distribuição de médicos na Atenção Básica

**Sabado Nicolau Girardi<sup>1</sup>**

**Ana Cristina de Sousa van Stralen<sup>2</sup>**

**Equipe da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado  
(EPSM) do NESCON-UFMG**

---

<sup>1</sup> Médico; Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG), que integra a rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH). Av. Professor Alfredo Balena, 190 Sl.721 CEP.: 30130-100 | Belo Horizonte – MG - Tel.: +55 (31)3409-9688 . E-mail: sabadogirardi@gmail.com.

<sup>2</sup> Psicóloga; Pesquisadora da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG), que integra a rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH). Av. Professor Alfredo Balena, 190 Sl.721 CEP.: 30130-100 | Belo Horizonte – MG - Tel.: +55 (31)3409-9688 . E-mail: anastralen@nescon.medicina.ufmg.br

## Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído no governo Dilma Roussef, na segunda metade de 2013, com a finalidade, entre outras, de “diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”<sup>3</sup>. A insatisfação com a falta de médicos no SUS era apontada entre os problemas mais relevantes em todas as pesquisas de opinião feitas à época, constituindo pauta comum para a maioria das administrações municipais. Do ponto de vista do mercado de trabalho médico, sua instituição esteve ancorada em grande número de evidências que, além da consensual inequidade distributiva da força de trabalho médica no país, incluíam uma profusão de sinais de escassez de médicos. Anteriormente ao lançamento do programa, cerca 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos, sendo os de menor porte e mais distantes, localizados nas regiões mais pobres e carentes do Norte e Nordeste do país, os mais afetados. A situação era também reportada nas áreas mais carentes e pelas populações mais vulneráveis das grandes cidades e regiões metropolitanas (EPSM, 2012). A falta permanente de médicos viria se somar à uma série de carências que acometiam grande parte destas populações excluídas. O Programa Mais Médicos é concebido, nesse contexto, no rol das ações mais abrangentes de inclusão social adotados pelo governo da presidenta Dilma, que visavam a erradicação da pobreza e da privação.

O programa foi estruturado a partir de três eixos de ação que, no conjunto, apontavam, para além do combate às desigualdades de acesso a bens e serviços essenciais, na direção

---

<sup>3</sup> Exposição de Motivos da Medida Provisória n. 621, de julho de 2013, posteriormente convertida na Lei n.12.871, em outubro de 2013.

de uma reforma regulatória inclusionista, que compreendia os serviços de saúde, mas também o ensino médico e, no limite, o sistema de autorização do exercício e o próprio escopo de prática das profissões de saúde. Noutras palavras, seu impacto iria muito além da provisão emergencial de médicos. Os três eixos de ação do PMM constituíam em:

- I. Investimentos na melhoria da infraestrutura das redes de serviços e ações de saúde;
- II. Ampliação da oferta de cursos e vagas em medicina, redução das desigualdades regionais na oferta de cursos e amplas reformas educacionais na graduação em medicina e da resistência médica
- III. O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que trata da provisão emergencial de médicos em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2013)

O PMM – pelo que representava de intervenção estatal deliberada sobre as forças do mercado e sobre o poder médico estabelecido; pela extensão das reformas no ensino das profissões de saúde e em particular, da residência médica e pelos novos espaços para o compartilhamento de atos, saberes e competência profissionais que seu horizonte de médio e longo prazo anunciavam – teve que se enfrentar com o *status quo* regulatório e, desde o início, com um forte movimento de rechaço da corporação médica, que se sentia mais imediatamente atingida.

De fato, a ânsia de garantir nichos de mercado e privilégios de prática quase monopólicos, assegurados historicamente por nosso modelo de regulação profissional elitista baseado em atos exclusivos e direitos de propriedade corporativos de escopos de prática, só poderia resultar na oposição ao PMM por parte da elite da profissão.

Na verdade, desde o início dos 2000 a corporação já vinha lutando no parlamento por projetos de Lei que se aprovados só veriam agravada as situações de escassez e carência de médicos, como é o caso do “Projeto do Ato Médico” - que visava a expansão dos campos de atividade e trabalho exclusivos dos médicos (Girardi, 2002) – e dos projetos de lei que propunham o congelamento das vagas de medicina por um prazo de 10 (dez anos) bem como a proibição da abertura de novas escolas e o fechamento de cursos.<sup>4</sup> Em suas revistas científicas, comunicações, e nas mídias (profissionais e geral) a corporação médica não admitia - e, diga-se de passagem, ainda hoje não admite, apesar de todas as evidências em contrário - o fato de que vivenciávamos situações de escassez e sub-oferta de médicos que vinham se agravando ao longo da década. O problema se resumiria, na visão desse segmento da corporação, às desigualdades regionais na distribuição dos médicos e, portanto, entre as “soluções”, não podiam constar obviamente nem a

---

<sup>4</sup> Sem dúvida que um expressivo número de escolas, cursos e vagas de medicina não encontravam padrões adequados de qualidade e não deveriam sequer ter seu funcionamento autorizado. A enorme expansão do ensino médico a partir da metade dos anos 90 e, definitivamente, nessa primeira quinzena de 2000, na esteira da expansão do negócio da educação superior - aquilo que podemos chamar a segunda explosão do ensino médico - não possuíam e não possuem requisitos básicos para a formação de médicos e, portanto, não poderiam existir. Mas este não é o ponto e, sobretudo, este fato não é argumento impeditivo a projetos de expansão da formação de Médicos, para garantir adequados níveis de oferta e a formação de qualidade e sustentada de profissionais de médicos no e pelo país.

expansão de vagas e cursos e muito menos ainda o provimento emergencial de trabalho médico por médicos estrangeiros.

Tais resistências eram esperadas. A exposição de motivos da Medida Provisória e da Lei do PMM (Brasil, 2013) buscava, nesse sentido, contornar as dificuldades que adviriam da ausência de consenso, reunindo dados oriundos das mais diversas fontes que comprovavam tanto a insuficiência como a má-distribuição do efetivo de médicos com relação à demanda atual dos serviços de saúde e seu agravamento nas projeções futuras.

Dados técnicos dos Ministérios da Educação e da Saúde e agências oficiais como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA); de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS); dados de registros administrativos, estudos e levantamentos realizados pela corporação médica, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); estudos realizados por instituições de pesquisa e centros acadêmicos, comprovavam a necessidade da urgente intervenção naquelas três dimensões: investimentos na melhoria das redes de serviços e ações de saúde, mudanças na formação/produção de médicos, através da expansão de vagas e cursos e na reforma na educação médica (graduação e formação de especialistas) e no provimento emergencial de médicos para áreas necessitadas.

Entre outras coisas, as evidências apresentadas demonstravam (i) a baixa disponibilidade de médicos no Brasil quando comparadas as taxas médico-habitante em diversos países; (ii) as grandes desigualdades regionais na distribuição de médicos, escolas e vagas; (iii) a expansão da demanda e o forte aquecimento do mercado de trabalho médico ao longo dos 2000, (iv) a escassez e o decorrente desconforto da

população com a carência de médicos, (v) a ínfima participação de estrangeiros e graduados no exterior comparativamente a diversos países, etc.

Evidência complementar que mostra o acerto da decisão do governo de provimento emergencial por médicos estrangeiros e formados no exterior é dado por um experimento de preferência declarada (*Discrete Choice Experiment*), realizado com médicos inscritos no Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) (Brasil, 2011), na ocasião. Considerando um cenário-base caracterizado por um salário de R\$ 7.000,00, condições de trabalho inadequadas, não-oferta de moradia e inexistência de pontuação para os concursos de Residência Médica, apenas 16% dos participantes se dispunham a ir para áreas remotas e isoladas ou zonas de fronteira com escassez. Ao combinar outros atributos, como o acesso garantido a vaga de residência médica, aumentaria apenas para 25% a proporção de médicos que se dispunham a ir trabalhar nessas áreas. No melhor dos casos, o experimento revelou que oferecendo acesso garantido à vaga de residência, mais aumento salarial de R\$ 6.000, oferta de moradia e condições adequadas de trabalho, resultaria em apenas 1/3 dos participantes se tornarem propensos a trabalhar nas referidas áreas (EPSM, 2013).

### **A escassez de médicos em áreas carentes e remotas: uma questão mundial**

A escassez de médicos em áreas remotas e vulneráveis é um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento na maior parte dos países. Quando combinadas com outras desvantagens socioeconômicas e situações de altas necessidades

de saúde a carência de profissionais pode levar a estados de privação moralmente inaceitáveis gerando problemas de governabilidade. Nas sociedades justas e democráticas os governos se vêm instados a intervir prontamente para corrigir tais situações, sob pena de serem condenados como ilegítimos. Este é precisamente o caso do “Mais Médicos”, uma intervenção do Estado de combate à exclusão e à privação essencial.

Na primeira década dos anos 2000 o problema da escassez e da indisponibilidade de médicos veio se agravando, conforme demonstramos mais adiante. Mas este não é um problema só do Brasil. Mundialmente a concentração geográfica de médicos tende a ser maior em áreas nobres e/ou urbanas. Cerca de 50% da população mundial vive em áreas rurais e remotas, que por sua vez são servidas por menos de 25% da força de trabalho médica (Araújo e Meada, 2013). À escassez de médicos se somam as dificuldades de retenção destes profissionais nas regiões mais isoladas, mais pobres e vulneráveis (Campos, et al. 2009).

Vários estudos atestam o constante esforço dos países para solucionar o problema (Maciel, 2007; Campos, et al. 2009; Araújo e Maeda, 2013; WHO, 2010;). Vale a pena destacar o documento “Recomendação Globais para aumentar o acesso aos trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas, através da melhoria das estratégias de fixação”, produzido pela OMS, em 2010. O documento contém uma revisão das várias estratégias adotadas para enfrentar a escassez e a dificuldade de retenção de médicos em áreas rurais e remotas e destaca 26 recomendações reunidas em quatro grandes eixos:

- I. estratégias educativas, como a graduação em medicina fora dos grandes centros e a vivência clínica dos estudantes em áreas remotas durante a graduação;
- II. regulatórias, a exemplo da ampliação de escopos clínicos de prática dos profissionais e oferecimento de bolsas de estudos para aqueles que concordarem em atuarem em áreas remotas e desassistidas para conclusão do curso.
- III. incentivos financeiros, que incluem usar uma combinação de incentivos, como subsídios para moradia, transporte, férias remuneradas;
- IV. e medidas de desenvolvimento e suporte aos profissionais, como oferecer um ambiente de trabalho seguro, com condições adequadas, programas de educação permanente, valorização profissional. (WHO, 2010).

### **Quando a escassez e a má-distribuição de médicos andam juntas...**

Ao contrário dos diagnósticos que apontam exclusivamente para os óbvios problemas da desigualdade distributiva nossos estudos indicam a combinação perversa de situações de escassez e má-distribuição de médicos em nosso país.

Sinais ou indicadores clássicos de escassez nos mercados de trabalho – quando a oferta não é suficiente para satisfazer

as demandas existentes incluem, entre outros (EPSM, 2010, Nascimento, 2011):

*Pelo lado do sistema de emprego:*

- Salários crescentes;
- Altas taxas de rotatividade;
- Dificuldades de contratação crescentes e cargos vacantes com alto tempo pra preenchimento;
- Baixas taxas de desemprego;
- “Canibalização” – situação em que empregadores disputam entre si pela contratação de profissionais.

*Pelo lado do sistema de formação profissional*

- Crescente procura pelos cursos de formação em geral acima da oferta de vagas;
- Alto aproveitamento das vagas abertas nos cursos de formação;
- Altas taxas de eficiência terminal e baixo abandono dos cursos.

Comparando os dois lados do mercado de trabalho, verificamos que o saldo de novos empregos gerados é maior que as novas ofertas medida pelo número de egressos do sistema formador.

O mercado de trabalho da profissão médica, diferentemente da maior parte das outras profissões de saúde, exibia todos estes indicadores na primeira década dos 2000, além de uma evidente iniquidade na distribuição regional e por especialidades médicas (EPSM, 2010).

## **Um esforço para identificar áreas com Escassez de Médicos na Atenção Primária e medir sua intensidade: aspectos conceituais e metodológicos**

Desde 2008, a EPSM vem trabalhando na identificação de áreas e regiões com escassez/carência de profissionais de saúde na Atenção Primária em Saúde (APS) e na construção de escala ou *index* para medir sua intensidade (EPSM, 2010).

Os conceitos de escassez, carência e privação remetem a distintos campos embora possam ser utilizados de forma intercambiável. O conceito de escassez, mais afeito à economia, é usualmente reservado com referência a situações nas quais os recursos disponíveis são insuficientes para atender as satisfações. Quando falamos em escassez de um bem ou recurso que-remos dizer que ele não existe em quantidade suficiente para satisfazer a todos os indivíduos nos níveis que dele necessitam. A intensidade da escassez pode variar em grau (forte/fraca) e natureza e ainda ser considerada artificial nos casos em que os governos poderiam, se decidissem fazê-lo, tornar o recurso em questão disponível para todos ao nível da satisfação. Já o conceito de carência, mais usado na sociologia, normalmente se refere a situações nas quais necessidades básicas ou essenciais não se vêm atendidas e nem sempre pela inexistência ou escassez de recursos que podem existir, mas não são acessíveis a todos, por variadas razões, nos níveis que dele necessitam. A privação, por seu turno costuma revelar uma situação mais grave, de carências múltiplas, a que as pessoas se vêm acometidas e nos remete imediatamente ao campo político. Carências interligadas, que se potencializam e comprometem por vezes de forma irremediável o curso de vida das pessoas caracterizam estados de privação essencial moralmente intoleráveis, costumando, nos estados democráticos, ser condenadas como tirânicas.

A definição de carência/escassez adotada para a construção do Índice de Escassez de Profissionais na APS reflete tais diferenciações, buscando traduzir uma espécie de gradiente da escassez à privação e, para tanto, leva em consideração quatro dimensões: a disponibilidade/oferta de recursos humanos em atenção primária, necessidades de saúde, carências socioeconômicas e barreiras de acesso a serviços de saúde medidos pela distância. O pressuposto é o de que altas necessidades de saúde, carências socioeconômicas e dificuldades de acesso se refletem em maior demanda de serviços médicos, agravando a situação de escassez destes e dependendo de sua intensidade levam a privações essenciais.

Para cada uma dessas dimensões é atribuído um indicador: razão de médicos da atenção primária por habitantes (ajustado por tempo equivalente a 40 horas ambulatoriais), taxa de mortalidade infantil (TMI), porcentagem de domicílios na pobreza e critérios indicativos de tempo de acesso aos serviços de saúde (distância em tempo do município sede da região de saúde - CIR). A partir da classificação dos indicadores, de acordo com a sua intensidade é construído o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária (IEMAP)<sup>5</sup>, ao qual se atribui uma escala que mede a intensidade da escassez e a insere num gradiente que varia de traços de escassez – situações limítrofes, de mais fácil reversão à escassez severa que correspondem a estados análogos aos estados de privação, que exigem múltiplas intervenções combinadas para combater. Dessa forma, a idéia é que a classificação sirva para priorizar a justa alocação de recursos escassos e melhorar o alcance social da ação governamental.

---

<sup>5</sup> A metodologia detalhada para construção do IEMAP pode ser conferida em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Index\\_relatorio.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Index_relatorio.pdf)

Uma potencialidade do IEMAP é a de caracterizar as iniquidades distributivas de recursos humanos em saúde, para além do critério usualmente utilizado de razão de médicos por habitantes. Ao índice medico/habitantes são adicionados indicadores relativos às carências socioeconômicas, altas necessidade de saúde e dificuldade de acesso a serviços de saúde por parte das populações estudadas, permitindo caracterizar situações insegurança assistencial permanente e sinais de estados de privação. Em suma, identificam-se não só as situações de notável insuficiência de profissionais médicos, mas também aquelas em que, mesmo com parâmetros adequados de oferta, mostram-se vulneráveis do ponto de vista socioeconômico, de altas necessidades de saúde e de acesso.

### **O Projeto Mais Medicos para o Brasil, redução da escassez de médicos e das desigualdades regionais**

Segundo a metodologia do IEMAP, em março de 2013, ou seja, anteriormente à implantação do PMMB cerca de 20% (n=1.200) do total de municípios brasileiros convivia com escassez de médicos em atenção primária, sendo as regiões Norte e Nordeste as mais afetadas. Na região Norte, por exemplo, cerca de 50% de seus municípios conviviam com escassez de médicos na ocasião. Nestas duas regiões localizava-se a totalidades de municípios com escassez Alta e Severa, que exigiam intervenção imediata por meio de políticas públicas de provimento de médicos (Girardi, et al. 2016).

Não é novidade que a maioria dos municípios com escassez (64,6%) fosse de pequeno porte, com até 20 mil habitantes. Assim como apontado anteriormente a maioria dos

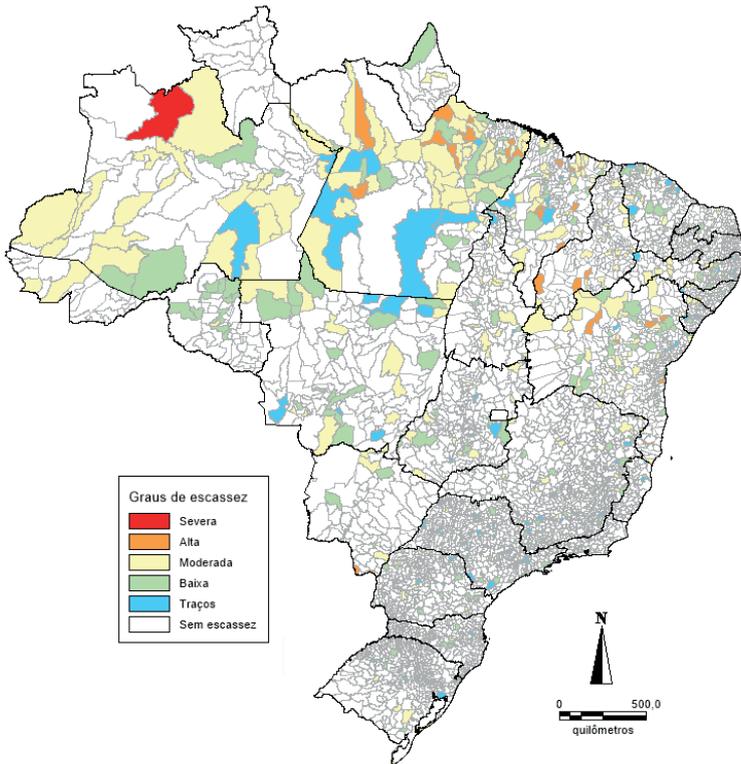
médicos tende a concentrar em áreas nobres e/ou centros urbanos (Campos et al. 2009; Araújo e Maeda, 2013).

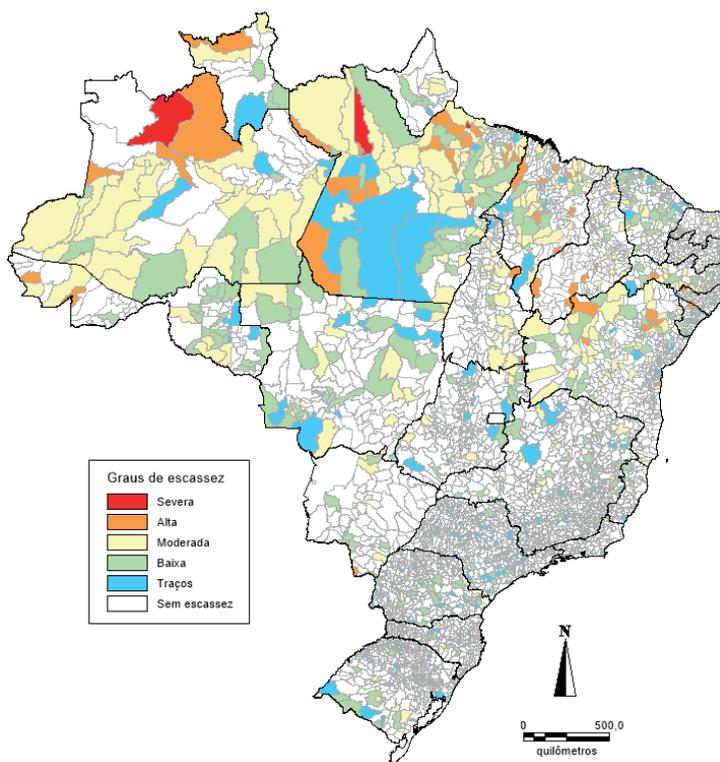
Em setembro de 2015, cerca de dois anos após a implantação do PMMB e introdução de 14.256<sup>6</sup> médicos do programa em 3.755 municípios brasileiros, podemos observar importantes mudanças no cenário de escassez de médicos. O número de municípios com escassez reduziu de 1.200 para 777 neste mesmo período. O número de municípios que apresentavam escassez “Alta” reduziu de 63 para 34 e com escassez “Severa” de 3 para 1 município. Este alívio pode ser observado também todas as regiões geográficas do país, com destaque para a região Norte, em que ocorreu uma redução de 48% para 31% de municípios com escassez para setembro de 2015. Já a região Nordeste reduziu de 25,1% para 18,1%. Em relação à distribuição por porte populacional, observamos que, embora em termos percentuais a redução aparenta ser pequena nos municípios de pequeno porte, com até 20 mil habitantes, em números totais ela é bastante significativa ao sinalizar uma redução de 776 para 526 municípios com escassez (Girardi, et. al, 2016). Os Mapas 01 e 02 e refletem esta distribuição geográfica dos municípios designados com escassez de médicos anterior e posterior ao Programa Mais Médicos.

---

<sup>6</sup> Foi realizada uma compatibilização entre os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de setembro de 2016 e o cadastro do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) de fevereiro de 2016.

**Mapas 1 e 2** – Distribuição dos municípios segundo o Índice de Escassez de médicos em Atenção





**Fonte:** Elaboração própria a partir do CNES/MS (2013, 2015), DEPREPS/MS (2016) e Censo Demográfico IBGE (2010).

## Considerações finais

É muito difícil, no contexto atual, caracterizado pelo completo desmonte das ações e programas sociais-inclusivos do regime democrático que instituiu o Mais Médicos, destituído, conforme se sabe, ao longo de 2016, tecer considerações

sobre os impactos e menos ainda sobre as perspectivas do programa. Pode-se dizer que junto com o governo que o instituiu, o Mais Médicos também se viu abortado, o que não significa dizer que também foram afastadas as razões que levaram à sua instituição. Muito pelo contrário, o prognóstico, para continuarmos no campo das metáforas médicas, é de piora do quadro. De fato, as projeções feitas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do NESCON UFMG, nos últimos 3 anos, considerando os mais generosos cenários de aumento da oferta de cursos e vagas de medicina, apontam para um futuro no qual ainda viveremos o problema da escassez e da privação de médicos e de cuidados básicos, especialmente para os mais pobres e o conjunto crescente dos excluídos. As esperanças em torno das necessárias reformas da educação médica, da graduação e da formação de especialistas, e das reformas de escopo visando maior compartilhamento de atos e cooperação entre as profissões de saúde, que se colocavam no horizonte do Programa Mais Médicos também se esvaem. Em seu lugar, e debaixo da cortina de fumaça do espetáculo de julgamento da democracia brasileira (apesar dos pesar/es) – vislumbra-se no horizonte, um triplo risco: o risco da suspensão do direito universal à saúde (a destruição do SUS), a suspensão da Seguridade Social, (a destruição da Previdência Social) e a suspensão do Estado de Direito e da Democracia.

De qualquer forma, o Mais Médicos deixa suas lições, sobretudo deixa saudade, falta. É inegável que com ele, apenas para ficarmos no mais imediato, além da saudade, da boa avaliação dos usuários e gestores, o Mais Médicos, como demonstramos com dados, teve um impacto positivo no cenário de escassez de médicos. Ele contribuiu para reduzir o número de municípios com escassez de médicos em APS, tendo maior impacto nos municípios em pior situação no gradiente do nosso Índice de Escassez. Noutras palavras, o programa

atendeu aqueles municípios mais necessitados, que tinham as piores razões de médico/habitante, em situação de extrema miséria e com altas necessidades de saúde. Por outro lado, estudo recente realizado pela EPSM/NESCON, em fase de conclusão, sinaliza duas hipóteses que merecem ser melhor investigadas: primeiro, o Mais Médicos teve um importante impacto na diminuição da dependência dos municípios e regiões em relação ao trabalho itinerante na Atenção Básica; segundo, aumentou o nível de resolutividade da atenção primária, pelo fato dos médicos do programa praticarem escopos clínicos mais expandidos.

Por fim, sem dúvida, o Mais Médicos deixou-nos a marca.

## Referências

- ARAUJO E, MAEDA A. *How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: A Guidance Note*. Washington: The Work Bank; 2013.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União, Set 2011.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União 2013; 8 jul.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013; 23 out

CAMPOS FE, MACHADO MH, Girardi SN: *A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades* Divulgação. Saúde para Debate 2009, 44:13-24.

ESTAÇÃO de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). *Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde*. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFGM, 2010 [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Index\\_relatorio.pdf/](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Index_relatorio.pdf/)

ESTAÇÃO de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). *Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFGM; 2012. [acessado 2016 mar 01]. Disponível em: [Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf](Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20%C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf)

ESTAÇÃO de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). *Fortalecimento da capacidade de planejamento de recursos humanos para sistemas nacionais de saúde*. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFGM, 2013. acessado 2016 mar 01. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/FORTALECIMENTO\\_CAPACIDADE\\_PLANEJAMENTO\\_RECURSOS\\_HUMANOS\\_SISTEMAS\\_NACIONAIS\\_SAUDE.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/FORTALECIMENTO_CAPACIDADE_PLANEJAMENTO_RECURSOS_HUMANOS_SISTEMAS_NACIONAIS_SAUDE.pdf).

GIRARDI SN. *Dilemas da regulamentação profissional na área de saúde: questões para um governo democrático e inclusionista*. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, v.2, n.5, 2002.

GIRARDI, SN, STRALEN, ACS, CELLA, JN, WAN DER MAAS L, CARVALHO CL, FARIA EO. *Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 21(9):2675-2684, 2016.

MACIEL FILHO R. *Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde* [tese]. Rio de Janeiro: UERJ; 2007.

NASCIMENTO, PAM. *Há escassez generalizada de profissionais de carreiras técnico- científicas no Brasil?* NOTA TÉCNICA: mercado de trabalho, 49, nov.2011, IPEA

OLIVEIRA FP, VANNI T, PINTO HA, SANTOS JTR, FIGUEIREDO AM, ARAÚJO SQ, MATOS MFM, CYRINO EG. *“Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective.* Interface (Botucatu) 2015; 19(54):623-634.

WHO - World Health Organization: *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention* .Global recommendations. Geneva, 2010.



## Capítulo 10

# O Programa Mais Médicos: conjuntura, limites e oportunidades para a análise política em contextos de crise institucional

**Marcelo Rasga Moreira**  
**José Mendes Ribeiro**  
**Antônio Ivo de Carvalho**

### **Introdução**

A fase de conclusão deste livro transcorreu em meio a uma profunda crise política, responsável pela interrupção dos ciclos democráticos de produção de governos (reiniciados no país há apenas duas décadas), com a reintrodução da escolha indireta, pelo Parlamento, do presidente da República.

O afastamento da presidenta Dilma Rousseff representa um golpe político sobre o eleitorado, em especial o que a reelegeu em 2014, e, por extensão, uma séria ameaça à continuidade e sustentabilidade das importantes políticas sociais de seu governo.

Diante disto, nas últimas semanas antes da admissão do processo de impeachment pelo Senado, o governo federal priorizou a tomada de decisões em torno da regulamentação e consolidação de políticas e programas sociais estratégicos, como o Bolsa Família, o Programa Mais Médicos (PMM), a reforma agrária e as demarcações de terras indígenas.

Assumindo que este impeachment é fruto da ação de um grupo de parlamentares envolvidos em escândalos de corrupção; que o líder deste grupo, o então presidente da Câmara dos Deputados, abriu o processo em represália à atuação, no Conselho de Ética, dos parlamentares do Partido dos Trabalhadores; que, como estratégia de desestabilização do governo, este mesmo grupo impediu a tramitação legislativa de todas as medidas de recuperação econômica que o governo federal enviou ao congresso e, no lugar destas, inseriu o que eles próprios denominaram “pautas-bomba”; e que não há crime de responsabilidade que justifique a deposição da presidenta, como deve se portar o pesquisador que se dedica à análise de políticas?

Certamente, o analista inspirado em correntes positivistas adotaria técnicas e métodos para sustentar sua análise, munindo-se de um arsenal que lhe permitisse, por exemplo, lidar com as falhas do processo democrático como um fator exógeno, ou uma variável independente complexa, ou mesmo um processo em andamento que carece de tempo para ser compreendido. Como corolário sofisticado, o analista operaria a redução da ruptura em constructo, criando um artefato controlável, base de elegante modelo explicativo.

Também certamente, este proceder poderia ser criticado e suas limitações apontadas, caminhando-se para uma teoria política que, menos racionalista, toma a democracia como imperativo categórico e volta suas atenções para as imperfeições que o ainda jovem processo democrático brasileiro exacerba, tais como a judicialização da política sem contrapesos adequados (o que afeta o equilíbrio entre os poderes da República) e o enfraquecimento do sufrágio universal e secreto, como fundamento para a produção de governos plenos.

Aqui surge um primeiro limite para a análise de políticas públicas: o retrocesso das instituições democráticas, ora

em curso no Brasil, é, desde sempre, uma questão anacrônica para as teorias políticas originadas e orientadas para sociedades como a europeia e a norte-americana.

Com efeito, os clássicos da ciência política que se dedicaram ao estudo das políticas públicas (do racionalismo da *policy analysis* de Laswell à crítica que a ele faz Lindblom, passando pelos diversos autores que buscaram modelar a política pública e introduziram conceitos originais como *garbage can*, *policy cycle*, *agenda setting*, *multiple streams* foram guiados por uma certeza probabilística e pela crença de que, a despeito da boa ou má política analisada, a democracia e suas instituições não passariam por retrocessos ou rupturas.

Nessa tradição analítica, as instituições democráticas evoluiriam constantemente, não pela ausência de crises, mas justamente por meio de um processo de sucessivas interações com as crises políticas e econômicas, o que geraria um aprendizado contínuo que as fortaleceria cada vez mais. Esta, de fato, tem sido a marca de países democráticos de diferentes graus de desenvolvimento social e econômico.

Aqueles autores não desenvolveram seus modelos, conceitos e teorias para serem replicados acriticamente em países onde as instituições democráticas apenas engatinham, evidenciando suas imperfeições e lacunas, o que as impede de serem legitimadas pela sociedade, elemento vital para o desenvolvimento democrático.

Este é, ainda, o caso brasileiro. Os componentes mais profundos da crise atual serão melhor conhecidos por análises específicas futuras. Porém, por sua importância, alguns dos elementos mais evidentes das fragilidades institucionais e dos mecanismos de *checks and balances* já podem ser apontados: atuação de setores do judiciário sem adequados contrapesos da corte superior em termos de garantias individuais; processos de investigação policial que, com o intuito de afe-

tar diretamente a opinião pública e a tomada de decisões na esfera partidária e no poder legislativo, praticam vazamentos seletivos de informações sigilosas para a mídia; e procedimentos do poder legislativo conduzidos segundo mecanismos de captura por grupos políticos que sempre fizeram lobby de causas conservadoras e reacionárias.

Esses processos retroalimentam-se de outros já bastante enfatizados pela literatura política nacional, com destaque para as fragilidades do sistema partidário, da representação política e das regras do financiamento dos processos eleitorais. Esta intrincada rede de relações é um poderoso obstáculo ao avanço democrático brasileiro e expõe as lacunas de nossas instituições, ainda muito porosas aos diferentes grupos de interesses.

Essa porosidade a grupos de interesses desponta como problema grave por ser ambientada em uma sociedade que, mesmo depois de uma década seguida de redução das desigualdades, ainda é extremamente injusta. Nesse contexto, representa um filtro operado pelos segmentos que historicamente hegemonizaram renda e poder no Brasil, funcionando como barreira aos interesses dos trabalhadores e dos segmentos sociais marginalizados (por sua etnia, gênero, orientação sexual e outros), tornando injusta e desigual a disputa por espaço na agenda institucional.

Esses fatores devem ser analisados com profundidade e cuidado, assim como as responsabilidades do governo atual e de seu partido político, na gênese dos elementos que produziram a crise. Apesar disso, cabe, neste momento, a reflexão de que, tendo sido a própria proclamação da República um golpe, 1937, 1945, 1955, 1961 e 1964, são, vitoriosos ou não, continuidades históricas que lançam vigorosas alertas para o quadro observado em 2016.

Como este quadro, não figurava dentre as preocupações dos autores clássicos da *policy analysis*, as referências bibliográficas, às quais se recorre com frequência, não tinham de se preocupar, ao menos nos sentidos aqui empregados, com um segundo limite para sua análise política: a ética, abordada em, pelo menos, dois sentidos.

Em sentido estrito, de caráter metodológico, a ética de que, a despeito da visão que se tenha sobre as relações que ambientam uma determinada política, não as incorporar na análise ou secundarizar sua importância constituem erros metodológicos que desqualificam a análise. Portanto, os ataques à democracia, anteriormente apontados, precisam ser trabalhados como elemento vital para a análise de políticas e para a política analisada.

Em sentido lato, de cunho político, a ética de que não é possível proceder à análise de uma política sem se colocar em destaque que, numa situação em que os implementadores e executores desta política chegam ao poder por vias não eleitorais, têm baixa ou nenhuma necessidade de serem responsáveis aos interesses dos eleitores, pois compreendem que são outros os interesses que manterão seu poder.

Concretamente, um poder Executivo que não precisa passar pelo escrutínio do eleitor é um risco à democracia, pois concentra extremo poder para implementar as políticas que desejar, da maneira como desejar.

Não à toa, os atores de mercado – *players* da bolsa de valores, industriais paulistas, empresas de mídia, agências de risco, bancos privados e rentistas – têm, diariamente, pressionado o governo pós-impeachment a adotar políticas que, caso apresentadas em uma disputa eleitoral, dificilmente renderiam votos ao seu defensor.

O terceiro limite é o tempo, elemento não metodológico, mas que condiciona qualquer método e análise. Este é um

livro que será enviado para a editora praticamente no mesmo momento em que o governo que produziu a política analisada é deposto. Sofre, portanto, das angústias da incerteza, ainda que estas sejam quase certas.

Ao limitar sua análise à deposição do governo, não será possível aos autores dar continuidade ao que aqui apontam e, por contingência, fazem-no no momento em que acontecem, em que a racionalidade está nublada. Será necessária, obviamente, uma continuidade para sedimentar nexos e coerência às questões aqui levantadas, mensurar seus desdobramentos, qualificar seus resultados e impactos e, enfim, produzir uma explicação adequada para o Programa Mais Médicos.

A limitação do tempo só não serve, contudo, para omitir a gravidade dos fatos nem para eufemizar o desapareço ao avanço democrático. Limita, mas não impede; reduz possibilidades e aumenta riscos de erros, porém não manietta o desejo de acertar.

A esta altura, já não é possível saber se a análise que aqui se faz, quando publicada, será lida como ex-post. Ou se haverá tempo para resultados e impactos serem captáveis aos pesquisadores. Ou ainda, se as recomendações produzidas podem não encontrar ninguém para recebê-las. Há, no entanto, a necessidade de se fazê-las.

Mesmo porque, por doloroso que seja, para o pesquisador que trabalha com análise de políticas, o Programa Mais Médicos traz uma imensa oportunidade: a de, ao analisar a dinâmica da política e de seus atores, tentar identificar se os elementos que concorreram para o impeachment já estavam presentes nas reações à política. Se estavam ou não, havia algo na conjuntura política que já prenunciava a ruptura?

O período 2014-2016, o do Mais Médicos, é o período em que as contradições políticas, econômicas e culturais do Brasil irrompem numa radicalização social que culmina no

impeachment, mas que se desdobra todos os dias no racismo, na homofobia, no preconceito contra os pobres e na visão de que política-governo-estado são sinônimos de corrupção.

O analista desta política terá a oportunidade de estudar esta ricamente intrincada, embora trágica, rede de relações humanas. Tangidos pelo tempo, teremos, autores deste texto, alguma chance de entender melhor o momento pelo qual passa nossa sociedade e de contribuir com sua superação democrática. Não podemos ser tão afirmativos quanto o desejável e nem escapar das dúvidas, mas podemos tentar explicar melhor, compartilhar e debater.

Para tanto, este capítulo conta, além desta Introdução, com quatro tópicos que discutem e analisam o contexto social e político em que o PMM foi formulado; o posicionamento dos atores políticos durante seu processo de implementação e execução; a análise deste posicionamento; e os riscos para a sustentabilidade do programa.

## **O Programa Mais Médicos no Brasil: formulação e contexto**

Em junho de 2013, um fenômeno inesperado marcou uma inflexão decisiva na política brasileira: as chamadas “manifestações de junho”.

Em síntese, tratou-se de uma sequência de passeatas que tiveram início numa mobilização do Movimento Passe Livre (MPL) em protesto contra o aumento das tarifas de ônibus em São Paulo. Formado eminentemente por jovens, o MPL foi duramente reprimido pela polícia paulista. Sua resistência, inicialmente criticada por governantes e mídia, passou a receber adesões diárias e a aglutinar mais e mais defensores

dispostos a “irem para a rua” (que se tornou um lema dos manifestantes) protestar.

O crescimento dos protestos levou, progressivamente, à ampliação das reivindicações, que passaram a ter pautas difusas. As palavras de ordem majoritárias convergiam para o combate à corrupção e para melhorias na educação e na saúde, embora não houvesse propostas sobre ações ou políticas que pudessem impulsionar esta melhoria.

Em pouco tempo, as manifestações ganharam adesão da mídia e espraíram-se para as principais cidades do país, juntando milhões de pessoas que não necessariamente pensavam de maneira semelhante ou concordavam com o que devia ser feito. Sua convergência girou em torno da negação, da repulsa à política, entendida como o lócus da corrupção, que chegou ao paroxismo do slogan niilista “contra tudo o que está aí”.

As manifestações radicalizaram-se. A expulsão daqueles que vestiam roupas e bandeiras de partidos políticos, os ataques a jornalistas, a depredação de bens públicos e, finalmente, as batalhas campais contra a polícia tornaram-se parte integrante das manifestações, que passaram a acolher um grupo radical, os “black blocks”, cuja simpatia crescente por parte dos manifestantes foi estancada pelo assassinato de um cinegrafista que trabalhava na cobertura de uma das passeatas.

O debate sobre essas “manifestações de junho” ainda não foi adequadamente desenvolvido. Como acontece em torno de todos os fenômenos muito recentes, as análises são matizadas mais pelas impressões e vinculações políticas do que pela objetividade necessária, que só a visão retrospectiva pode fornecer. Isto em nada significa que tais análises não devam ser feitas ou diminuídas em importância. Precisam, apenas, ser contextualizadas.

Para o nosso intuito, neste momento, é fundamental ressaltar que as “manifestações de junho” causaram um im-

pacto poderoso na política nacional, atingindo a todos os partidos e ao Congresso Nacional.

Contudo, seu impacto principal foi no governo federal, no qual a presidenta Dilma Rousseff, sem que houvesse piora alguma em qualquer indicador social ou econômico (ao contrário, o desemprego atingia níveis baixíssimos e a renda das famílias aumentava mensalmente), foi diretamente atingida em sua popularidade, até então recorde na história do país, e que desabou para não mais se recuperar.

Em resposta, e é isto que nos interessa por agora, o governo federal tomou uma série de medidas políticas, envolvendo ações anticorrupção, em prol da educação e da saúde. Dentre este conjunto de medidas figura o Programa Mais Médicos, objeto do presente estudo.

Analisado por este prisma, referendado na entrevista do ex-ministro da Saúde, Arthur Chioro, aos organizadores deste livro, o Programa Mais Médicos foi uma resposta do governo federal às “manifestações de junho”.

Isto significa um fato não trivial no policy making brasileiro, afinal, a agenda que se impôs ao governo não partiu nem dos atores tradicionais do cenário político nacional, nem das instituições. Foi uma agenda vinda de legítima pressão popular, que rejeitou sua canalização via representantes eleitos e endereçou-a diretamente aos governantes. Um exemplo vigoroso das pretensões de uma democracia aberta à participação da sociedade e, ao mesmo tempo, um indicador de que as instâncias setoriais de organização dessa participação (conselhos e conferências de saúde) precisam ser rediscutidas, visto que foram tão ignoradas pelos manifestantes quanto as instituições da democracia representativa tradicional.

Abre-se, portanto, a viabilidade de se analisar o “Programa Mais Médicos” como modelo de política “bottom-up”, numa situação incomum até mesmo nas democracias mais

consolidadas, nas quais a população, sem ter maiores vínculos que não a negação, irrompe como ator político, sobrepuja outros atores mais fortes na disputa de agendas e impõe suas pautas ao governo.

E aqui, a análise se depara com um elemento crucial: a pauta que unificou foi a negação e não a propositiva.

Situações como esta têm sido discutidas por estudiosos da democracia participativa. Recentemente, Moreira e Escorel (2009), ao analisarem, em nível nacional e censitário, a participação social no âmbito dos conselhos de saúde, mostraram como os representantes dos usuários do SUS tinham propensão a se articular na posição de ‘veto player’, ao contrário dos representantes dos governos, trabalhadores e prestadores, que conseguiam mais facilmente se articular em propostas de ação. A consequência caminha para uma tendência de que a posição de veto, quando majoritária, tenha como resposta de governo a desconsideração do conselho como arena da disputa de agendas; e, quando minoritária, a apropriação da negação pelos atores mobilizados em torno da ação, que produzem respostas de seu interesse, mas que, habilmente, usam a negação como instrumento para autolegitimação. Em síntese, a negação unifica, porém, por carecer de poder prescritivo, tende a se desmobilizar nos momentos seguintes e ficar à mercê dos formuladores e implementadores da política.

Desse ponto de vista, a negação da situação do setor saúde expressa nas manifestações foi apropriada pelo governo federal, que elaborou uma política-resposta focalizada na falta de médicos nos municípios do interior do país e nas regiões mais pobres das grandes cidades e capitais. Houve outras, até mesmo sobre o financiamento do setor, vinculando *royalties* do pré-sal, mas o Programa Mais Médicos, foi, sem dúvidas, a política-resposta mais potente e

polêmica do governo federal, o que gerou reações e embates desde seu primeiro momento, conforme ilustrado no tópico seguinte.

## **O Programa Mais Médicos: o posicionamento dos atores políticos em torno de sua implementação e execução**

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013, gerando imediatas reações, sobretudo entre as entidades de classes que representam os médicos.

Naquele mesmo dia, a Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam), divulgaram a “Carta das Entidades Médicas aos Brasileiros” na qual elencam suas críticas ao PMM, evocando a imediata judicialização da questão:

[...] a adoção das medidas anunciadas [...] não observam a cautela imprescindível ao exercício da boa medicina. As decisões anunciadas pelo governo demonstram a incompreensão das autoridades à expectativa real da população. O povo quer saúde com base em seu direito constitucional. Ele não quer medidas paliativas, inócuas ou de resultado duvidoso.

A vinda de médicos estrangeiros sem aprovação no Revalida e a abertura de mais vagas em escolas médi-

cas sem qualidade, entre outros pontos, são medidas irresponsáveis [...]

Nos próximos dias, deverá ser feito o questionamento jurídico da iniciativa do governo federal, o qual contraria a Constituição ao estipular cidadãos de segunda categoria, atendidos por pessoas cuja formação profissional suscita dúvidas, com respeito a sua qualidade técnica e ética. (<http://www.fenam.org.br/noticia/1475>)

Coube ao jornal de outra entidade médica, o Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), expressar, em sua edição 305, de julho de 2013, a inconformidade da categoria com a não-participação dos médicos na formulação do PMM, dando voz a seu presidente, que qualificou o programa como uma “medida desrespeitosa à lei brasileira porque o programa não foi discutido com as entidades médicas (...) Quem manda mais, o Conselho Nacional de Saúde ou o Congresso Nacional? Questionou, sendo aplaudido de pé pelos médicos presentes que acompanharam o evento”.

Referendando o que as demais associações já haviam expresso, esta edição do jornal elenca um programa de reações ao PMM voltadas para o Legislativo e para o Judiciário: (i) exigência, por parte das entidades médicas nacionais, de audiências públicas no Congresso Nacional e no Conselho Nacional de Educação; (ii) mobilização de rua; (iii) ação presencial no Congresso Nacional para a modificação da MP antes da sua eventual conversão em lei; (iv) articulação do CFM, AMB e Fenam com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) para impetração de inconstitucionalidade junto ao

Supremo Tribunal Federal (STF); (v) encontros e reuniões do CREMESP com parlamentares, pedindo a derrubada da MP 621; (vi) médicos e estudantes devem enviar e-mails para senadores e deputados federais; e (vii) mapear, pelas redes sociais, os congressistas que são contra ou a favor da proposta.

Este programa foi levado à frente e todas as medidas preconizadas foram realizadas. Dentre as reações, a que mais repercutiu entre os médicos foi a crítica à incorporação massiva de médicos cubanos ao PMM, estratégia adotada pelo governo federal diante da recusa dos médicos brasileiros em aderir ao programa.

Mote principal de uma passeata de médicos na Avenida Paulista no dia 16/07/13, esta crítica é sistematizada na “Nota do Conselho Federal de Medicina Contra a Importação de Médicos Cubanos”, de 21 de agosto de 2013:

O CFM condena de forma veemente a decisão irresponsável do Ministério da Saúde que, ao promover a vinda de médicos cubanos sem a devida revalidação de seus diplomas e sem comprovar domínio do idioma português, desrespeita a legislação, fere os direitos humanos e coloca em risco a saúde dos brasileiros...

Trata-se de uma medida que nada tem de improvisada, mas que foi planejada nos bastidores da cortina de fumaça do malfadado Programa ‘Mais Médicos’ [...], a real intenção do governo de abrir as portas do país para profissionais formados em *Cuba*, sem qualquer avaliação de competência e capacidade. Estratégia semelhante já ocorreu na Venezuela e na

Bolívia, com consequências graves para esses países e suas populações.

Alertamos a sociedade que o Brasil entra perigosamente no território da pseudo-assistência, calcada em evidentes interesses pessoais e políticos-eleitorais.

[...] o Governo – preocupado com marcas de gestão de olhos numa possível candidatura – rasgou a lei e assumiu a responsabilidade por todos os problemas decorrentes de seu ato demagógico e midiático. ([http://www.crm-pb.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22491:importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitoreira-e-irresponsave&catid=3](http://www.crm-pb.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22491:importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitoreira-e-irresponsave&catid=3))

Esta crítica intensificou-se ao longo de 2013 e, em 2014, passou por uma inflexão, deixando de se voltar contra uma política do governo federal para ter como foco os médicos cubanos, conforme ressaltou o representante da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) no Brasil, Joaquim Molina, em entrevista ao Diário do Centro do Mundo (2013). Ressaltando que a crítica à medida tomada pelo governo federal “é um tipo de reação corporativista comum em todo o mundo”, ele percebeu a inflexão quando “...de repente, passaram a dizer que eles não pareciam médicos, mas trabalhadores domésticos, porque eram negros, que por isso deveriam voltar para a África”.

Há 3 momentos que simbolizam esta inflexão: (i) a recepção dada a médicos cubanos - em sua maioria negros - por médicos brasileiros, em Fortaleza, em 26/08/13, que, liderada pelo presidente do sindicato dos médicos do Ceará,

foi marcada por vaias e por gritos de “Escravos! Escravos!”; (ii) a declaração, em novembro de 2013, numa audiência pública promovida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), do Presidente da AMB que, referindo-se aos médicos cubanos, declarou “o Brasil quer trazer a escória”; e (iii) o lançamento, no início de 2014, via site da AMB, do “Programa de Apoio ao Médico Estrangeiro”, cujo objetivo é “atender médicos, tanto de Cuba como de outras nacionalidades, que necessitem de orientação, caso haja insatisfação no Programa Mais Médicos pelas condições a que estão submetidos, assim como desejem solicitar refúgio/asilo político”.

É certo que as críticas das entidades médicas não foram unicamente em torno dos médicos cubanos, mas, como já expresso, esta foi a reação mais forte e que obteve maior adesão entre seus pares.

Contudo, o mais interessante, do ponto de vista da análise da implementação da política, é que, em 2015, os médicos brasileiros aderiram em massa às chamadas do PMM, que, simplesmente, não precisou mais recorrer a médicos estrangeiros.

Dessa maneira, a questão dos médicos cubanos deve ser enfocada a partir do problema da sustentabilidade do PMM durante o governo provisório que se instaura, em maio de 2016. Para reduzir riscos de os médicos cubanos em atuação no PMM terem seus vínculos cancelados ou serem alvos de outras medidas contrárias à sua permanência no Brasil, o governo eleito de Dilma Roussef editou medidas provisórias que visam à sustentabilidade do programa, cuja eficácia terá de ser analisada em futuro próximo.

A reação aos médicos cubanos torna-se também um ponto de articulação dos movimentos médicos com os partidos políticos de oposição, em especial no Congresso Nacional.

Em fevereiro de 2014, quase concomitantemente ao lançamento do “Programa de Apoio ao Médico Estrangeiro”, pela AMB, o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), então o principal partido de oposição ao governo federal, protocolou, na Procuradoria Geral da República (PGR), uma representação contra o PMM, apontando a prática de crimes de redução à condição análoga à de escravo.

No mesmo mês, uma médica cubana desistiu de participar do PMM e, não querendo regressar a Cuba, buscou ajuda do Democratas (DEM). Apresentada no plenário da Câmara dos Deputados por Ronaldo Caiado, líder do referido partido de oposição, como submetida a trabalho escravo e ameaçada pela Polícia Federal, a médica foi acomodada no gabinete da liderança do partido, que incentivou que outros médicos cubanos nesta situação fizessem o mesmo, pois seriam acolhidos pelo DEM.

Aqui, a articulação entre associações médicas e partidos de oposição situados à direita do espectro político abriu espaço para um discurso ideológico de ataque ao que é chamado por eles de “bolivarianismo”, que, no entender desses atores, é traduzido como uma sequência histórica do comunismo e, portanto, como inimigo.

Do ponto de vista da derrubada do PMM, esta aliança não teve muito sucesso em sua mobilização parlamentar pois, em 2013, a base do governo manteve-se articulada o suficiente para construir soluções que alterassem aspectos polêmicos do programa – como a supressão do que foi chamado de serviço civil obrigatório e a mudança da atribuição de emissão do registro provisório dos médicos estrangeiros dos conselhos regionais de medicina, que se negavam a fazê-lo, para o Ministério da Saúde – e mantivessem os pontos considerados essenciais pelo governo federal. Em 16/10/2013, o Senado fez a última votação que aprovou o PMM, transformando-o em lei.

A atuação das associações que representam os prefeitos contribui para explicar os motivos que levaram até mesmo PSDB e DEM a, na votação final no Senado, não votarem contra o PMM.

Em 31 de janeiro de 2013, antes, portanto, das manifestações de junho e da edição da MP do PMM, a Frente Nacional de Prefeitos (FNP) entregou ao então ministro da Saúde, Alexandre Padilha, um abaixo-assinado que teve a adesão de mais 2.500 prefeitos, produzido pela campanha “Cadê o Médico?”, pedindo que o governo federal adotasse medidas urgentes para a contratação de médicos formados em outros países. Assim, esta medida da FNP pode ser considerada como a que coloca na pauta do governo federal a necessidade de medidas para suprir a falta de médicos.

Em 2015, ao completar 2 anos do PMM, o presidente da FNP comemorou o sucesso do programa, afirmando que a contratação de médicos era a grande demanda dos prefeitos brasileiros.

Este posicionamento da FNP tem ligação direta com o apoio irrestrito que um ator importante do ciclo de políticas do setor saúde, o Conselho Nacional de Secretarias de Municipais de Saúde (CONASEMS), dá ao PMM desde o momento de sua promulgação.

Congregando prefeitos e secretários municipais de saúde de todos os partidos, FNP e CONASEMS contrapõem-se na disputa do processo decisório às entidades médicas e, porque representam as bases municipais dos diferentes partidos, contribuem fortemente para que deputados e senadores de oposição abstenham-se de uma posição de veto em prol da construção de consensos.

Articulando bases sociais do setor saúde e de movimentos de cunho mais abrangente, o Conselho Nacional de

Saúde (CNS) também apoiou, desde o primeiro momento, o Programa Mais Médicos.

Também apoiaram oficialmente o Programa Mais Médicos, atores diretamente vinculados à Reforma Sanitária e protagonistas no ensino e na pesquisa em saúde no Brasil: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e um conjunto de outras universidades e faculdades.

Curiosamente, esta posição não se refletiu em uma das principais formas de manifestação dos setores de pesquisa e ensino, a publicação em periódicos científicos. Revisão de literatura realizada pelos autores deste capítulo, em 30/04/2016, aponta que, na base Scielo, apenas 12 textos foram publicados tendo como tema o Programa Mais Médicos, um número pequeno para a importância da política.

A caracterização destes 12 textos difere das comumente verificadas para políticas públicas, visto que cinco apresentam apenas o posicionamento de seus autores em relação ao PMM (4 “Editoriais” e 1 “Opinião”), o que resulta no fato de que apenas sete são efetivamente artigos (dos quais quatro produzem um debate entre autores em um mesmo número da Interface).

Uma primeira análise deste conjunto de textos buscou identificar os argumentos dos autores em relação ao tema, que foram classificados em “negativos”, “propositivos” e “analíticos”. Como resultado, foram identificados 64 argumentos, dos quais 37 “negativos”; 18, “propositivos”; e nove, “analíticos”, refletindo uma produção de caráter mais opinativo e, portanto, ideológico, do que científico. Efetivamente, apenas três artigos produziam uma articulação entre dados empíricos e modelo analítico/teórico.

Referendando esta reflexão, os 37 argumentos negativos, não são amparados em dados empíricos, mas em afirmações e posicionamentos políticos, a maioria deles referendando as críticas das entidades médicas, o que demonstra um predomínio, até certo ponto inesperado, desses atores em um campo acadêmico tradicionalmente ligado à Reforma Sanitária.

Desenha-se, assim, o processo decisório do PMM no âmbito dos atores do setor saúde. Contudo, no Brasil, este processo tem cada vez mais extrapolado os debates setoriais, introduzindo atores poderosos que agem no âmbito da judicialização da política. Portanto, faz-se mister compreender o papel destes atores no que se refere à implementação do PMM.

No poder legislativo federal há um ator cujo nome produz certa confusão, o Tribunal de Contas da União (TCU). Composto por nove ministros (um terço escolhido pela Presidência da República com aprovação do Senado e dois terços, escolhidos pelo Congresso Nacional), cabe ao TCU, pelo artigo 71 da Constituição Federal de 1988, auxiliar o Congresso Nacional em suas tarefas de controle externo, recebendo a atribuição de realizar a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta é atribuição do Congresso Nacional.

O TCU, portanto, não é uma instância da justiça brasileira. É, por suas características, um ator político influente no processo decisório uma vez que seus ministros ou são indicados pelo Poder Legislativo ou por este são aprovados. Reforçam esta característica, algumas de suas atribuições, em especial a de “apreciar as contas prestadas anualmente pelo Presidente República”.

No que se refere ao Mais Médicos, motivados por demandas do DEM e da FENAM, dentre outras, o TCU realizou uma “auditoria operacional, executada sob a forma de

Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) no Programa Mais Médicos, em especial no Projeto Mais Médicos para o Brasil, no período compreendido entre junho de 2013 e março de 2014” (TCU, 2014, p. 1).

Nesta auditoria, o TCU “visou aferir a eficácia do Programa Mais Médicos, sobretudo no que concerne ao Projeto Mais Médicos para o Brasil [...] o que se fará pela análise do atingimento das metas [...], tendo em vista que as respectivas atividades também se encontram na sua fase inicial[...], Uma análise da efetividade do projeto, nesse momento inicial de sua implementação, mostra-se inviável. Há necessidade de aguardar um tempo mínimo para que os resultados pretendidos se façam presentes e possam ser mensurados, o que somente deve ocorrer a médio e longo prazos”. (TCU, 2014, p. 1)

Como resultados, o TCU apontou o aumento do número de consultas e de visitas médicas e “julgou improcedentes as arguições de ilegalidade da aplicação da MP nº 621/2013, de mitigação do princípio do concurso público e de precarização das relações de trabalho” (TCU, 2014, p. 43).

Além disso, o relatório da auditoria apontou um conjunto de “falhas detectadas” que subsidiaram um acórdão assinado pelo Ministério da Saúde e os outros entes diretamente ligados ao programa, que se comprometeram a corrigi-las. Tais falhas podem ser agrupadas nos seguintes temas:

1. supervisão dos médicos;
2. tutoria dos médicos durante a realização do curso de especialização;
3. módulo de acolhimento e avaliação dos médicos intercambistas;

4. distribuição dos médicos e atendimento aos critérios de prioridade;
5. indícios de carga horária excessiva e acúmulo de atividades dos médicos;
6. ações frágeis de monitoramento e avaliação;
7. inconsistência nos dados do SIAB;
8. variação da produção da atenção básica em municípios participantes;
9. cumprimento inadequado, por alguns municípios visitados, das obrigações de fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes; e
10. elevado aporte de recursos para capacitar profissionais que não permanecerão no país.

Apesar de o relatório desta auditoria ter sido utilizado pelas entidades médicas e pelos partidos de oposição como referendo de seus argumentos contra o PMM, o acórdão mostrou que funcionou, concretamente, como uma avaliação de implementação que produz recomendações para o aperfeiçoamento e reformulação de uma política. Sua principal diferença é que o descumprimento dos itens acordados gera a imediata judicialização do processo.

Saindo da esfera do Legislativo, o Ministério Público, que também não é órgão do judiciário, foi provocado a atuar no processo de implementação e execução do PMM.

Em agosto de 2013, o Ministério Público do Trabalho (MPT) instaurou inquérito civil público visando analisar contratos, atividades e situação de trabalho dos médicos que participam do PMM. Como resultado, o MPT considerou que estes participantes deveriam receber todos os direitos trabalhistas previstos na Constituição, como férias remuneradas

com adicional de um terço do salário e décimo terceiro salário e apelou à justiça para tornar ineficaz as cláusulas dos contratos com os médicos cubano.

Estas medidas certamente inviabilizariam o PMM, visto que elevariam exponencialmente seus custos. Quanto a isto, o MPT não se pronunciou.

A Ação Civil Pública do MPT aprofundou a judicialização do processo de implementação do PMM. Ajuizada na 13ª Vara de Trabalho do DF, a Ação recebeu como resposta a declaração da juíza titular de que não era competente para julgá-la, por se tratar de uma relação de natureza “jurídico-administrativa”, baseada na oferta de curso de especialização para os médicos participantes, encaminhando-a, em 07/08/2014, para uma das Varas Federais da Seção Judiciária do Distrito Federal.

Em 09/10/2014, julgando recurso do MPT a esta decisão, a 3ª Turma do Tribunal Regional do Trabalho da 10ª Região (DF e TO), seguindo tese defendida pela Advocacia Geral da União (AGU) de que a iniciativa não envolve relação empregatícia, mas relação jurídico-administrativa, definiu que competia à Justiça Federal, e não à Justiça do Trabalho, julgar ações deste tipo.

Tentativas de judicialização como estas ocorreram em outros estados e outras áreas da justiça, quase sempre motivadas por ações das entidades médicas, que introduziram no processo decisório, o Supremo Tribunal Federal (STF). Na realidade, o STF já havia sido mobilizado anteriormente, por meio de um mandato de segurança, impetrado pela AMB logo, em julho de 2013, que foi recusado.

Diante de Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) impetradas por AMB e CFM para suspender o PMM e de outros recursos interpostos pelos partidos de oposição, com destaque para a liminar solicitada pelo Deputado Jair Bolsonaro,

então no Partido Popular (PP), o STF optou por realizar uma audiência pública, nos dias 25 e 26 de novembro de 2013, com o objetivo de “analisar, do ponto de vista sistêmico, as vantagens e desvantagens da política pública formulada”, segundo declaração do ministro Marco Aurélio Melo.

As audiências transcorreram com os diferentes atores referendando os posicionamentos aqui expostos. Contudo, até o momento, as ADIS 5035 e 5037 aguardam julgamento.

No contexto político de golpe institucional discutido anteriormente, isto representa uma fragilidade do PMM que pode, inclusive, ser dissolvido pela decisão do STF. Isto significa que o programa – que, atualmente, conta com 18.240 médicos, distribuídos em 4.058 municípios (74% do total) e nos 34 distritos de saúde indígenas (100%), produzindo uma cobertura populacional que atinge a 63 milhões de pessoas – pode ser inviabilizado pela via da judicialização.

Esse risco amplia-se na medida em que os partidos que se associaram às entidades médicas tomaram, via eleição indireta, a presidência da república, passando a dispor, ainda que ilegitimamente, de poderosos recursos políticos para satisfazerem seus interesses, que não precisam ser em nada responsáveis aos interesses do eleitor, visto que este já não tem mais, no Brasil, sua decisão respeitada.

Assim, para se discutir riscos e sustentabilidade do PMM, é preciso que se analisem os movimentos dos atores políticos aqui apresentados, a partir de uma abordagem que permita compreender os embates em torno do Programa não como episódicos ou eventos conjunturais, mas inseridos em um processo de radicalização política que culminou no *impeachment*.

## **Uma análise do posicionamento dos atores políticos em relação ao Programa Mais Médicos**

Inicialmente, há de se esclarecer alguns aspectos referentes ao tópico anterior e a este, que o complementa. O mais importante é o de que a escolha de apresentar os eventos em ordem cronológica teve como intuito facilitar a compreensão geral do processo em análise. Tal recurso não deve ser confundido como uma abordagem de cunho linear evolucionista, sobretudo porque não desconhece que os fatos e (re)ações analisados ocorreram, muitas vezes, concomitantemente e, entre alguns deles, não há relações do tipo causa/efeito.

Além disso, a não menção a determinado ator que porventura tenha se posicionado no processo não é uma exclusão deliberada, mas fruto de uma opção metodológica que precisou, devido à situação amplamente discutida na Introdução deste capítulo, realizar um recorte que orientasse o estudo para a compreensão geral dos embates travados. Não foi intenção dos autores elencar todos os atores que, de alguma maneira, tenham participado do processo, não por considerar algum ator mais importante do que outro, mas porque o intuito foi evidenciar os embates que levaram à radicalização do processo que, conforme hipótese anteriormente exposta, poderia revelar elementos que influenciaram, inclusive, no impeachment da presidenta eleita.

Exemplo de atores não citados são as entidades que militam no âmbito do ensino médico e que fizeram importantes críticas ao PMM, no que concerne às medidas que este adotou em relação a alterações curriculares nas faculdades de medicina. Certamente, essas críticas e esses atores precisam ser levados em conta em uma análise mais detalhada do PMM, o que, como já reconhecido, é uma limitação deste texto. No mesmo tom, não se buscou aprofundar o papel da mídia,

pois este é feito de maneira minuciosa no capítulo escrito por João Feres Júnior [sug. 9].

Isto posto, passe-se à análise propriamente dita. Uma chave analítica que aqui poderia ser adotada é a de estudar o PMM como institucionalmente inserido (embeded) em trajetórias autorreforçadas de eventos retroalimentados positivamente, seguindo o modelo de path dependence. Sendo assim, o programa seria compreendido como modelo mais evoluído de uma trajetória histórica de programas e políticas de interiorização de médicos que, ao longo dos anos, o Ministério da Saúde vem tentando adotar.

Há, contudo, dificuldades ético-metodológicas importantes para se analisar o PMM por este prisma: Para que este campo teórico, tão bem desenvolvido por Pierson (2004), torne-se uma alternativa analítica, faz-se necessário que a trajetória histórica da política analisada seja longa e que existam correlações nítidas entre as concepções e ações da política em foco com as que a antecederam na trajetória histórica.

Estes dois elementos parecem não estar presentes no PMM. É verdade que, nas últimas quatro décadas, foram desenvolvidas no país iniciativas políticas relacionadas à fixação de médicos em áreas remotas e socialmente vulneráveis. Contudo, estas manifestam-se mais como programas, cujas trajetórias foram interrompidas e que não estiveram interligadas, do que como uma solução de aperfeiçoamento e continuidade.

Campos et al (2009) destacam estas iniciativas: o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, ainda durante a ditadura militar; o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (1993); e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (2001). Para os autores, estas iniciativas não apresentam uma linha de continuidade entre si, possuíam baixa sustentabilidade e foram extintas sem atingir seus objetivos.

Os capítulos deste livro escritos por Girardi e por Machado e Neto explicam que, embora o PMM aborde problemas públicos relacionados aos das iniciativas políticas anteriormente citadas, possui dinâmica e relações causais próprias. Seus argumentos reforçam a concepção de que não há soluções de continuidade entre as políticas anteriores e muito menos destas com o PMM. Além disso, estes autores evidenciam um elemento importante para a análise política: o de que funcionários e especialistas ligados ao governo federal vinham produzido estudos demográficos sobre a escassez de médicos e que estes serviram de base para a formulação do PMM.

Descartada a viabilidade do path dependence e diante das informações levantadas, percebeu-se que, para a análise do PMM, o modelo de ‘múltiplos fluxos’ de Kingdom (2011) é o mais adequado. Para ele, nos ambientes governamentais em que setores políticos e especialistas compartilham e disputam as arenas decisórias com lideranças e grupos de interesses ativos, há janelas de oportunidades e condições de opinião pública que permitem que agentes empreendedores atuem sobre os fluxos decisórios, construindo articulações conjunturais virtuosas, capazes de produzir a inovação e a mudança política.

Inovação e mudança ocorrem quando os empreendedores promovem o acoplamento entre (i) os processos e soluções de problemas públicos que são continuamente desenvolvidos por funcionários, especialistas e agentes públicos, mas que ficam à espera de oportunidades; e (ii) o fluxo dos políticos, enquanto tomadores finais de decisões no âmbito legislativo e na comunicação com a sociedade.

Considera-se, aqui, que tais elementos estiveram presentes no ambiente político no qual foi formulado, implementado e executado o PMM, o que viabiliza uma análise do programa, a partir do modelo de múltiplos fluxos.

Definido o modelo, é preciso situar o campo de análise. Como a natureza deste capítulo orienta-se, em seus limites, a produzir evidências para tomadores de decisões visando ao fortalecimento do PMM, insere-se no campo da ‘análise de políticas’ (o termo original *policy analysis* é de uso corriqueiro em nossa literatura).

A origem do campo da *policy analysis* remonta às relações entre governos norte-americanos e suas instituições do poder legislativo. Este campo é definido por referência às consultorias governamentais e ao modo como os governos adotam o conhecimento produzido por funcionários graduados e especialistas comissionados. Produz uma atividade profissional bem delineada que se diferencia das pesquisas avaliativas, que não estão, necessariamente, orientadas a recomendações de ações governamentais (Geva-May e Pal, 1999).

Nesse sentido, a análise de políticas requisita epistemologia própria e de caráter intrinsecamente multidisciplinar. Considera-se aqui, como Vaitsman (2013), que a difusão e a aplicação desse campo analítico ao caso brasileiro e uma agenda de pesquisas, orientadas às ações governamentais, devem ser incentivadas e fortalecidas.

Conforme discutido na Introdução, é preciso, agora, retomar os limites da ‘análise de políticas’ em contextos de crise institucional, em especial a necessidade de que ela seja desenvolvida à luz de uma práxis que tome a democracia como imperativo categórico.

Assim, a atuação e os embates entre os atores políticos travados na implementação do PMM serão analisados a partir de uma estrutura teórica que se preocupa em compreender em que medidas tais embates fortalecem e/ou ameaçam a estabilidade democrática. Isto porque, o que se pretende com os resultados da análise é construir conhecimento que contribua tanto para identificar elementos disfuncionais à democracia,

a fim de que sejam superados, quanto para propor recomendações que apoiem a sustentabilidade do PMM.

Delimitado os eixos teóricos, inicia-se a discussão apontando que o PMM contém elementos que o permitiriam ser considerado como exemplo clássico de uma política bottom-up.

Efetivamente, o programa foi implementado a partir de uma pressão popular oriunda de manifestações de rua, que ignoraram tanto as instituições tradicionais da democracia representativa quanto as instâncias participativas de representação, criadas ao longo da história do SUS (conselhos e conferências).

Há neste raciocínio, contudo, dois aspectos que devem ser melhor discutidos: (i) a parcela da população que participou ativamente das manifestações de rua não é a parcela da população que usa habitualmente o SUS; e (ii) a reivindicação por melhorias na saúde não foi acompanhada com propostas que viabilizassem esta melhoria.

Estes dois aspectos permitiram ao governo federal apropriar-se da demanda e traduzi-la a partir dos interesses de seus eleitores, majoritariamente formado por pessoas mais pobres, usuárias cotidianas do SUS. Mais do que isso, permitiu que uma demanda vinda dos prefeitos municipais (que são base constitutiva da intrincada rede de apoio e construção do poder político brasileiro), a contratação imediata de médicos estrangeiros para suprir a falta de médicos, fosse acoplada pelo governo federal ao aprendizado profissional dos funcionários que já tinham atuado ou lidado com políticas anteriores, ou com estudos sobre demografia médica, anteriormente encomendados a especialistas.

Pode-se compreender esta dinâmica como exemplificadora do que Kingdon considera como acoplamento de demandas políticas a soluções elaboradas por funcionários e especialistas. Por isto, o PMM pode ser considerado fruto de

uma ação empreendedora que gera uma forte inovação política.

A inovação e a mudança política produzem reações tão mais fortes quanto sua abrangência e possibilidades concretas de sucesso. O PMM marca uma fratura definitiva entre o governo federal e as entidades médicas que, considerando-se excluídas do processo decisório do PMM, reagiram de maneira a deslegitimar o programa.

Esta é uma reação esperada e ainda no âmbito de um processo decisório democrático. Não é porque determinados atores de determinados setores adotam a deslegitimação que os riscos institucionais aumentam. Contudo, quando esta deslegitimação torna-se predominante no conjunto de processos decisórios e um conjunto representativo e poderoso de atores sociais opta por ela, surge uma radicalização que gera riscos reais à democracia.

Por este enfoque, pode-se discutir que a deslegitimação verificada na análise do PMM não foi apenas um (re)ação eventual, restrita a uma dada política de um dado setor, mas uma das muitas que, articuladas ou não, foram se avolumando em todos os setores do processo decisório nacional a partir de junho de 2013 e cuja radicalização levou ao golpe de maio de 2016.

Não é lícito dizer que os atores cujos papéis foram analisados neste capítulo já tinham o impeachment em tela, nem mesmo que este era o seu interesse. Não há o menor indício que autorize o analista a pensar nisso.

Há, porém, elementos que apontam que a radicalização dos atores contrários ao PMM não foi apenas fruto de embates pela hegemonia setorial, mas, sobretudo, a evidênciação, no processo decisório do setor saúde, de uma radicalização de determinados setores da sociedade contra o governo federal: (i) o recurso imediato à judicialização da

política, tanto pela busca ao STF quanto pela provocação ao MPT; (ii) a aliança das entidades médicas com os partidos de oposição, que influencia a entrada no processo decisório do TCU; (iii) a utilização de manifestações de rua contra o programa, seguindo a estratégia de sucesso das manifestações de junho; e (iv) o julgamento apriorístico de que a política e o governo são o lócus da corrupção.

Em síntese, estes movimentos estão em sintonia com os que viabilizaram o processo de impeachment, no qual todos os atores acima citados foram mobilizados de maneira muito similar à retratada neste capítulo. Há, indícios, portanto, que o *modus operandi* dos atores que radicalizaram o processo político brasileiro em torno do impeachment já estava presente nos embates travados no âmbito do PMM.

Pode-se supor que o aprendizado gerado nos embates ocorridos no âmbito do PMM – e de muitas outras políticas de outros setores – contribuiu para que os atores contrários ao governo federal aperfeiçoassem suas estratégias e, com o decorrer dos fatos (sobretudo a desagregação da base parlamentar do governo federal), as orientassem, não para a vitória eleitoral, mas para o impeachment.

Por conseguinte, pode-se supor que o governo federal compreendeu mal (ou não compreendeu) as lições desses embates políticos, o que contribuiu para sua incapacidade de sequer atenuar a radicalização contrária a si.

No âmbito do PMM, pode-se apontar como ponto de virada, aquele em que o retorno às posições moderadas já não é mais possível, o momento em que as críticas deixam de ser feitas ao programa e direcionam-se para os médicos cubanos, evidenciando duas facetas perversas da sociedade brasileira: o racismo e a xenofobia.

Não se está aqui dizendo que as entidades médicas incentivaram e/ou defendem ambos. O que se quer discutir é

que setores da sociedade brasileira (mais numerosos do que a mística da cordialidade nacional faz supor) que exercitam e defendem posturas racistas e xenófobas - assim como preconceitos de classe, gênero, orientação sexual e origem - estão sempre dispostos a alinhar seus argumentos e a engrossar as fileiras de quaisquer movimentos de radicalização. Quando esse apoio é aceito, tácita ou explicitamente, os movimentos de radicalização tornam-se efetivamente perigosos à democracia.

Tornam-se isto porque preconceitos são catalizadores de poder político e, como tal, sempre poderão ser utilizados por qualquer ator. Como essa utilização pode ser feita de maneira instrumental, atores que nunca professaram preconceitos podem recorrer a eles em momentos nos quais o embate é extremamente intenso e desvantajoso. O risco é que sua utilização, ainda que como mera ferramenta, desencadeie e represente a falência dos mecanismos de busca de consenso, base de qualquer democracia.

Assim, a utilização do racismo e da xenofobia como ferramenta nos embates políticos em torno do PMM, longe de ser uma acusação às entidades médicas, é um retrato pontual de como a sociedade brasileira estava, já naquele momento, vivendo uma radicalização de suas contradições históricas, num processo em que atores e instituições, paulatinamente, abandonaram os mecanismos de busca de consenso.

Este abandono, presente no processo decisório do PMM menos como fruto dos embates setoriais do que como espelho da radicalização política que o Brasil enfrenta, é o elemento que a presente análise considera como mais importante para se pensar a continuidade e a sustentabilidade do PMM.

O Ministério da Saúde do governo interino, em seus primeiros movimentos, sinaliza que quer discutir o PMM com as entidades médicas e com movimentos sociais que foram bastante atuantes em prol do impeachment (Movimento

Brasil Livre, por exemplo), excluindo os atores favoráveis ao programa e ignorando o papel do Conselho Nacional de Saúde como instância de discussão.

Por conta disto, encerramos este capítulo enfocando, a seguir, as necessidades e os riscos para a sustentabilidade do PMM.

### **Considerações finais: elementos para a análise política e riscos para a sustentabilidade do Programa Mais Médicos**

Para finalizar, algumas considerações importantes são feitas quanto a dois pontos. Um deles se refere ao modelo de análise de política que se mostra mais promissor para levar adiante estudos em sequência sobre o PMM. Outro ponto se refere à sustentabilidade do programa em meio à crise política e oportunidade da realização de estudos complementares sobre cenários relacionados à política em curso.

Em termos de modelo analítico, o tempo político de cerca de três anos de implementação do programa é curto para a realização de estudos mais consistentes em termos de trajetórias políticas. No entanto, as informações e dados aqui coletados e analisados permitem montar um quadro analítico coerente com modelos de análise de políticas de amplo uso.

Como aqui se tratou da dinâmica de atores e do papel de instituições, soluções inspiradas na teoria dos jogos e em modelos da escolha racional poderiam ser considerados em termos de análises conjunturais e de caráter seccional, com o foco em interesses, vantagens e incentivos em meio a ambientes institucionais bem delimitados. Tais métodos, entretanto, enfrentam restrições devido aos limites decor-

rentes da confiança na elevada racionalidade dos agentes e ao minimizar os efeitos dos arranjos institucionais. Como bem assinala Ostrom (2005), tais métodos representam mais requisitos básicos para consistentes análises institucionais e não como o modelo explicativo final.

Por sua vez, o quadro aqui descrito e analisado apresenta elementos compatíveis com a tradição de estudos de múltiplos fluxos iniciada por Kingdon (2011), como assinalado anteriormente.

O fluxo dos especialistas e funcionários responsáveis pelas políticas públicas é perceptível, principalmente, por um importante estoque de projetos de governo, orientados a produzir incentivos para a fixação de médicos em áreas remotas e socialmente vulneráveis. Além disso, diversos especialistas e grupos de pesquisa em instituições de ensino e pesquisa produziram análises e recomendações diversas de políticas nessa direção. Em termos de fluxos de políticas, além de diversos projetos apresentados no legislativo ao longo do ciclo democrático, a coalização do governo Dilma Rousseff atuou intensamente para elaboração e implementação do PMM.

Um importante item destacado por Kingdon diz respeito ao que chama de “humor nacional”. Neste caso, apenas para citar fatos de maior repercussão, as manifestações de rua de 2013, orientadas também para a melhoria dos serviços públicos de saúde, representou um pano de fundo propício à agenda política definida pelo governo federal.

Este conjunto de elementos contribuíram, seguindo ainda esse modelo de análise, para a produção de janelas de oportunidades para a inovação e a mudança política. Para que a política seja implementada e inicie um ciclo virtuoso e retroalimentado de implementação, há a necessidade de acoplamento destes diferentes fluxos em meio a janelas de oportunidades e favorecimento pela opinião pública. O papel de

empreendedores e lideranças é fundamental para tal acoplamento. No caso estudado, alguns atores relevantes exerceram estas funções. Os ministros da Saúde que enfrentaram as restrições e oposições aqui enunciadas e lideraram as disputas políticas estão incluídos na função de empreendedores. Outros atores relevantes foram os especialistas provenientes de instituições públicas nacionais que efetuaram as pesquisas sobre escassez de médicos em áreas vulneráveis, e os dirigentes do MS que, em conjunto, elaboraram a minuta do PMM.

A consistência deste modelo de análise da política deve ser testada em novos estudos nos quais fontes primárias e secundárias sejam ampliadas e hipóteses testadas de modo não apenas a validar o modelo explicativo aqui enunciado, mas a auxiliar na adoção de estratégias e de políticas orientadas à sustentabilidade do programa. Há, portanto, necessidade de se efetuar uma análise de cenários em que sustentabilidade e adaptações futuras do PMM sejam colocadas no centro do estudo.

É importante que esta combinação entre análise política e estudo de cenários produza subsídios e recomendações de políticas, orientadas não apenas aos governos em seus níveis federativos, mas também aos atores políticos em diferentes instituições públicas e societárias com interesses diretos no PMM.

Com relação à sustentabilidade do Programa Mais Médicos, alguns pontos merecem especial atenção. Como se trata de um programa recente, mas que representa uma marca política do governo Dilma Rousseff, caso este seja derrubado por parlamentares, um desfecho bastante possível é sua extinção ou alguma reconfiguração pelos novos ocupantes do governo, provavelmente voltadas para a substituição dos médicos estrangeiros, tanto porque os médicos brasileiros ocuparam todas as vagas do último edital, quanto pelas questões

ideológicas e pelo irascível combate aos médicos cubanos, anteriormente abordado.

Os obstáculos a tais medidas residem na aceitação do PMM entre as populações diretamente atendidas e da defesa que os prefeitos fazem dele e que se expressa politicamente, no setor saúde, por meio do CONASEMS.

Cabe saber os movimentos que os atores políticos farão, bem como a força que terão para torná-los vitoriosos. Isto posto, no curto prazo, parece plausível um quadro em que o PMM seja preservado e implementado em caráter inercial e submetido a mudanças de caráter periférico, ficando sem perspectiva de ampliação e diversificação, correndo o risco de se tornar mais uma das políticas de fixação e universalização do atendimento médico no país que foram interrompidas por questões político-ideológicas.

## Referências

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (APM). *Exigência de prova para médico estrangeiro é consenso em audiência*. In: <http://www.apm.org.br/noticias-conteudo.aspx?id=9284>. Visitado em 01/07/2016.

CAMPOS, Francisco; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado. *A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade*. *Divulgação em Saúde para Debate*, 2009,44, pp. 13-24.

CARTA CAPITAL. *Associação Médica Brasileira oferece ajuda para cubanos em busca de “asilo político”*. In: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/associacao-medica-brasileira-oferece-ajuda-para-cubanos-em-busca-de-201casilo-politico-869.html> Visitado em 01/07/2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Nota do Conselho Federal de Medicina contra a importação de médicos cubanos*. In [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24097%3Apara-cfm-importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitoreira-e-irresponsavel&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24097%3Apara-cfm-importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitoreira-e-irresponsavel&catid=3). Consultado em 01/07/2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO (CREMESP). *Entidades médicas acionam Justiça contra Medida Provisória. Ação contra Mais Médicos alega inconstitucionalidade do serviço obrigatório no SUS* In: Jornal do Cremesp, 305 – Julho/2013. CREMESP/SP. 2013, p 2.

DIÁRIO DO CENTRO DO MUNDO (DCM). *O Mais Médicos cansou de apanhar da mídia e achou uma saída.* In <http://www.diariodocentrodomundo.com.br/o-mais-medicos-cansou-de-apanhar-da-midia-e-achou-uma-saida-por-leandro-fortes/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Consultado em 01/07/2016.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (FENAM). *Carta das Entidades Médicas aos BRASILEIROS.* IN: [HTTP://WWW.FENAM.ORG.BR/NOTICIA/1475\\_](HTTP://WWW.FENAM.ORG.BR/NOTICIA/1475_)consultado em 01/07/2016.

FRENTE NACIONAL DOS PREFEITOS (FNP). Ministro da Saúde Alexandre Padilha, recebeu o abaixo-assinado com mais de 4.600 assinaturas recolhidas em 3 dias. In [http://cadeomedico.blogspot.com.br/2013\\_01\\_01\\_archive.html\\_](http://cadeomedico.blogspot.com.br/2013_01_01_archive.html_) Visitado em 01/07/2016.

GEVA-MAY, Iris.; PAL, Leslie. *Good fences make good neighbours: policy evaluation and policy analysis - exploring the differences.* *Evaluation*, 5(3): pp. 259-77, 1999.

KINGDOM, John. *Agendas, alternatives and public policies*, 2nd edition. Boston, MA: Longman, (2011)

MOREIRA, Marcelo Rasga; SCOREL, Sarah. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on the democratization of health in the twenty years of the SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 795-806, 2009.

OSTROM, Elinor. *Understanding institutional diversity.* Nova Jersey: Princeton University Press, (2005)

PIERSON, Paul. *Politics in time: history, institutions, and social analysis.* New Jersey: Princeton University.Press, (2004)

PORTAL BRASIL. Justiça nega relação trabalhista no Mais Médicos. In: Justiça nega relação trabalhista no Mais Médicos. Visitado em 01/07/2016.

Portal JUSBRASIL. MPT aponta irregularidades no programa Mais Médicos. In: <http://mpt.jusbrasil.com.br/noticias/112076700/mpt-aponta-irregularidades-no-programa-mais-medicos>. Visitado em 01/07/2016.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Concluída audiência pública sobre Programa Mais Médicos. In <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=254389>. Visitado em 01/07/2016.

TRIBUNAL de Contas da União (TCU). *Auditoria operacional. fiscalização de orientação centralizada – foc. programa mais médicos*. TC 005.391/2014-8. Relatório Final. Brasília, DF. 2014.

VAITSMAN, Jeni.; LOBATO, Lenaura.; ANDRADE, Gabriela. *Professionalisation of policy analysis in Brazil*. In: Vaitzman, J.; RIBEIRO, Jm; LOBATO, L. (eds). *Policy Analysis in Brazil*. Bristol: Policy Press, (2013, pp. 13-26).



# Capítulo II

## Profissão médica e aspectos regulatórios: elementos para a análise da política setorial

**José Mendes Ribeiro**  
**Marcelo Rasga Moreira**

### **Introdução**

A atuação dos médicos e suas características profissionais são usualmente definidas como parte do setor econômico de serviços. Igualmente, como será discutido, em termos sociológicos, tais atividades são vinculadas aos serviços, não apenas pelo caráter não industrial da prática médica, mas por valores e atributos associados a elementos subjetivos e autônomos intrínsecos. A configuração profissional contemporânea da atividade médica reflete uma trajetória milenar, cujo status variou profundamente de acordo com diferentes momentos históricos, com a ordem social e econômica e o ritmo das descobertas científicas no campo da biomedicina. A própria incorporação da profissão médica a sistemas abrangentes, como nas políticas públicas e em seguros privados, ou a grandes organizações, como os hospitais, reflete as profundas mudanças observadas ao longo dessa trajetória.

As mudanças mais significativas, para além das inovações em biomedicina, foram decorrentes da forte expansão dos sistemas públicos de saúde no século XX e no pós-guerra e da integração destes com mercados em rápida

transformação econômica pela forte incorporação tecnológica. A competição nos diferentes mercados e a capacidade do setor público em regular e comprar serviços médicos impulsionaram a padronização de condutas e a avaliação de procedimentos e resultados, os quais colocam pressão sobre o núcleo principal do status dos médicos em sistemas e organizações – a sua autonomia profissional e a independência técnica.

Embora esses elementos ainda sejam fortes, principalmente em especialidades menos sujeitas à padronização e de melhor posição em mercados, na atividade médica atual, conflitos em torno da autonomia decisória são objetos de estudos em diferentes áreas do conhecimento. Além disso, são alvo comum de intervenções governamentais.

Há forte tradição teórica e evidências empíricas em torno das atividades e da profissão médica em áreas como filosofia, história e sociologia. A sociologia moderna produziu teses ambiciosas para explicar a expansão do setor de serviços e suas implicações para as teorias do desenvolvimento. Estas incluem as noções de sociedade pós-industrial ou sobre um alegado caráter improdutivo do setor de serviços (ou parte dele) nas sociedades modernas. Os efeitos dessas teorias não são neutros. Aqueles que enxergam o setor de serviços como improdutivo, em especial, o emprego público e as políticas sociais, tendem a aderir a agendas políticas pela redução da ação governamental na economia. Por outro lado, teorias promissoras veem na expansão dos serviços o crescimento do trabalho criativo, a redução do trabalho penoso e a maior disponibilidade de tempo para a vida social, fora do trabalho industrial e hierarquizado.

Também na economia, tais temas são tratados por diferentes escolas e em suas diversas interseções. Interseções teóricas nesta direção envolvem elementos da teoria da agência (dilema principal e agente) e da economia institucional.

Alguns desses aspectos serão tratados neste capítulo com ênfase no delineamento dos fundamentos da atividade médica que refletem na formação da agenda política setorial.

Os itens mais relevantes para se analisar a posição dos médicos no sistema de saúde brasileiro, ao qual esta reflexão preliminar se dirige, podem ser identificados a partir de estudos e experiências nacionais e internacionais. Em linhas gerais, os itens mais importantes incluem autonomia profissional, independência técnica, caráter competitivo dos mercados, tecnologias de avaliação de variabilidade de decisões, distribuição de incentivos e problemas de agência, ambientes da política pública e da empresa médica e os mecanismos regulatórios. Estes temas, que são objeto de disciplinas, como economia, política e sociologia, são aqui tratados segundo tópicos, com o objetivo mais direto de relacionar e articular os obstáculos para as políticas de saúde em curso no país.

Este capítulo está dividido em tópicos em que se analisam as bases da autonomia profissional, os aspectos regulatórios mais evidentes. Nas considerações finais é feita uma descrição da agenda política brasileira sobre a alocação de médicos em áreas remotas e altamente desiguais, com os desafios colocados para a política pública diante da profissão médica, a partir das teorias discutidas. Os obstáculos associados às características da profissão médica são apresentados como barreiras relevantes à política governamental.

## **Bases para a autonomia profissional e a independência técnica**

Na tradição sociológica sobre o crescimento do setor de serviços, é dada atenção às diferenças na natureza do seu trabalho por comparação ao que se observa no conhecido modelo industrial. As indústrias, pela própria matriz fabril, envolvem a integração e a subordinação do trabalho individual à organização coletiva orientada a produtos altamente padronizados. Os serviços, por sua vez, são bastante diversificados, como os bancos, hospitais, escolas, comércio, artes e o amplo rol de empreendedores orientados a inovações em comunicações e plataformas informacionais. As atividades variam, desde estruturas empresariais altamente integradas, como os bancos e financeiras, até aquelas dependentes do trabalho profissional individual, como no caso de médicos, professores e pesquisadores. O trabalho profissional, centrado na formação especializada, dotado de base cognitiva específica e legitimado socialmente como uma atividade especializada é o objeto deste ensaio. A profissão médica representa uma das formas típicas desse tipo particular de trabalho em serviços.

A tradição sociológica e política na análise do setor de serviços e de sua evidente expansão, foi bem traduzida por Offe (1989) ao analisar o debate e as principais teses, especialmente desde os anos 1970, com destaque para fatores como autonomia da oferta (aqui tratada como independência técnica) e a normalização social – normalizar o caso e individualizar a norma. Ou seja, com destaque nas funções de sintetização ou de mediação e conciliação. A tomada de decisão sobre casos ou problemas deriva de interpretações ad hoc que são limitadas por orientações normativas, éticas e baseadas na experiência. Por outro lado, quando os serviços se dão na forma de trabalho contratual, ocorrem conflitos com a racionalidade

organizacional e as padronizações. Há um conflito estrutural entre burocracia e profissionais. Offe chama a atenção para as dinâmicas de expansão dos serviços associadas às preferências de profissionais por funções mais autônomas, humanizadas e discricionárias, distantes do trabalho produtivo de caráter hierarquizado. A qualidade dos serviços depende de que “não suprima a individualidade e a especificidade da situação de um caso em favor de uma norma de referência rígida nem, inversamente, atribua uma tal importância às particularidades que as condições normais previstas por terceiros não sejam realizadas” (Offe, 1989, pp. 136).

A formação de alta qualificação de profissões tradicionais como médicos, advogados, professores, economistas e pesquisadores sociais representa um fator de status especial no setor de serviços. O processo de profissionalização se dá por meio do domínio e do controle de conhecimento não assimilável pelos indivíduos em geral. Há uma base cognitiva exclusiva inseparável da produção de conhecimento pelos médicos. Larson (1977) associa este processo à construção de autonomia, à conquista da autorregulação e à capacidade de controlar um mercado para a sua especialidade. A profissionalização afirma o status coletivo especial de mobilidade social. No entanto, haveria um processo em curso em contraposição à profissionalização – divisão do trabalho com proliferação de especialidades laterais e delegação de funções rotinizadas aos menos qualificados; intensificação e uniformização do trabalho; e rotinização das tarefas de alto nível. Embora isto não tenha levado à proletarização delineada por Larson, tendências de maior padronização da atividade médica são bem visíveis no rol de estratégias regulatórias de governos e empresas.

Esse debate obteve certo destaque nas décadas de 1970 e 1980. Teses sobre rotinização, padronização e perda de status dos médicos foram atacadas por alguns dos principais

especialistas, como Freidson (1977; 1989). A posição dos médicos em grandes organizações, como nos hospitais, evidencia a sua força para fazer valer a autonomia técnica e exercer status privilegiado na estrutura gerencial e a autorregulação é a prova da autonomia, como destaca Freidson. Este é enfático em estabelecer que esta profissão foi a que melhor preservou seus atributos e delimitou os das demais (como paramédicos) desde o século XIX. Sobre a padronização em curso é importante notar que “é apenas o médico que tem o direito de internar pacientes no hospital e escolher e responsabilizar-se pelo seu tratamento” (Freidson, 1978:189). Além disso, há mais de duas décadas os avanços tecnológicos, especialmente a rotina dos transplantes de órgão, ampliaram o foco da ética médica para as políticas públicas e funções distributivas (Elster & Herpin, 1994), o que fortalece a posição dos especialistas.

A rápida transição de descobertas científicas para a aplicação de tecnologias encurtou as distâncias entre ciência e técnica nas sociedades modernas e a medicina é exemplar neste contexto (Granger, 1994). O debate contemporâneo ecoa, por sua vez, tradições que enfatizam as características artísticas da medicina e as críticas ao positivismo influente no século XIX. Como representante clássico dessas tradições, situa-se Canguilhem (1990) e seu vaticínio de que a clínica consiste em promover uma negociação entre o médico e o paciente sobre a condição patológica. Ou, então, o ceticismo e a denúncia radical do poder alienante da medicina na expropriação (via ciência) do controle do indivíduo sobre si próprio (Illich, 1975).

A medicina, enquanto um conjunto de técnicas, se legitimou por meio da ciência. Isto se deu apesar das incertezas que o caráter subjetivo do adoecimento e do sofrimento transmitem ao processo decisório. Há um conflito latente entre o discernimento individual e as normas científicas aplicadas

ao caso singular. Esse processo também chamou a atenção de pesquisadores brasileiros interessados nas características políticas e sociológicas do trabalho médico. Persiste, apesar da evolução dos protocolos e das técnicas avançadas de gestão e de informática médica, forte subjetividade no processo de decisões clínicas e cirúrgicas, o que está na base da preservação da autonomia frente aos procedimentos gerenciais (Ribeiro, 1999). Afora isto, os aspectos morais inerentes à relação dos médicos com seus pacientes têm importância vital nessa prática (Schraiber, 1993).

Esses elementos combinados influenciam o comportamento dos médicos nas organizações e sistemas de saúde em que se legitimam na biomedicina, em busca de monopólio profissional, e nos aspectos subjetivos e artísticos relacionados à técnica cotidiana para resistirem a controles e métodos parametrizados de avaliação de decisões e de subordinação hierárquica. As evidências observadas imprimem à técnica médica um caráter moral-dependente (Schraiber, 1993). O ponto de partida para compreender o processo decisório está em entender a autonomia preservada por meio da independência técnica como fundamento das decisões (Ribeiro e Schraiber, 1994). Autonomia continuamente tensionada. Na direção deste padrão de conflitos, os aspectos sociológicos do trabalho médico, os processos de profissionalização e os efeitos combinados do assalariamento e da incorporação tecnológica por outro, foram discutidos por Machado et al. (1997) em conjunto com uma análise do mercado de trabalho no Brasil. Com interesses próprios e singulares e legitimidade científica e social, como será possível reduzir os efeitos deletérios que também podem ser observados como decorrentes de excessos de autonomia médica? Um sistema regulatório, centrado apenas em práticas gerenciais racionais, pode afetar a qualidade dos serviços, e sistemas consensuados de regulação profissional

podem oferecer o equilíbrio necessário entre independência técnica e interesse público e social.

## **Características do mercado médico**

O peso do setor saúde na economia pode ser medido por indicadores bem conhecidos e expressam a sua importância nas sociedades modernas. No Brasil, a participação dos gastos públicos e privados consolidados em saúde foi de 9,7% do Produto Interno Bruto, em 2013, segundo dados da Organização Mundial de Saúde. A média de países desenvolvidos, para o ano de 2010, foi de 9,0%, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Em meio a um setor tão dinâmico da economia e que envolve serviços e indústrias altamente diversificados, as características do mercado de trabalho médico afetam, além desses diferentes mercados, as políticas governamentais para o setor. A mobilidade social e econômica dos médicos influencia a disponibilidade de especialistas e generalistas para o setor público em termos de salários e contratos. Maior dinamismo no setor privado favorece a posição de barganha dos médicos no setor público, em termos de locais de trabalho, jornadas e rendimento.

Nesse sentido, a independência técnica, inerente a uma parte significativa de seu processo de trabalho e à assimetria discutida adiante, agrega status e se reflete na estrutura de incentivos no mercado e no setor público. Novos mecanismos de governança são experimentados para dar conta destas relações contratuais especiais.

O trabalho tradicional dos médicos na forma de consultas realizadas em consultórios privados (usualmente de-

nominado de modelo da medicina liberal) representa o exercício da independência técnica e da autonomia profissional na sua máxima extensão. O médico seria, dessa forma, o próprio agente e produtor de serviços em ambiente de predomínio de mercados competitivos (*laissez-faire*). Ocorre economia de custos transacionais, e a integração a uma organização vertical em empresas tende a ocorrer apenas com aqueles que se vinculam a hospitais e se submetem a sua lógica organizacional. No modelo clássico da medicina liberal, o constrangimento organizacional no hospital é atenuado pelo seu caráter inicialmente filantrópico e de ensino, em que um médico de prestígio preservava a sua posição autônoma original de modo a ordenar os processos, segundo o exercício da clínica e da cirurgia. Assim, a própria arquitetura e a engenharia hospitalar decorriam da divisão de trabalho entre os médicos. Embora muito do modelo liberal tradicional tenha sido alterado pela emergência da empresa médica e das políticas governamentais em larga escala, a permanência de fatores tradicionais da profissão está presente nas instituições públicas e privadas.

Foge aos objetivos aqui a análise da trajetória histórica da profissão médica, mas pode-se admitir que a medicina do século XX já possuía todos os elementos institucionais, hoje observados, de articulação a sistemas públicos e privados de organização dos serviços, da forte presença dos hospitais (com fins lucrativos ou não), da incorporação tecnológica intensiva e do atendimento a grandes contingentes populacionais que não estavam presentes no modelo tradicional da medicina liberal. Mercados abrangentes, seguros sociais, seguros privados e diversos modelos de sistemas públicos de saúde mudaram a natureza da atividade profissional. Como já foi dito, isto se deu sem que elementos tradicionais da profissão tenham sido abolidos e até hoje afetam o caráter competitivo desses mercados e a organização dos sistemas públicos.

Disciplinas como a economia e a política tratam de problemas usuais aos observados em estudos sobre a natureza contratual do trabalho. Teorias chamadas de agência se mostraram sólidas na análise da dinâmica contrato versus verticalização organizacional. Nas origens destas teorias, está o trabalho clássico de Coase (1937). A integração vertical em uma empresa em detrimento de contratos individuais, segundo produtos isolados, tende a reduzir os custos contratuais frente a tais provedores independentes e a produzir informações sobre os processos de trabalho. Por outro lado, no que ficou conhecido como o dilema do principal e do agente, a posse assimétrica de informações pelo agente faz com que, uma vez subordinado à hierarquia vertical, deixe de produzir de acordo com a sua capacidade ou mesmo sonegue informações relevantes. Nesse caso, o modo como os incentivos são distribuídos afetaria, conforme cada condição, os possíveis benefícios da integração vertical na empresa. Por extensão aos dias atuais, afetaria os benefícios do emprego público na forma de funcionário.

No caso dos médicos, uma vez colocados em posição de agente, a assimetria de informações decorrente da independência técnica é bastante evidente à luz dos aspectos técnicos e sociológicos discutidos no tópico anterior. O controle dos médicos sobre os processos clínicos e cirúrgicos pode comprometer a eficiência econômica dos hospitais. Soluções de governança intermediária baseadas em contratos de resultados, por exemplo, buscam operar no âmbito do dilema principal e agente.

Isto possui relação direta com a forma como o mercado médico é estruturado. Comparado com os mercados de características mais competitivas, o caso dos médicos mereceu destaque constante nas teorias políticas e nas econômicas.

Em influente trabalho, Arrow (1963) mostrou que os mercados de atenção à saúde diferem de modo extremo dos mercados competitivos, seja por características da demanda ou da oferta. Os fatores não competitivos principais são as barreiras de entrada e o monopólio profissional (impede que práticas médicas simplificadas sejam realizadas por outros profissionais de custo de formação menor). Existe evidente risco moral dos médicos frente aos seguros privados que não controlam suas decisões sobre o consumo dos beneficiários. No contexto norte-americano estudado, eles se fecham em esquemas de pagamentos de honorários livremente determinados (*fee for service*) e resistem a esquemas de pré-pagamento. O pré-pagamento representa uma forma de comunitarização de risco (*pooling*) que favorece o controle sobre preços e benefícios e conflita com os interesses dos médicos analisados por Arrow para aquele contexto. Na prática, os pacientes delegam aos médicos muito de sua livre escolha. Seguindo a lógica dos seguros, esses argumentos acompanham os de Coase quanto à fragilidade dos preços como reguladores ótimos em economia. E este aspecto é muito destacado no caso da profissão médica onde a falha do mercado em proteger contra incertezas originou instituições sociais, nas quais os princípios de mercado são contraditados (Arrow, 1963).

A conhecida economia institucional e dos custos de transação, atualizou esse debate na direção dos contratos e dos mecanismos de governança, com repercussões para os conhecidos modelos de agências (Williamson, 1996). A noção de que empresas e organizações orientam suas estruturas para reduzir os custos de transação, como uma estratégia geral, explicaria as escolhas entre contratar ou integrar os profissionais e serviços na sua própria estrutura. As relações contratuais de médicos com hospitais, serviços públicos e empresas médicas podem ser vistas sob esse prisma. Os fundamentos da econo-

mia institucional são convergentes aos debates sobre governança no campo da política e que orientaram as inovações em contratos entre entes públicos e privados, observados em diferentes políticas.

A estruturação de incentivos adequados em termos da produção de bens e serviços no setor saúde, considerando-se a baixa competitividade assinalada por Arrow, deve ser buscada por governos e empresas. Seguindo padrões sugeridos por Preker et al (2000), nesses mercados, o treinamento representa uma barreira na entrada (de contestabilidade média) e pode ser, ao menos, parcialmente avaliado (mensurabilidade média). Porém, quando se trata da formação superior e especializada, as barreiras são elevadas e a contestabilidade de mercado é baixa. As características de formação médica de longa duração representam fatores de barreira de entrada e de diminuição da competitividade nesses mercados. Isto se agrava conforme o grau de especialização. Por outro lado, quando se trata da produção, um amplo rol de serviços ambulatoriais e hospitalares, de atividades do setor público e de políticas avaliativas, apresentam menor grau de mensuração.

Em políticas de saúde, integrar a profissão médica na administração pública ou em empresas estatais reduz custos contratuais e gera ganhos de informações sobre custos e práticas. Por outro lado, há perda de controle na linha principal e agente devido à independência técnica no processo decisório clínico e cirúrgico altamente assimétrico. A solução intermediária que vem sendo cada vez mais utilizada é o contrato da empresa lucrativa ou não pela administração pública.

No caso mais difundido no contexto brasileiro atual, para além dos prestadores privados com ou sem fins lucrativos, está o modelo de parcerias entre setores público e privado, fundado em contrato de gestão, e um regulador autônomo ou governamental. O formato conhecido é o das Or-

ganizações Sociais, as quais absorvem os médicos por meio da integração vertical e estabelecem relações contratuais com os governos, segundo mecanismos horizontais de governança. Desse modo, os contratos de gestão seguiriam a tradição da economia institucional, onde o contrato é abrangente e arbitrado em modelo agência ou diretamente pelo contratante.

### **Serviços médicos, mercados e aspectos regulatórios**

Em função dos efeitos combinados entre independência técnica, autonomia profissional e mercados não competitivos, como assinalado anteriormente, ênfase tem sido dada aos mecanismos regulatórios, especialmente aqueles relacionados aos serviços médicos. Os principais modelos se relacionam aos sistemas públicos de saúde de diferentes tipos e aos processos adotados em diversas modalidades de seguros privados de saúde. Soluções desenvolvidos nos mercados de seguros de saúde nos Estados Unidos, como as estratégias de atenção gerenciada (*managed care*), foram adaptadas inclusive para sistemas públicos maduros e, em certos casos, contribuíram para conferir um caráter híbrido a sistemas europeus de caráter universal (Schmid et al, 2010).

O *managed care* representou, em linhas gerais, um conjunto de estratégias voltadas para reduzir a relevância dos pagamentos de serviços médicos, honorários livremente estipulados (*fee-for-service*), considerados indutores de consumo e por introduzir mecanismos de gestão do acesso de beneficiários de seguros privados aos serviços contratados. O pagamento de honorários médicos, negociados diretamente entre médicos e clientes, foi incentivado nos Estados Unidos inclusive com proteção legal do governo federal. Enthoven (1993)

destacou a influência desse mecanismo de pagamentos, como incentivador de custos incrementais, em resposta à “demanda inconsciente dos clientes” e que foi turbinado por financiamentos federais à expansão de escolas médicas e de especialidades.

As estratégias de managed care envolveram cada vez mais a informática médica, os meios de avaliar a decisão médica e de comparar custos de serviços. Importantes inovações se associaram à disseminação do modelo, como a adoção, em 1983, pelo Medicare (seguro social norte-americano para idosos e incapacitados contribuintes) dos DRG (Diagnosis Related Groups) como forma de pagamento prospectivo de contas hospitalares. O controle sobre custos hospitalares fortaleceu managed care e a adoção de alguns de seus conceitos em sistemas diferentes do norte-americano, e a própria denominação hoje em dia não guarda a especificidade original. Com o financiamento ao setor saúde de caráter combinado e bastante estratificado (público e privado), a experiência norte-americana de controle de custos e qualidade revela um amplo rol de mecanismos de controle, combinado a incentivos à redução de demanda e de oferta de serviços médicos. Os resultados não foram generalizadamente positivos (Robinson e Steiner, 1998) e a própria recente reforma dos seguros privados e dos incentivos governamentais (coloquialmente conhecida como Obamacare) atesta os problemas persistentes. Entretanto, muitas tecnologias de gestão, desenvolvidas nesse ambiente político e econômico, foram adotadas em diversos países, e a autonomia médica tem sido um dos alvos destas iniciativas.

Sob o manto do managed care, as tecnologias de gestão, o compartilhamento de riscos entre agentes (pooling entre empresas, médicos e beneficiários) e as barreiras de acesso aos serviços (gatekeepers) se mostraram promissores mecanismos de controle e apresentaram sucessos iniciais na contenção da espiral de custos. A literatura especializada é abundante e, em

meio a resistências de médicos e de beneficiários aos controles adotados, há tempos a capacidade dessas estratégias se esgotaram, ao menos na forma original norte-americana, e inovações e mudanças no sistema se impuseram (Enthoven & Singer, 1997; Enthoven, 2003; Berwick et al, 2003).

A matriz tradicional de livre escolha representa, ainda hoje, a preferência de muitos médicos e associações profissionais na esfera pública. Sua agenda política inclui livre escolha pelos clientes, autonomia clínica, pagamentos por honorários livremente fixados, prestação de serviços de caráter individual ou em pequenos grupos e autorregulação profissional. A atenção gerenciada (expressa usualmente como HMO – Health Maintenance Organizations) representou, como visto, uma resposta de mercado às suas próprias falhas. Ao longo de seu apogeu, em termos de prestígio interno e difusão a outros países, o modelo se caracterizou, segundo Robinson e Steiner (1998), por delimitar a clientela segundo vinculação a um plano de saúde onde são estipulados um rol de serviços e a aceitação de restrições de escolha, orçamento prospectivo e o pagamento de parcelas fixas, independente do uso de serviços. Há um mediador (terceiro pagador) das relações entre beneficiários e médicos e os riscos financeiros são concentrados na operadora dos planos e compartilhados com os médicos. Isto envolve certo grau de controle sobre a decisão médica.

Repercussões dessas matrizes também foram tratadas na experiência brasileira de regulação do mercado de seguros privados de saúde na sua transição, a partir do sistema de quase autorregulação, vigente antes da intervenção governamental de 1998. Um balanço sobre esse debate pode ser observado em coletânea que analisou o período seguinte imediato à intervenção governamental sobre esses mercados no Brasil (Montone e Castro, 2004). Um efeito, em especial, foi o uso, ainda em caráter incipiente, de incentivos acoplados a

mecanismos de financiamento e de tecnologias de gestão de decisões médicas (Ribeiro, 2004), embora estudo de caráter nacional tenha demonstrado a baixa implementação das tecnologias clássicas de atenção, gerenciada pelas operadoras de planos de saúde no país (Ribeiro et al, 2008).

Os limites do modelo das HMO em promover eficiência econômica, afora seus efeitos sobre as lacunas da autonomia profissional e da assimetria de mercado, ficaram evidentes quanto à qualidade dos serviços e às barreiras de acesso nos seguros de menores custos e prêmios. A atenção gerenciada já havia sido caracterizada como uma estrutura de negação de pagamentos e de serviços, conforme o influente trabalho de um dos principais especialistas na liderança política pela reforma desse Sistema, ainda na década de 1990 (Starr, 1994).

A aqui citada meta-análise, realizada por Robinson e Steiner (1998), revelou alguns resultados satisfatórios relacionados à eficiência por comparação ao regime de livre escolha, porém com menores níveis de satisfação, relacionados à qualidade dos serviços. Como já havia sido percebido nos anos 1990 por alguns dos principais analistas do modelo, a resposta de mercado da atenção gerenciada falha em produzir, simultaneamente, uma alocação eficiente e equitativa dos recursos de atenção à saúde (Enthoven e Singer, 1997).

Controles verticais (de comando e controle) internos às empresas, hospitais e ambulatórios públicos são meios tradicionais de assegurar o cumprimento pelos médicos de normas de atuação segundo os objetivos organizacionais. No Reino Unido, o sistema público de saúde (NHS) desenvolveu práticas regulatórias punitivas, incluindo a própria suspensão dos profissionais que foram da conformidade a tais objetivos. No entanto, o excesso de suspensões e punições aos médicos provocou revisões em práticas regulatórias, no sentido de ampliar a defesa dos punidos, reduzir afastamentos custosos do traba-

lho e ampliar a capacidade de recursos de defesa. Em avaliação de casos, realizada pelo próprio órgão regulador, constatou-se que cerca de 85% das suspensões foram inadequadas (Samantha e Samanta, 2004).

Em resumo, os resultados iniciais da atenção gerenciada nos EUA estimularam a que políticos, especialistas e tomadores de decisão em países europeus, nas duas últimas décadas, adotassem, de modo parcimonioso e incremental, essas inovações aos seus sistemas públicos, em busca de maior eficiência e controle de custos. Em geral, os sistemas públicos europeus preferiram a adoção dos DRG como meio de avaliação de custos e de eficiência, embora em certos casos tenham servido igualmente como mecanismos de pagamento. A adoção de soluções do seguro privado (e especialmente dos DRG) por sistemas públicos na forma de seguro social, ou por aqueles baseados em impostos gerais tem levado a que analistas vejam nisto formas híbridas de convergência global de sistemas de saúde (Schmid et al, 2010).

### **Considerações finais: efeitos da matriz profissional médica sobre a política pública setorial**

Diversos fatores decorrentes de características da profissão médica produzem efeitos sistêmicos relevantes. Há longa data, políticas governamentais e estratégias empresariais buscam solucionar o dilema de agência assinalado anteriormente. O dilema pode ser formulado sobre os incentivos para combinar a atividade de médicos com o seu interesse em prover os serviços, para os quais estão habilitados, a custos e segurança adequados aos seus pagadores, na qualidade de clientes, governos ou empresas.

Mecanismos de governança e regimes regulatórios, definidos para além da simples autorregulação de mercados, têm sido experimentados nos sistemas públicos de saúde e nos diferentes tipos de seguros privados. Tais estratégias são desenvolvidas de acordo com a agenda política de reformas ou mudanças no setor saúde em cada país em particular. O ambiente político e institucional representa um claro delimitador das soluções e intervenções a serem consideradas.

Afora esses aspectos institucionais, os recursos de autonomia profissional e de independência técnica, ainda presentes na profissão médica e nas especializações de maior custo de formação, são elementos decisivos para as iniciativas governamentais, orientadas a promover o acesso mais equitativo de grandes contingentes populacionais aos serviços de saúde no Brasil.

A iniciativa governamental de caráter sistêmico mais recente foi o “Programa Mais Médicos”, criado em julho de 2013 (Brasil, 2013). Representa um ambicioso programa de formação de médicos para trabalharem no Sistema Único de Saúde (SUS). Os principais objetivos estão orientados a prover médicos para regiões de baixa oferta, segundo critérios de necessidades sociais e econômicas. Associado ao objetivo de reduzir desigualdades regionais, o programa determina que essas estratégias estejam vinculadas à prestação de serviços de atenção primária e que os médicos adquiram experiência de campo que os capacitem a melhor intervenção na política pública, com reflexos para a própria formação médica no país.

Além de promover uma alocação mais equitativa de recursos de atenção à saúde no país, contra a tendência destes mercados, o programa desenvolve estratégias de treinamento em serviço associadas às instituições de ensino superior e de pesquisas, aplicadas ao sistema público. Os eixos de intervenção do programa se concentram na contratação emergencial

de médicos, na expansão do número de vagas para cursos de medicina e na reforma do ensino com orientação à atenção primária em saúde.

Considerando que este programa representa a orientação governamental para lidar com a oferta e a qualidade dos serviços médicos no sistema público, constata-se que incorpora elementos regulatórios, tanto no exercício da profissão quanto no que se refere à formação médica. A parte do programa de maior alcance se refere à natureza do ensino médico, à oferta de vagas em escolas médicas e em programas de residência médica. Contra as tendências de alocação do mercado, busca-se orientar a formação de acordo com os critérios de necessidades sociais e práticas colaborativas em equipes multiprofissionais, segundo protocolos de atenção primária. O programa é detalhado quanto à obrigação de que o internato médico, com duração de dois anos, dedique ao menos 30% do treinamento para temas definidos como “atenção básica” e “serviços de urgência e emergência no SUS”.

Este arcabouço institucional representa uma intervenção nos mercados de serviços de saúde por meio de políticas governamentais contra as tendências assimétricas aqui discutidas. Em caráter emergencial, a intervenção governamental se deu por lotação de médicos no programa em áreas desprovidas de serviços, segundo critérios de desenvolvimento social e econômico. Por meio do “Programa Mais Médicos para o Brasil”, instituído por lei federal, vagas são oferecidos para médicos, formados em instituições brasileiras, em instituições estrangeiras com diploma revalidado no país ou associados ao intercâmbio médico internacional.

Os médicos estrangeiros lotados como “médicos intercambistas” foram o alvo principal das reações de associações médicas, as quais buscaram, sem sucesso, a judicialização do tema. De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa Mais

Médicos contava, em 2015, com 18.240 médicos, distribuídos por 4.058 municípios e 34 distritos indígenas, atendendo diretamente a 63 milhões de pessoas e elevando a cobertura do Saúde da Família para 134 milhões.

Não foram realizadas avaliações sobre o programa, inclusive pelo pouco tempo decorrido de implementação. Porém, o conflito político observado vem provocando a manifestação de órgãos reguladores e do próprio judiciário.

As restrições políticas à intervenção governamental na formação médica e na provisão de médicos, especialmente quanto aos estrangeiros, em áreas remotas e municípios pobres e desprovidos de assistência pelo setor público, vieram principalmente das associações médicas. Um resumo das restrições levantadas com relação ao programa e análise dos temas constam do relatório do Tribunal de Contas da União (TCU), elaborado em 2014 (Brasil/TC, 2014), e os resultados foram apresentados em acórdão, em 2015 (Brasil/TC, 2015).

As restrições coletadas pelo TCU se concentraram diferentes itens, os quais incluem a ofensa ao princípio da legalidade, mitigação do concurso público, precarização das relações de trabalho, exercício ilegal da medicina, ausência de proficiência em língua portuguesa. Os temas relacionados à consistência jurídica do programa foram remetidos ao Supremo Tribunal Federal que analisa as Ações Diretas de Constitucionalidade impetradas pela Associação Médica Brasileira e pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados.

Com relação aos temas que avocou a si para resoluções, o TCU não adotou a posição de entidades médicas em termos de interrupção e condenação do programa. O acórdão do plenário (Brasil/TC, 2015) se concentrou em efetuar uma série de recomendações a instituições governamentais envolvidas com o programa, como os ministérios da Saúde e da

Educação e secretarias municipais de saúde, além de instituições formadoras como a UNA-SUS. As recomendações se concentraram em aperfeiçoar os mecanismos de controle sobre possíveis incompatibilidades de carga horária de supervisores e de médicos, em resolver inconsistências de dados sobre produção de serviços, em aprimorar indicadores e mecanismos de monitoramento, em avaliar a transparência de resultados, e determinar o acesso aos dados dos médicos que exercem funções de supervisão e tutoria do programa.

A análise aqui realizada sobre as características da profissão médica em termos técnico (independência e autonomia) e de autorregulação fundamentada em literatura de ampla difusão e domínio por parte de especialistas no tema, ressalta os efeitos diretos sobre a assimetria do mercado, baixa competitividade e em importantes problemas de coordenação na política pública.

Os problemas de agência caracterizados pelo dilema principal agente estão por trás dos conflitos entre dirigentes e médicos quanto aos incentivos para que os profissionais atuem segundo sua capacidade, cumpram funções contratadas, troquem informações em caráter cooperativo e atuem em favor da organização, empresa ou administração pública, em caráter coletivo.

Além disso, os custos administrativos envolvidos nas estratégias governamentais ou empresariais em fazer com que os serviços médicos estejam alinhados com os objetivos organizacionais podem ser elevados, e as diferentes formas de terceirização, comuns no setor privado, cada vez mais são utilizadas no setor público

A experiência internacional em monitorar a decisão médica e vincular rendimentos ao desempenho tem obtido sucessos parciais, porém limitados, pelos riscos em alterar a base subjetiva necessária às decisões clínicas e cirúrgicas. Além

disso, aspectos pouco mensuráveis e transferíveis, como experiência e valores morais, impõem limites à eficiência dos modelos racionais de avaliação de resultados e de custos e benefícios.

Mecanismos de governança, com base em pactos e acordos estabelecidos entre interessados, representam as estratégias mais promissoras para dar conta dos problemas de agência, assinalados.

Os problemas enfrentados pelo governo brasileiro ao longo da formulação e da implementação do Programa Mais Médicos são conhecidos e observados na experiência internacional. Uma avaliação consistente deste programa deve ser efetuada principalmente pelas instituições de ensino e de pesquisa e pelos especialistas que atuam em políticas públicas. Pela complexidade do tema, associada à premência de se oferecer respostas imediatas e adequadas às necessidades sociais por parte dos diferentes governos, estudos e recomendações são de alto interesse público.

## Referências

- ARROW, K. J. “*Uncertainty and the welfare economics of medical care*”. The American Economic Review, 13(5): pp. 941-973, 1963.
- BERWICK Dm, DEPARLE Na, EDDY Dm, ELLWOOD Pm, ENTHOVEN Ac, HALVORSON Gc, et al. “*Paying for performance: Medicare should lead*”. Health Affairs 2003; 22:8-10 pp.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos.
- BRASIL/TC. Fiscalização de Orientação Centralizada do Tribunal de Contas da União TC 005.391/2014-8, 2014
- BRASIL/TC, Acórdão do Tribunal de Contas da União no. 331/2015, 2015

- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- COASE, RH. “*The nature of the firm*”. *Economica*, New Series, 4(16): pp. 386-405, 1937.
- ELSTER, J; HERPIN, N (eds). *The ethics of medical choice*. Londres: St. Martin’s Press, 1994.
- ENTHOVEN, AC. “*History and principles of managed competition*”. *Health Affairs*, supplement 1993, pp 24-47
- ENTHOVEN AC. “*Employment-based health insurance is failing: now what?*” *Health Affairs*. 2003 Jan-Jun; Suppl Web Exclusives: W3-237-49.
- ENTHOVEN AC; SINGER, SJ. “*Markets and Collective Action in Regulating Managed Care*”. *Health Affairs* 16(6): 26–32, 1997.
- FREIDSON, E. *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones Península, 1978
- FREIDSON, E. *Medical work in America – Essays on health care*. New Haven: Yale University Press, 1989.
- GRANGER, GG. *A ciência e as ciências*. São Paulo: Unesp, 1994.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, (1975).
- LARSON, MS *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley: University of California Press, 1977.
- MACHADO, MH (coord). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- MONTONE, J.; CASTRO, AJW. *Regulação e Saúde: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Brasília: Editora MS, 2004
- OFFE, C. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989
- PREKER, As; HARDING, A; TRAVIS, P. “*Make or Buy*” *decisions in the production of health care goods and services: new insights from*

*institutional economics and organizational theory. Bulletin of the World Health Organization*, (2000, 78 (6): 779-790)

RIBEIRO, Jm “*Técnica médica e singularidades*” In: VAITSMAN, J; GIRARDI, S. *A ciência e seus impasses: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RIBEIRO, JM. “*Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em Saúde Suplementar*”. In: MONTONE, J.; CASTRO, Ajw. *Regulação e Saúde: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Brasília: Editora MS, (2004), pp 147-177

RIBEIRO, JM; LOBATO, Lvc; VAITSMAN, J; FARIAS, Lo; VASCONCELLOS, M; HOLANDA, E; TEIXEIRA, Cp. *Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 1127-1137, (2008)

RIBEIRO, JM; SCHRAIBER, LB. “*A autonomia e o trabalho em medicina*”. *Cadernos de Saúde Pública*, 0 (2): 190-199, 1994

ROBINSON, R; STEINER, A. *Managed health care: US evidence and lessons for the National Health System*. Londres: Open University Press, 1998.

SAMANTA, A.; SAMANTA J. “*Regulation of the medical profession: fantasy, reality and legality*”. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97: 211-218, 2004

SCHRAIBER LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHMID, A; CACACE, M; GÖTZE, R; ROTHGANG, N. “*Explaining health care system change: Proble pressure and the emergence of “hybrid” health care systems*”. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4): 455-486, 2010.

STARR, P. *The Logic of Health Care Reform: Why and How the President’s Plan Will Work*. Whittle (Revised and Expanded), 1994.

WILLIAMSON, OE *The mechanisms of governance*. Nova York: Oxford University, 1996.

## Sobre os autores

### **Ana Cristina de Sousa Van Stralen**

Psicóloga. Mestre em Psicologia da Saúde pela Universiteit Leiden, Holanda. Atualmente é pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

### **Andréa Cristina de Farias Mello**

Odontóloga. Mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, UFRJ (2004). Atualmente é Assessora-Chefe da Assessoria Executiva do Gabinete da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

### **André Schimidt da Silva**

Psicólogo. Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ (2011). Atualmente é Especialista na Gestão de Saúde na Superintendência de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro SAB/SES/RJ).

### **Antônio Ivo de Carvalho**

Médico. Mestre em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ (1994). Atualmente é pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ.

### **Camila da Cunha Souza Nóbrega**

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, UNIRIO. Atualmente é Apoiadora Institucional da Superintendência de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e Tutora no Curso de Especialização Gestão em Saúde ENSP/FIOCRUZ.

### **Celia Regina Pierantoni**

Médica. Doutora em Saúde Coletiva, UERJ (2000). Atualmente é professora associada da UERJ, Diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde e coordenadora da Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do IMS/ UERJ.

### **Dayanne Silva de Lucena**

Odontóloga. Especialista em Saúde da Família, ENSP/ FIOCRUZ. Atualmente é Assessora da Superintendência de Atenção Básica, da Subsecretaria de Unidades de Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

### **Hésio de Albuquerque Cordeiro**

Médico. Doutor em Medicina Preventiva, USP (1981). Atualmente é professor titular e coordenador do Mestrado Profissional da Universidade Estácio de Sá e coordenador de saúde da Fundação Cesgranrio.

### **João Feres Júnior**

Cientista Social. Doutor em Ciência Política pela City University of New York, Graduate Center (2003). Atualmente é professor de ciência política do Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP), da UERJ e coordenador do GEMAA - Grupo de Estudos Multidisciplinares da Ação Afirmativa e do LEMEP - Laboratório de Estudos de Mídia e Esfera Pública.

### **José Mendes Ribeiro**

Médico. Doutor em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ (1995). Atualmente é Pesquisador titular da Fiocruz e Coordenador do Mestrado Profissionalizante em Saúde Suplementar.

### **Luna de Oliveira Sassara**

Graduanda em Ciência Política na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e atualmente é assistente de pesquisa do Laboratório de Estudos de Mídia e Esfera Pública (LEMEP) e do Grupo de Estudos Multidisciplinares da Ação Afirmativa (Gema), ambos do IESP-UERJ.

**Marcelo Rasga Moreira**

Cientista Social. Doutor em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ (1995). Atualmente é pesquisador do Departamento de Ciências Sociais e coordenador do Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas da ENSP/FIOCRUZ.

**Márcia Maria Pereira Rendeiro**

Doutora em Saúde Pública, ENSP/ FIOCRUZ (2011). Atualmente é Professora adjunta da UERJ, Vice-Coordenadora do Mestrado Profissional em Telemedicina e Telessaúde, Coordenadora Executiva da Universidade Aberta do SUS/UERJ e Coordenadora do Grupo de Trabalho em Teleodontologia / International Society for Telemedicine and eHealth

**Maria Helena Vieira Machado**

Cientista Social. Doutora em Sociologia pela Sociedade Brasileira de Instrução, SBI/IUPERJ (1996). Atualmente é Pesquisadora titular e Coordenadora do Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde da ENSP/FIOCRUZ e Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS), da Estação ObservaRH/ENSP e da Rede de Observatório de RH/OPAS e da Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos no Brasil.

**Nísia Verônica Trindade Lima**

Doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, IUPERJ (1997). Atualmente é Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz; professora de Pós Graduação do Programa de História das Ciências e da Saúde, Vice Presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz e diretora da Editora Fiocruz. É também professora adjunta de sociologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

**Paulo Roberto Volpato Dias**

Médico. Doutor em Medicina, UFRJ (2002). Atualmente é Professor associado da UERJ e Coordenador Geral da Universidade Aberta do SUS/UERJ.

**Sabado Nicolau Girardi**

Médico. Especialista em Desenvolvimento de Recursos Humanos ENSP/FIOCRUZ (1984), Residência em Medicina Preventiva e Social pela UFMG (1984) e Residência em Saúde Internacional pelo Programa de Formação em Saúde Internacional da Organização Pan-Americana da Saúde (1991). Atualmente é Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva- NESCON/ UFMG.

**Swheelen de Paula Vieira**

Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva, IMS/UERJ (2015). Atualmente é doutoranda em Saúde Coletiva, IMS/UERJ e Pesquisadora da estação de trabalho Observatório de Recursos Humanos em Saúde do IMS/UERJ e compõe o grupo de pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil.

---

Formato 14 x 21  
Tipologia: Garamond (texto) Tahoma (títulos)  
Papel: Offset 90 g/m<sup>2</sup> (miolo)  
Supremo 250 g/m<sup>2</sup> (capa)  
CTP, impressão e acabamento: Gráfica Millennium

---