

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Hêider Aurélio Pinto

O QUE TORNOU O MAIS MÉDICOS POSSÍVEL?
ANÁLISE DA ENTRADA NA AGENDA GOVERNAMENTAL E DA FORMULAÇÃO
DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.

Porto Alegre
2021

Hêider Aurélio Pinto

O QUE TORNOU O MAIS MÉDICOS POSSÍVEL?
ANÁLISE DA ENTRADA NA AGENDA GOVERNAMENTAL E DA FORMULAÇÃO
DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.

Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Soraya Maria Vargas Côrtes.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Graça Carapinheiro.

Porto Alegre
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

REITOR

Carlos André Bulhões

VICE-REITORA

Patrícia Pranke

INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

DIRETOR

Hélio Ricardo do Couto Alves

VICE-DIRETOR

Alex Niche Teixeira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

COORDENADORA

Lígia Mori Madeira

VICE-COORDENADORA

Marília Patta Ramos

CIP - Catalogação na Publicação

Pinto, Hêider Aurélio

O que tornou o Mais Médicos possível? Análise da entrada na agenda governamental e da formulação do Programa Mais Médicos. / Hêider Aurélio Pinto. -- 2021. 342 f.

Orientador: Soraya Maria Vargas Côrtes.

Coorientador: Graça Carapinheiro.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Educação Médica. 3. Programa Mais Médicos. I. Côrtes, SorayaMaria Vargas, orient. II. Carapinheiro, Graça, coorient. III. Título.

Hêider Aurélio Pinto

O QUE TORNOU O MAIS MÉDICOS POSSÍVEL?

Análise da formação da agenda e do processo de da formulação do Programa Mais Médicos.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas

Porto Alegre, ____ de ____ de ____.

Resultado: _____.

Prof. Dr.^a Lígia Mori Madeira
Coordenadora do PPG de Políticas Públicas

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Soraya Maria Vargas Côrtes.
Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof.^a Dra. Graça Carapinheiro
Coorientadora
Instituto Universitário de Lisboa

Prof. Dr.^a Lígia Mori Madeira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. André Marengo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)/

Dedico este trabalho e faço questão de, com ele, agradecer, reconhecer, homenagear e declarar os melhores afetos, em primeiríssimo lugar, à Lua, à Dora e a Heitor, na ordem das revoluções que fizeram em minha vida. A cada dia me fazem um ser repleto de amor, de prazer em viver, de esperança (sim, mesmo nestes tempos): amo vocês imensamente, com cada fibra do corpo.

Às pessoas fantásticas que são as mães maravilhosas dessas crianças. Pela amizade, cuidado, paciência, compreensão, por todas as memórias, todo o esforço que a gente vem fazendo juntos para fazer o melhor que podemos por esses serezzinhos de luz. Obrigado Erica, Carol e Estela.

À minha mãe, Terezinha, meu pai, Hermides, à minha irmã e irmãos, Heliana, Júnior e Hélder, aos que já se foram, Hermes e Maria, à minha família. Fontes de inspiração e de cuidado, nos quais reconheço cada passo que dei e tudo que sou. Os desafios dos tempos recentes nos fizeram colocar o cuidado em primeiro lugar, como nunca. Amo vocês e obrigado pelo apoio sempre.

À todas companheiras e companheiros de ação e luta pelo SUS, por uma sociedade intensamente democrática, pela defesa da vida e de um modo de viver mais generoso, solidário, emancipado e alegre, no movimento estudantil, na boa (e necessária) política e nas riquíssimas experiências de trabalho, gestão e colaboração - principalmente, nas secretarias de saúde de Aracaju, Governo da Bahia, FESF-SUS, Ministério da Saúde e Consórcio Nordeste, na docência nas universidades federais do Recôncavo da Bahia e da Bahia. Obrigado pela experiência, exemplos e pela amizade militante. Que lutemos para ter esperança e produzir sonhar de novo.

À minha competente e exigente orientadora, Soraya Côrtes, que me fez escrever o triplo de páginas que estão na tese (no mínimo rsrs), por ser essa pessoa inspiradora, com quem aprendo muitíssimo, descubro que posso mais, que gosto e admiro demais pelo que disse e muito mais. À minha coorientadora, pessoa querida, cujo nome diz muito de si, Graça Carapineiro, que me acolheu com tanto afeto em Portugal, que me convidou a mergulhar na sociologia e que também sempre foi uma referência intelectual para mim. Às colegas e aos colegas do grupo de pesquisa que debateram a tese em várias fases de construção e fizeram sugestões indispensáveis. A Raoni Andrade e Vanessa Rosa que apoiaram a transcrição das centenas de páginas.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, grandes mestres e mestra, Lúcia

Madeira, Alcindo Antônio Ferla e André Marengo, com quem aprendi e sigo aprendendo, a quem agradeço pelas críticas afiadas, pela capacidade de me desacomodar mostrando que podia mais quando achava que já havia encontrado um lugar confortável.

Às amigas e amigos, Ana Maria e Sabrina Ferigato, duas queridas amigas que gosto e admiro demais da conta, que foram muito importante nos estímulos, opiniões e leituras de diversos originais desta tese, recém saídos do forno; à Thaís Costa, amiga desde a adolescência, que me recebeu com tanto carinho em Portugal, tornando possível e incrível a etapa portuguesa desse doutorado; à Helena Petta e Adriano Massuda, que fizeram o mesmo nos EUA, na Escola de Saúde Pública da Harvard, quando do Congresso Internacional da Associação de Estudos Latino-Americanos, que, juntos com Ece Özçelik, produziram diálogos que inauguraram um ponto de inflexão na pesquisa.

Aos professores, professoras e colegas do Programa de Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com quem aprendi, viajei (em ambos sentidos) e descobri potências nesse campo interdisciplinar de Análise de Políticas Públicas, estudando de tudo um pouco e muito, especialmente, a essas duas pessoas que admiro demais e com quem construí essa amizade pra sempre que são Manuela D'Ávila e Miguel Rossetto.

À todas pessoas entrevistadas, obrigado por isso e pela luta incansável em prol do mundo que acreditam. A todos e todas trabalhadores e trabalhadoras, gestores, usuários e cidadãos e cidadãs que lutam pelo SUS e pela vida, aos que resistem e, também, aos que se foram nessa evitável catástrofe da pandemia. Que sigam alimentado o futuro de esperança e potência, que nunca parem de apostar, lutar e sonhar...

AGRADECIMENTOS

Agradeço às instituições públicas Universidades Federais da Bahia (UFBA), do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Recôncavo da Bahia (UFRB) (em ordem de criação), Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE), aos seus docentes, dirigentes e colegas, por terem tornado a produção dessa pesquisa possível, seja por ofertar o Programa de Pós-Graduação e a etapa ‘sanduíche’, seja por permitir os afastamentos necessários e dar todo o suporte à pesquisa e aos seus pesquisadores;

Aos grupos dos projetos de pesquisa na UFRGS, UFRB e à Plataforma Eletrônica da Saúde iPES/FESF-SUS que propiciaram as condições, ambiente e estrutura para a realização da pesquisa e;

Aos Ministérios da Saúde e da Educação, Congresso Nacional, Conselhos de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde e seus funcionários, pelas informações solicitadas e apoio na produção da tese, mesmo quando muitos dados deixaram de ter transparência.

“Se muito vale o já feito, mais vale o que será”

**De “O que foi feito de Vera (Devera) de Milton Nascimento, Márcio Borges e
Fernando Brant.**

Não serei o poeta de um mundo caduco
Também não cantarei o futuro
Estou preso à vida e olho meus companheiros
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças
Ente eles, considero a enorme realidade
O presente é tão grande, não nos afastemos
Não nos afastemos muito vamos de mãos dadas
Não serei o cantor de uma mulher, de uma história
Não direi suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela
Não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida
Não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins
O tempo é minha matéria, o tempo presente, os homens presentes
A vida presente

De "Mãos Dadas" de Carlos Drummond de Andrade

Hoje o inimigo veio me espreitar
Armou tocaia lá na curva do rio
Trouxe um porrete a mó de me quebrar
Mas eu não quebro porque sou macio, viu?

De "Meu Querido Diário" de Chico Buarque de Hollanda

RESUMO

O objetivo desta tese é analisar quais foram os atores que participaram do processo que conduziu à inserção na agenda governamental da questão (*issue*) das insuficiências na oferta e formação de médicos para o SUS e da adoção do Programa Mais Médicos (PMM) como solução. Buscou-se responder, também, qual o formato do PMM e por que ele foi formulado com esse formato e não outro? Quais atores, ideias e instituições influenciaram no seu processo de formulação? E por que algo similar ao PMM não aconteceu antes de 2013? Para isso, analisaram-se problemas e soluções relacionados à questão das insuficiências na oferta e formação de médicos desde os anos 1950 até a criação do PMM, com maior ênfase a partir do Governo Lula. Foram realizadas análises bibliográfica e documental e entrevistas semiestruturadas com dirigentes governamentais, do período de 2003 a 2018, e utilizados referenciais teóricos da Sociologia e do campo de Análise de Políticas Públicas, tendo como abordagem base o Neoinstitucionalismo Histórico, mas também as teorias da Mudança Institucional Gradual e dos Múltiplos Fluxos. Analisou-se, em cada período, o espaço mesossocial de modo integrado, compreendendo as interações entre os chamados fatores causais das políticas públicas, a saber, os processos macrosociais, os arranjos institucionais, a ação de atores individuais e coletivos e suas ideias. Verificou-se que esses atores tinham ideias, baseadas em interesses e crenças, sobre a questão, defendiam diferentes propostas para sua solução e atuaram em uma situação conjuntural influenciada por legados institucionais e ideacionais de como essa questão foi enfrentada nos anos anteriores. Destaca-se, dentre os principais achados do estudo, a compreensão integrada da formação da agenda e a formulação das políticas de regulação, formação e provimento no período de 2003 a 2013, tanto das implementadas quanto das descartadas, incluindo o reconhecimento de fatores que impediram que soluções como o PMM fossem implementadas antes de 2013. Também destaca-se a análise de como o posicionamento de novos atores na direção do governo federal, a evolução histórica da insuficiência de médicos e suas consequências, bem como o aumento da importância dada a ela pelos atores sociais contribuíram para a inclusão do PMM na agenda governamental um ano antes de ele ser lançado; como legados históricos, a superação de certos constrangimentos institucionais e a ação de empreendedores de política influenciaram sua formulação e atuaram para sua viabilização; como a situação conjuntural de 2013, caracterizada pela posse dos novos prefeitos, pelas chamadas Jornadas de Junho e pela aproximação das eleições de 2014 provocaram a decisão de implementação do PMM, mesmo contra a posição das entidades médicas; e, finalmente, como a ação desses Empreendedores do PMM, a mudança da opinião pública e um conjunto determinado de fatores conjunturais possibilitaram que, da Medida Provisória à Lei, o PMM ampliasse seu escopo aproximando-se mais dos princípios defendidos pela Comunidade de Políticas Movimento Sanitário. Com isso, a tese contesta a explicação de parte importante da literatura para a qual o PMM foi uma solução construída às pressas, para enfrentar um problema antigo, em resposta às manifestações de rua de 2013.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde. Educação Médica. Programa Mais Médicos.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to analyze which actors participated in the process that led to the insertion in the governmental agenda of the issue of insufficiencies in the supply and training of doctors for SUS and the adoption of the Mais Médicos Program (PMM) as a solution. Did it also try to answer which the PMM format is and why it was formulated with this format and not another? Which actors, ideas and institutions influenced your formulation process? And why didn't something similar to PMM happen before 2013? For this, problems and solutions related to the issue of insufficiencies in the supply and training of doctors were analyzed from the 1950s until the creation of the PMM, with greater emphasis from the Lula government. Bibliographic and documentary analyzes and semi-structured interviews were conducted with government officials, from the period 2003 to 2018, and theoretical references from Sociology and from the field of Public Policy Analysis were used, having as a base approach the Historical Neoinstitutionalism, but also the theories of Gradual Institutional Change and Multiple Streams. It was analyzed in each period the mesosocial space in an integrated manner, comprising the interactions between the so-called causal factors of public policies, namely, the macro-social processes, institutional arrangements, the action of individual and collective actors and their ideas. It was found that these actors had ideas, based on interests and beliefs, about the issue, defended different proposals for its solution and acted in a conjunctural situation influenced by institutional and ideational legacies of how this issue was faced in previous years. Among the main findings of the study, we highlight the integrated understanding of the formation of the agenda and formulation of regulation, training and provision policies in the period from 2003 to 2013, both implemented and discarded, including the recognition of factors that prevented solutions how the PMM were implemented before 2013. Also the analysis of how the positioning of new actors in the direction of the federal government, the historical evolution of the insufficiency of doctors and its consequences, as well as the increasing importance given to it by the social actors, contributed to the inclusion of the PMM in the governmental agenda, year before it was released; as historical legacies, the overcoming of certain institutional constraints and the action of policy entrepreneurs influenced its formulation and acted for its viability; how the conjuncture situation of 2013, characterized by the inauguration of the new mayors, the June Journeys and the approaching of the 2014 elections, provoked the decision to implement the PMM, even against the position of medical entities; and, finally, as the action of these PMM Entrepreneurs, the change of public opinion and a determined set of conjunctural factors enabled the PMM to expand its scope from the Provisional Measure to the Law, getting closer to the principles defended by the Policy Community Sanitary Movement. Thus, the thesis challenges the explanation of an important part of the literature for which the PMM was a solution built in a hurry, to face an old problem, in response to the 2013 street demonstrations.

Keywords: Human Resources in Health. Medical Education. More Doctors Program.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 □ Taxa de médicos por um mil habitantes nos cinco estados com maiores e menores proporções nos anos de 2000 e 2010.....	88
Tabela 2 – Quantidade absoluta e proporcional de médicos no Brasil	89
Tabela 3 – Taxa de médicos por habitantes em países selecionados	89
Tabela 4 – Proporção de vagas de Medicina por habitante por região e em períodos selecionados	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia de reunião de evidências no estudo	60
Quadro 2 - Atores governamentais entrevistados	64
Quadro 3 - Categorização de intervenções governamentais para melhorar o recrutamento, contratação e retenção de pessoal da saúde em áreas subatendidas	95
Quadro 4 - Comunidades de Políticas e Rede Temática	121
Quadro 5 - Políticas, medidas e arranjos institucionais propostos entre 2003 a 2010 que influenciaram a produção do PMM.....	168
Quadro 6 - Características selecionadas dos Empreendedores do PMM	177

LISTA DE SIGLAS

Abem – Associação Brasileira de Educação Médica

ABM – Associação Brasileira de Municípios

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACD – Análise Crítica de Discurso

AD – Análise de Discurso

AMB – Associação Médica Brasileira

Andifes – Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior

ANMR – Associação Nacional de Médicos Residentes

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

Cinaem – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CNM – Confederação Nacional de Municípios

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CRM – Conselho Regional de Medicina

Crub – Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras

Denem – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

DCN – M Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina

Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Elam – Escola Latino-Americana de Medicina

ESF – Estratégia de Saúde da Família

Fenam – Federação Nacional dos Médicos

Fies – Programa de Financiamento Estudantil

FNP – Frente Nacional dos Prefeitos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituições de Educação Superior

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Inep – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – Anísio Teixeira

MEC – Ministério da Educação

MP – Medida Provisória

MS – Ministério da Saúde

N – Neoinstitucionalismo

ObservaRH – Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

Pisus – Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde

Pits – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PCCS – Plano de Carreira, Cargos e Salários

PMM – Programa Mais Médicos

Pnab – Política Nacional de Atenção Básica

Promed – Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina

Pro-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

ProUni – Programa Universidade para Todos

Provab – Programa de Valorização da Atenção Básica

Rede Unida – Associação Nacional Rede Unida

Reuni – Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

Revalida – Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos

SC – Serviço Civil

SCO – Serviço Civil Obrigatório

SRI – Secretaria de Relações Institucionais

Seres – Secretaria de Regulação da Educação Superior

Sesu – Secretaria de Educação Superior

Sgtes – Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCAE – Teoria dos Campos de Ação Estratégica

TMIG – Teoria da Mudança Institucional Gradual

TMF – Teoria dos Múltiplos Fluxos

Ufrgs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

UNE – União Nacional de Estudantes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: A TESE E SEU OBJETO	17
2	A CONSTRUÇÃO DE UM QUADRO TEÓRICO PARA ANALISAR PROCESSOS QUE RESULTARAM NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS TEMPOS DEPOIS	30
2.1	LIMITES E LIBERDADE DOS AGENTES E FATORES QUE INFLUENCIAM A PRODUÇÃO DE POLÍTICAS	31
2.2	SUBSISTEMAS, GRUPOS SOCIAIS E O ESTADO NA PRODUÇÃO DE POLÍTICAS	39
2.3	CONCEITOS, MESOTEORIAS E TEORIAS DO CAMPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUE CONTRIBUÍRAM NO ESTUDO DO PMM	45
2.4	COMO FORAM REUNIDOS E ANALISADOS OS ELEMENTOS QUE CONSTRUÍRAM A COMPREENSÃO DO QUE TORNOU O PMM POSSÍVEL	57
2.5	SOBRE A IMPLICAÇÃO E A PESQUISA	69
3	INSUFICIÊNCIAS E DESIGUALDADES NA OFERTA E FORMAÇÃO MÉDICAS: QUESTÕES, POLÍTICAS E ATORES	73
3.1	OS MÉDICOS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE QUE ENFRENTAM OS PROBLEMAS DAS INSUFICIÊNCIAS E MÁ DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS E DE VAGAS DE FORMAÇÃO MÉDICA	74
3.1.1	Relações da Medicina na estrutura social: a base de sua força instituída	74
3.1.2	Mudanças econômicas no macrossetor da saúde: a autonomia profissional e a agenda política da profissão médica	78
3.1.3	Modos de atuação da profissão médica: atores individuais e coletivos	82
3.2	INSUFICIÊNCIAS E DESIGUALDADES NA OFERTA E FORMAÇÃO MÉDICAS: UMA QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA INTERNACIONAL	85
3.3	POLÍTICAS NO BRASIL E NO MUNDO PARA ENFRENTAR AS INSUFICIÊNCIAS E DESIGUALDADES NA OFERTA E FORMAÇÃO MÉDICAS	93
3.4	PROVIMENTO, REGULAÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICAS: OS SUBSISTEMAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO COMO ÁREAS DE INTERSEÇÃO DA DISPUTA E AÇÃO POLÍTICA	107
3.4.1	Gestão e regulação do trabalho em saúde	108
3.4.2	Gestão da educação na saúde	111
3.4.3	Os protagonismos das Comunidades de Políticas	115
4	POR QUE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS SÓ FOI POSSÍVEL DEPOIS?	123
4.1	O INÍCIO DO GOVERNO LULA EM 2003: CONTEXTO, OBJETIVOS, VALORES E AGENDA PRIORITÁRIA DOS DIRIGENTES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO	123

4.2	AGENDA E RESPONSABILIDADES DOS SUBSISTEMAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO NA QUESTÃO DAS INSUFICIÊNCIAS NA OFERTA E FORMAÇÃO MÉDICAS	128
4.3	SITUAÇÃO CONJUNTURAL E CIRCUNSTÂNCIAS DE DECISÃO DOS DIRIGENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE O QUE PODERIA SER FEITO	136
4.4	COMUNIDADE DEFESA DA MEDICINA LIBERAL: SOLUÇÕES PROPOSTAS E CONFLITOS	145
4.5	O QUE FOI POSSÍVEL FAZER NA REGULAÇÃO, PROVIMENTO E FORMAÇÃO DE MÉDICOS NA PERSPECTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	151
4.5.1	Soluções de regulação e provimento médicos	151
4.5.2	Expansão da formação e provimento de médicos	154
4.5.3	Formação e mudança da graduação	160
4.6	POR QUE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NÃO FOI POSSÍVEL ENTRE 2003 E 2010?	163
5	O QUE TORNOU O MAIS MÉDICOS POSSÍVEL?	170
5.1	A MUDANÇA DE GOVERNO: CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS, IDEIAS E AGENDA PRIORITÁRIA DOS DIRIGENTES DOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO NO INÍCIO DO GOVERNO DILMA	170
5.2	O AGRAVAMENTO DA QUESTÃO DAS INSUFICIÊNCIAS NA OFERTA DE MÉDICOS E SEUS EFEITOS	179
5.3	A CONSTRUÇÃO DE SOLUÇÕES PARA ENFRENTAR A INSUFICIÊNCIA DE MÉDICOS E SEUS LEGADOS NA CRIAÇÃO DO PMM	186
5.4	A SUPERAÇÃO DE CONSTRANGIMENTOS E A MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS PARA A CONSTRUÇÃO INICIAL DO PMM	197
5.5	O LANÇAMENTO DO PMM: PRODUÇÃO, ACONTECIMENTO E OPORTUNIDADE ...	204
5.6	O QUE TORNOU O PMM POSSÍVEL?	210
6	O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	224
6.1	A FORMA COM A QUAL O PROGRAMA MAIS MÉDICOS FOI CRIADO	224
6.2	O PROGRAMA MAIS MÉDICOS QUE FOI CONVERTIDO NA LEI 12.871	235
6.3	OBJETIVOS, IDEIAS E POSICIONAMENTO DOS ATORES MAIS RELEVANTES COMO FATORES IMPORTANTES NA FORMULAÇÃO DO PMM	242
6.4	DISPUTA SOCIAL E MUDANÇA DO CONTEXTO POLÍTICO QUE INFLUENCIARAM A APROVAÇÃO E AS MUDANÇAS NA LEI DO PMM	249
6.5	DIMENSÕES DA AGÊNCIA E SEUS EFEITOS NO DESENHO DO PMM	257
6.6	OS FATORES QUE INFLUENCIARAM O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PMM ...	271
7	CONCLUSÃO	276
7.1	PRINCIPAIS ACHADOS DA TESE	276
7.2	PANORAMA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PMM DE 2013 A 2020	288
7.3	CONTRIBUIÇÕES DA TESE, LIMITAÇÕES E NOVOS ESTUDOS	295

REFERÊNCIAS 303

APÊNDICE 1..... 331

APÊNDICE 2..... 338

1 INTRODUÇÃO: A TESE E SEU OBJETO

Esta tese é fruto da pesquisa realizada no doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientada pela professora Soraya Côrtes. Parte da pesquisa aconteceu na modalidade “doutorado sanduíche”, em Lisboa, como pesquisador visitante do Instituto Universitário de Lisboa (IUL/ISCTE), sob a coorientação da professora Graça Carapinheiro. A pesquisa teve como objetivo analisar quais foram os atores que participaram do processo que conduziu à inserção na agenda governamental da questão (*issue*) das insuficiências na oferta e formação de médicos para o SUS e da adoção do Programa Mais Médicos (PMM) como solução. Esses atores tinham ideias, baseadas em interesses e crenças, sobre o problema, defendiam diferentes propostas para sua solução e atuaram em uma situação conjuntural influenciada por legados institucionais e ideacionais de como essa questão foi enfrentada nos anos anteriores. Com isso, foi necessário analisar como a interação entre atores, suas ideias e as instituições resultaram na formulação de uma política pública com um conjunto de características em um dado momento histórico. Esta introdução trata do objeto da pesquisa, com uma síntese do desenho do Programa Mais Médicos (PMM) e da questão das insuficiências na oferta e formação de médicos para o SUS. Além disso, justifica a importância e potencial contribuição da tese, trata dos objetivos e questões que orientaram a investigação e, por fim, apresenta o conteúdo de cada um dos outros seis capítulos que compõem o trabalho.

O PMM foi criado por iniciativa do executivo federal em julho de 2013, por meio da Medida Provisória nº 621 (BRASIL, 2013a), que foi convertida no mesmo ano pelo Congresso Nacional na Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013b)¹. Com a finalidade de “formar recursos humanos na área médica” para o SUS, o PMM foi instituído com três eixos: Provimento, Infraestrutura e Formação. O Eixo Provimento foi uma resposta imediata ao problema de parte importante da população brasileira sem cobertura e acesso à atenção básica. A Lei autorizou o governo federal a recrutar profissionais graduados no país e fora do país

¹ O artigo 62 da Constituição Federal estabelece que a Medida Provisória é um instrumento com força de lei, adotado pelo presidente da República, em casos de relevância e urgência para o país. Ela tem efeitos imediatos, antes mesmo de tramitar no Congresso. Contudo, precisa ser aprovada e ‘convertida’ definitivamente em lei em até 60 dias, podendo esse prazo ser prorrogado por igual período.

com o objetivo de atuar nas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade. Esses profissionais participam de atividades de formação, integração ensino-serviço e de atenção à saúde da população. No Eixo Infraestrutura foi previsto um conjunto de ações relacionadas à qualificação da infraestrutura, à melhoria das condições de atuação das equipes de saúde da família nas quais os médicos atuariam e ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O Eixo Formação previu uma série de medidas de curto a longo prazo para a graduação e pós-graduação. No âmbito da graduação, definiu como prioridade a expansão de 11,5 mil vagas de Medicina nos locais com maior necessidade social, tendo a meta de fazer o Brasil alcançar a proporção de 2,7 médicos por mil habitantes até 2026 (BRASIL, 2015). Além do planejamento federal de novas vagas e escolas públicas, foram instituídos para o setor privado novos mecanismos de regulação da expansão de cursos e vagas de Medicina. Foram previstas também medidas que visaram mudar a formação e prática médicas e apoiar o provimento nas áreas e especialidades com necessidade. São exemplos: a instituição de novas diretrizes curriculares para os cursos de Medicina, a ampliação de estágios obrigatórios de formação no SUS, a instituição de uma avaliação para estudantes e residentes com o fim de induzir e acompanhar efeitos da implementação das mudanças, a meta de universalização do acesso à residência médica aos egressos dos cursos de Medicina, a instituição de mecanismos de regulação pública no planejamento e formação de especialistas e a instituição de um novo itinerário de formação na residência médica no qual, antes de poder fazer formação na maioria das especialidades, os médicos precisariam cursar um a dois anos da residência em Medicina de Família e Comunidade no SUS (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2015).

A Constituição brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) foi construída em um contexto de redemocratização do país, de grande efervescência social e mobilização popular em torno da institucionalização de direitos sociais, em resposta às diversas reivindicações de movimentos organizados da sociedade civil (TEIXEIRA, 1995; MENICUCCI, 2006; 2009). Nesse processo, a saúde foi reconhecida constitucionalmente como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Ficou estabelecido que as ações e serviços de saúde devem atender os cidadãos de maneira universal, gratuita e integral, e serem realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela própria Constituição e pela Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990).

A atenção à saúde no SUS é prestada por serviços de saúde públicos e, também, por serviços privados, filantrópicos ou lucrativos, contratados ou conveniados de forma complementar aos serviços públicos. A Constituição assegurou também à iniciativa privada a

exploração econômica da assistência à saúde, de modo que profissionais e serviços privados podem vender serviços pagos diretamente pelo usuário ou por seguradoras e operadoras de planos de saúde. Embora receba o nome de sistema de saúde suplementar, não são oferecidos somente serviços adicionais àqueles prestados pelo SUS. Na realidade, a maior parte dos procedimentos são ofertados no SUS e no sistema suplementar ao mesmo tempo, e os dois sistemas competem por clientela e recursos humanos, materiais e econômicos (ACIOLE, 2006).

O SUS tem possibilitado importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira e significativo impacto positivo em diversos indicadores de saúde (PAIM et al., 2011), entretanto convive com problemas persistentes relacionados ao objeto desta tese, tais como: pessoas vivendo em comunidades vulneráveis sem atendimento médico, quase um terço da população sem cobertura de serviços de atenção básica, dificuldades de acesso a serviços de saúde resolutivos, formação inadequada dos profissionais, insuficiência de médicos de diversas especialidades no SUS e na saúde suplementar (FEUERWERKER, 1998; CIUFFO e RIBEIRO, 2008; CRUZ, 2004; OLIVEIRA et al., 2015; ROCHA, 2017).

De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal, compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988). Contudo, tal diretriz, defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária e convergente com o que é feito em diversos sistemas de saúde no mundo, não foi acompanhada do arranjo institucional e dos instrumentos de política pública que dessem condições concretas ao SUS de efetivá-la (RODRIGUES, 2013; CIUFFO e RIBEIRO, 2008). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) não participa diretamente da regulamentação profissional. Aqui, a regulação do trabalho em saúde se mantém, em linhas gerais, tal como foi estabelecida nas primeiras legislações profissionais no início do século passado. Leis específicas para cada profissão definem os requisitos de seu exercício e autorizam seus respectivos Conselhos Profissionais, autarquias cujos dirigentes são eleitos pelos próprios profissionais, a fiscalizar e definir as regras para o exercício profissional. A Medicina, por exemplo, foi regulamentada como profissão em 1932 e o Conselho Federal de Medicina (CFM), criado 13 anos depois (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000). Dadas essas características, o Congresso Nacional torna-se a grande arena de definição da regulamentação profissional no Brasil, cabendo pouco ao Poder Executivo, já que a regulamentação infralegal fica a cargo dos Conselhos. Com isso, se é verdade que muitos especialistas, gestores do SUS e pessoas ligadas ao Movimento Sanitário

veem a não implementação da diretriz constitucional como um problema, também é verdade que organizações profissionais atuam fortemente para evitar alterações nas regras de regulação profissional do país que delas retire o poder de regulação infralegal da profissão. Destaca-se a situação da profissão médica que, como profissão dominante que possui o monopólio do exercício das práticas de saúde com maior legitimidade social e valor de troca no mercado, atua também para manter esse monopólio e impedir que outras profissões possam ampliar seu escopo de práticas (SCHRAIBER, 1993; MACHADO, 1997; CARAPINHEIRO, 2005; MACIEL FILHO, 2007).

Apesar da previsão legal² e da atuação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho, do Conselho Nacional de Saúde, o MS e a gestão tripartite do SUS tem baixa influência na ordenação da formação em saúde no âmbito da graduação, isso é realizado efetivamente pelo Ministério da Educação (MEC). No caso da formação de especialistas, há participação do MS e da gestão tripartite do SUS porque eles têm assento nas Comissões Nacionais de Residência Médica e de Residência Multiprofissional em Saúde, ainda que com um peso representativo menor que o do MEC e das entidades profissionais. Esse descompasso na regulação das interfaces entre os subsistemas saúde e educação também é observado entre o perfil dos profissionais formados e as necessidades do SUS. O relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2000 p.42-43), descreveu o quadro da seguinte maneira:

[...]a formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pelas necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do MEC, das Universidades e das Sociedades [médicas] de Especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados.

Com o objetivo de superar essa situação ou mirando a modernização didático pedagógica do ensino em Medicina, observou-se na sociedade civil o fortalecimento de iniciativas de mudança na educação médica, especialmente a partir dos anos 1970

² O Decreto 5773 de 2006, por exemplo, prevê que a “criação de cursos de graduação em Direito e em Medicina, Odontologia e Psicologia, inclusive em universidades e centros universitários, deverá ser submetida, respectivamente, à manifestação do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil ou do Conselho Nacional de Saúde”. Mas essa análise de necessidade social e adequação ao perfil esperado de formação é feito em caráter apenas consultivo.

(FEUERWERKER, 1998; FRENK et al., 2010). Quatro importantes protagonistas nesse processo foram a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), o grupo que depois passou a ser conhecido como Rede Unida, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), criada em 1986, e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), criada em 1991. No início dos anos 2000, um movimento protagonizado por estas organizações levou o MEC e o Conselho Nacional de Educação (CNE) a substituírem as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina recém formuladas por uma versão construída por essas organizações (PINTO, 2000a; 2000b; LAMPERT, 2002; CRUZ, 2004; CYRINO et al., 2015). Contudo, vista como uma imagem-objetivo do Estado acerca do perfil pretendido para a formação em saúde, as diretrizes curriculares tiveram um efeito muito aquém do esperado na mudança real da formação médica (ROCHA, 2017). Foi também no início dos anos 2000 que houve uma ruptura que levou ao fim da Cinaem depois de 11 anos de funcionamento. Esse processo, fruto da articulação das entidades médicas, não resistiu ao acirramento dos conflitos por diferenças nas visões de mudanças pretendidas entre CFM e Associação Médica Brasileira (AMB), de um lado, e Denem, docentes e outros atores mais próximos à gestão do SUS e à Reforma Sanitária, de outro. Além disso, com a não adoção das propostas da Cinaem pelo Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), essas entidades – que até o fim da Cinaem se contrapunham em conjunto à política para a educação superior do MEC e que criticavam a falta de uma política específica para os cursos de Medicina – passaram, cada uma, a atuar a partir de sua própria organização e questões prioritárias (CRUZ, 2004; ROCHA, 2017).

Com relação à disponibilidade de profissionais de saúde nos serviços para atender a população, pode-se dizer que a insuficiência e má distribuição de médicos, bem como de vagas em cursos de Medicina para formar novos médicos é uma questão de destacada importância na literatura mundial e objeto de políticas públicas em diversos países (CHOPRA et al., 2008; BUYKX et al., 2010; DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010; OMS, 2010). No Brasil o quadro não é melhor e, desde os anos 1960, são propostas políticas que buscam expandir ações de saúde para atender à expressiva parcela da população sem acesso ao sistema de saúde, seja com estudantes ou profissionais formados, provendo profissionais de modo temporário ou objetivando, também, a expansão de serviços de saúde e a consolidação do sistema público de saúde. São os casos do Projeto Rondon, criado em 1967; do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) em 1976; das iniciativas

intermitentes de expansão de escolas médicas, em sua maioria privadas, realizadas a partir dos anos 1990; do Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), em 1993; do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), em 2001; e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), em 2011. Porém, nenhuma dessas medidas chegou a suprir sequer um terço da demanda de médicos para a atenção básica dos municípios, nem conseguiram prover médicos para os 700 municípios mais subatendidos (MACIEL FILHO, 2007; CARVALHO e SOUSA, 2013; COSTA et al., 2014; PINTO, et al. 2017). Destaca-se que o que é visto como problema para um ator ou grupo pode ser encarado como solução por outro. A atuação contra a expansão de vagas em cursos de Medicina, contra a atuação de médicos estrangeiros no país, contra outras medidas que resultem no aumento da quantidade de médicos no mercado de trabalho brasileiro é uma agenda política central para as entidades médicas desde a década de 1970. Já as políticas para provimento médico em áreas com necessidade são admitidas pelas mesmas, contanto que não interfiram na liberdade de escolha dos médicos (CAMPOS, 1985; MACHADO, 1997; GOMES, 2016).

Assim, as questões relacionadas à regulação, formação e provimento médico, embora presentes em programas mais temporários e limitados, não tinham entrado no centro da agenda governamental, como foi o caso com o advento do PMM, em 2013 (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; RODRIGUES, 2013; ALÉSSIO e SOUSA, 2016). No seu lançamento, a justificativa do governo era de que havia a necessidade de mais médicos no SUS. Argumentava-se que a proporção de médicos por habitante no Brasil era excessivamente baixa na comparação com outros países (1,8 médico por mil habitantes em 2013, sendo menor do que a de 27 países dos 33 da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico-OCDE, cuja média era de 3,1 por mil, em 2011) (OECD, 2011). Além disso, a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), modo prioritário de organização da atenção básica no Brasil, havia estagnado há sete anos, e a principal razão apontada em estudos era a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de saúde da família (UFMG, 2009; GIRARDI, 2011; PINTO et al., 2017). A proporção de médicos formados no Brasil também era inferior à média dos países da OCDE (respectivamente 0,74 egressos para cada 10 mil habitantes e 1,06) (MARINS et al, 2014; OECD, 2011) e havia clara concentração dos cursos de Medicina nas maiores e mais ricas cidades e nas regiões Sudeste e Sul do País (BRASIL, 2015). A insuficiência de médicos se agravava, de 2002 a 2012 a quantidade de médicos formados no Brasil correspondeu a apenas

65% do total de empregos médicos criados no mesmo período (UFMG, 2009; GIRARDI, 2011).

A formação de médicos no Brasil não conseguia preparar adequadamente os mesmos para atuar no SUS. Mesmo a ESF tendo sido prioridade na expansão de serviços de saúde desde meados da década de 1990, apenas 1% do total de médicos no Brasil e 5% dos médicos que atuavam nas equipes de saúde da família eram especialistas em Medicina de Família e Comunidade, a especialidade médica que melhor apresenta as competências médicas desejadas para atuar na atenção básica (PÉREZ; LÓPEZ-VALCÁRCEL; VEGA, 2011; DMB, 2013). Esse descompasso entre as necessidades do SUS e a formação de profissionais – quanto ao número, ao perfil de formação e à distribuição territorial da oferta de formação e da força de trabalho - não era um problema exclusivo da atenção básica, era observado também com relação a diversos outros níveis de atenção, especialidades e nos sistemas público e privado de saúde, sendo mais grave no primeiro (ALÉSSIO, 2015; ALÉSSIO e SOUSA, 2016). Muitos países que têm mercados que demandam mais médicos do que formam, como o Brasil, equilibram o *déficit* atraindo profissionais estrangeiros. Contudo, o Brasil é caracterizado por ser protecionista e restritivo no processo de autorização do exercício profissional de médicos formados no exterior, brasileiros ou não. Em 2013, apenas 1,9% dos médicos que atuavam no Brasil eram estrangeiros (DMB, 2013), enquanto nos EUA e Reino Unido esses números passam de um quinto e um terço da mão de obra (AARON et al., 2012; GMC, 2012).

O PMM, criado em 2013, teve uma implementação rápida e considerada de razoável sucesso, tornando-se o maior e mais efetivo programa de provimento médico implementado no Brasil (ALÉSSIO, 2015; ALÉSSIO e SOUSA, 2016; PINTO et al., 2017) e o maior do mundo (OLIVEIRA et al., 2015). No Eixo Provimento, em 2015, quando contou com a maior quantidade de profissionais, eram 18.240 médicos do Programa em mais de quatro mil municípios atendendo 63 milhões de pessoas, sendo que as pessoas atendidas atribuíam ao Programa uma nota média de 9 em 10 (BRASIL, 2015; UFMG/IPESPE, 2015). No Eixo Infraestrutura foram provisionados, aproximadamente, cinco bilhões de reais (R\$ 7,35 bilhões em valores corrigidos a dezembro de 2020 pelo IPCA) para a execução de 26 mil obras de construção de novas UBS e reforma e ampliação das existentes em mais de cinco mil municípios (BRASIL, 2015). O Eixo Formação é considerado por diversos autores como o maior avanço normativo na concretização do princípio constitucional que atribui ao SUS a

responsabilidade por ‘ordenar a formação de recursos humanos em saúde’ (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; ALÉSSIO e SOUSA, 2016; PINTO et al., 2019). Foram publicadas novas Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina, em 2014, implementados o Cadastro Nacional de Especialistas, em 2015, e a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem), em 2016. De 2013 a 2018 foram criadas, aproximadamente, treze mil novas vagas de graduação nos cursos de medicina. Com isso, a diferença no número de vagas por habitantes entre as regiões do país foi reduzida, sendo maior nas regiões Sudeste/Sul do que Norte/Nordeste. A quantidade de vagas em cidades do interior ultrapassou àquelas oferecidas em capitais. Também foram criadas mais de dez mil vagas de residência médica, conseguindo garantir um número de vagas superior ao número de estudantes egressos dos cursos de Medicina (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al., 2015; ALÉSSIO e SOUSA, 2016; PINTO et al., 2017; MORENO e OLIVEIRA, 2018; OLIVEIRA et al. 2019; PINTO et al., 2019). Hoje há dezenas de publicações nacionais e internacionais que analisam seus resultados, não somente avaliando sua implementação, mas já considerando seus efeitos conforme os objetivos de cada Eixo (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016; PINTO et al., 2017; MEDINA et al., 2018; RIOS e TEIXEIRA, 2018; FERLA et al., 2019; ÖZÇELİK, 2020).

Não obstante, sua formulação e implementação foi bastante conflituosa, como é abordado ao longo da tese. Especialmente após o seu lançamento, o PMM sofreu intensa oposição das entidades médicas. Criado por meio de uma Medida Provisória (MP) o processo de discussão da Lei foi caracterizado por um acirrado debate público, amplamente noticiado pela grande mídia, que teve também o Poder Judiciário como uma das arenas de embate entre o governo e as entidades médicas.

O PMM, seja por sua abrangência, efeitos, inovações ou volume de recursos mobilizados³, é um programa que não apenas esteve no centro do debate público nacional, desde sua criação, em 2013, até a sua descaracterização, no início do Governo Bolsonaro, em 2019, como também se tornou objeto de estudo e discussão na literatura e entre gestores em nível internacional. Entre outros motivos, pelo tamanho e velocidade de implementação e por

³ No ano de 2014, segundo o Sistema Integrado de Finanças Públicas (SIAF), considerando os gastos dos Ministérios da Saúde, Educação e Defesa, foram empenhados recursos para o PMM na ordem de 2,81 bilhões de reais chegando a 3,44 bilhões no ano de 2017 (3,91 bilhões em valores corrigidos a dezembro de 2020 pelo IPCA), quando teve seu maior orçamento.

ter articulado medidas nas quatro categorias de intervenção recomendadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2010) para ações de provimento e formação de recursos humanos em saúde em áreas subatendidas, a saber: intervenções educacionais, regulatórias, econômicas e para apoio profissional e pessoal⁴. Há mais de quatro centenas de artigos, dissertações e teses publicados sobre o PMM. Contudo, somente 20 analisaram a entrada do PMM na agenda governamental e sua formulação, sendo que apenas em 14 isso foi um dos objetivos da análise. Apenas seis analisaram o Programa como um todo, considerando seus três Eixos.

De maneira inédita, esta tese analisa a entrada na agenda governamental e a formulação do PMM, abordando os três Eixos do PMM de forma integrada, utilizando um quadro teórico que tem base em teorias da Análise de Políticas Públicas, recortando um período temporal que contempla 2003 a 2018, com o objetivo de identificar o que impediu que algo similar ao PMM fosse criado antes de 2013, bem como legados históricos que influenciaram a sua criação e a forma com a qual foi implementado, sem deixar de valorizar na análise o papel da agência dos atores sociais em situações conjunturais bem singulares. A pesquisa apresentou uma visão alternativa à predominante na literatura sobre o PMM, de modo que dialoga com a literatura, reforçando, questionando ou refutando explicações apresentadas em outros estudos, com o objetivo de contribuir com a produção de conhecimento específica sobre o PMM.

A pesquisa também contribui com a produção de conhecimento para a análise, em geral, de políticas de regulação, formação e provimento de profissionais de saúde. Por isso, há a preocupação de caracterizar os subsistemas saúde e educação, as áreas de interface entre esses subsistemas e os atores sociais envolvidos com questões e políticas dessa área que, internacionalmente, é conhecida como recursos humanos em saúde e que, no Brasil, tem sido tratada como gestão da educação e do trabalho em saúde. E, para além de contribuir com conhecimentos passíveis de serem aplicados em contextos de políticas de saúde similares, a pesquisa buscou ampliar a compreensão sobre a emergência e formulação de políticas públicas inovadoras em ambientes de forte resistência à sua formulação. Em especial, naqueles em que há disputa entre propostas de ampliação de sistemas de proteção social

⁴ Trata-se de documento de referência da OMS sobre o assunto. Essas quatro categorias de intervenção são detalhadas no capítulo 3, especialmente no Quadro 2, e retomadas na conclusão.

abrangentes com fortes controles públicos e propostas de manutenção ou ampliação dos interesses e mecanismos de mercado na conformação da oferta e demanda de serviços e bens. Devido ao período analisado, é possível também lançar luz em outras investigações que abordam políticas sociais nos Governos Lula e Dilma, quando esteve à frente do Poder Executivo nacional a coalizão liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Por fim, o estudo pode contribuir tanto com o campo da Saúde Coletiva quanto o de Análise de Políticas Públicas em razão do diálogo que faz com quadros analíticos e teóricos de ambos, buscando, inclusive, fazer algumas recomendações e generalizações que podem ser utilizadas em análises futuras.

Sintetizadas a questão que a política em análise tomou como objeto, o desenho do PMM e apresentada a justificativa da importância e potencial contribuição acadêmica da pesquisa, é necessário agora apresentar os objetivos e questões de pesquisa que orientaram a investigação e o modo como ela está organizada. As quatro questões que a pesquisa buscou responder foram: 1- Como aconteceu e quais atores e suas ideias participaram do processo que conduziu à inserção na agenda governamental da questão (*issue*) das insuficiências na oferta e formação de médicos e da formulação do PMM como solução? 2- Qual o formato do PMM e por que ele foi formulado com esse formato e não outro? 3- Quais atores, ideias e instituições influenciaram no processo de formulação dessa política? 4- Por que algo similar ao PMM só pode acontecer em 2013?

A pesquisa teve como objetivo geral analisar quais atores que participaram do processo que conduziu à inserção na agenda governamental da questão (*issue*) das insuficiências na oferta e formação de médicos no Brasil e do processo de formulação do PMM como solução. Esse objetivo foi desdobrado em dois objetivos específicos: analisar por que e como o problema de política pública objeto do PMM – e o próprio programa – entraram na agenda governamental e por que prevaleceu a forma e conteúdo com o qual foi implementado; e analisar os processos de inserção na agenda governamental da questão das insuficiências na oferta e formação de médicos e de formulação do PMM, incluindo a importância para a explicação da política de fatores como os processos macrosociais, os arranjos institucionais, a ação de atores individuais e coletivos e seus imperativos cognitivos e normativos. Para conseguir analisar esses processos e responder às questões de pesquisa foram buscados referenciais teóricos na sociologia que apoiaram as análises da relação entre agência e estrutura e acerca dos fatores que influenciam a produção de políticas públicas. Um

grande tema da sociologia é o grau de liberdade que os sujeitos e grupos sociais têm para tomar decisões e realizar ações e o quanto isso é constrangido e influenciado por elementos da estrutura social. Relacionando-se diretamente com a questão da reprodução social e das possibilidades e oportunidades de mudança, este referencial foi ainda mais importante para analisar a produção de uma política com as características do PMM. Nele, observa-se constrangimento estrutural e, ao mesmo tempo, não pode ser compreendido sem colocar no centro da análise a agência de atores, individuais e coletivos que conseguiram superar alguns desses constrangimentos. Além disso, uma das maiores contribuições da sociologia ao campo de Análise de Políticas Públicas é o estudo da influência de fatores envolvidos na mudança da ação do Estado, tais como atores sociais, instituições, fatores socioeconômicos e imperativos cognitivos e normativos.

O segundo capítulo desta tese trata do referencial teórico-metodológico utilizado na pesquisa. Nele é construído um quadro analítico que tem base no Neoinstitucionalismo Histórico e que combina elementos de duas mesoteorias do campo de Análise de Políticas Públicas, a Teoria da Mudança Institucional Gradual e a Teoria dos Múltiplos Fluxos, cujos modos de uso e papéis que tiveram na pesquisa são tratados ao longo da tese. Neste capítulo, discute-se ainda a metodologia empregada na pesquisa, a delimitação do objeto, a implicação do autor e como isso foi tratado metodologicamente.

O terceiro capítulo fez um estudo teórico da Medicina enquanto profissão. Buscou compreender suas relações com a estrutura social, os elementos que explicam um comportamento tão regular, no Brasil, no mundo e ao longo da história, dos atores coletivos dessa profissão na manutenção de sua condição social e profissional e, ainda, o modo como tem atuado para bloquear políticas similares ao PMM. Há, também, um estudo de como no Brasil e no mundo têm sido tratadas a questão das insuficiências da oferta e formação médicas nos sistemas de saúde e as soluções construídas para enfrentá-la, com o principal objetivo de compreender os mecanismos de reprodução e mudança da ordem social analisada e de identificar legados históricos que influenciaram os processos de entrada na agenda governamental e formulação do PMM. Foi, ainda, analisada a ordem mesossocial que compõe os subsistemas de saúde e educação no Brasil, destacando arranjos institucionais, arenas e atores sociais coletivos que têm atuado nele nos últimos anos.

A questão central que o quarto capítulo tenta responder é por que algo similar ao PMM não aconteceu no período 2003 a 2010? Para isso, investiga o processo de formação da

agenda e formulação das políticas de regulação, formação e provimento médicos, propostas ou implementadas no período anterior à produção do PMM. O intervalo de tempo escolhido foi de 2003 a 2010, quando esteve à frente do Poder Executivo federal uma coalizão governante com valores, objetivos e agenda política – de um modo geral e, também, nas políticas de saúde e educação - similares ao do grupo que governou de 2011 a 2016 e que foi responsável pela construção do PMM. Foram analisados o contexto político, os atores que estavam na direção dos subsistemas saúde e educação, a agenda política prioritária para esses setores, as soluções propostas e os processos que fizeram com que elas seguissem adiante e fossem implementadas ou abandonadas.

O capítulo cinco focou na questão de pesquisa ‘o que tornou o PMM possível?’ Assim, analisou-se o processo de entrada na agenda governamental do PMM abrangendo o período de novembro de 2010, quando a Presidenta Dilma Rousseff foi eleita e aconteceram as primeiras discussões na transição governo, até a decisão de anunciá-lo publicamente em junho de 2013, no calor das ‘jornadas de junho’. Foi feita uma análise que comparou esse período ao anterior, portanto, considerando todos os elementos analisados no capítulo 4. Além disso, foram analisados também outros fatores identificados como responsáveis pela entrada na agenda governamental do PMM, como a evolução de consequências da insuficiência da oferta e formação de médicos; a implementação de soluções que, embora tenham conseguido enfrentar parcialmente o problema, mostraram-se insuficientes; a atuação persistente de atores políticos que buscaram empreender a política; e, ainda, mudanças no contexto político decisivas para a tomada de decisão de implementação do PMM.

No capítulo seis foi analisado o processo de formulação do programa com especial atenção para o que ocorreu quando a arena de disputa do PMM passou a ser também o Judiciário, o debate público amplo nos grandes veículos de comunicação e o Legislativo, na conversão da MP na Lei que instituiu o PMM. Houve um importante processo de (re)formulação do Programa no Congresso Nacional. Contudo, ao contrário do que poderia ser esperado, tendo em vista a força das entidades médicas no Congresso e a perspectiva conservadora desta Casa em termos de assuntos profissionais, as mudanças realizadas, principalmente no Eixo Formação, fizeram o PMM ampliar ainda mais o seu potencial de mudança no *status quo* aproximando-se de objetivos, valores e ideias do Movimento Sanitário. No capítulo tenta-se compreender como isso foi possível respondendo às últimas questões de pesquisa: ‘qual o formato do PMM e por que ele foi formulado com esse

formato’? e ‘quais atores, ideias e instituições influenciaram no processo de formulação dessa política’?

A conclusão da tese é apresentada no sétimo capítulo, no qual é feito um balanço atualizado da situação e efeitos do programa identificando, inclusive, o que foi paralisado ou mesmo retirado da Lei em decorrência da ação das entidades médicas após a mudança da situação conjuntural e correlação de forças nos subsistemas saúde e educação com a derrubada da Presidenta Dilma Rousseff em 2016. Além disso, trata das contribuições e limites da tese e sobre possibilidades de desenvolvimento de novos estudos.

2 A CONSTRUÇÃO DE UM QUADRO TEÓRICO PARA ANALISAR PROCESSOS QUE RESULTARAM NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS TEMPOS DEPOIS

O objeto da tese é o Programa Mais Médicos (PMM), uma política pública nacional que buscou enfrentar insuficiências na oferta e formação de médicos no Brasil. Como outras, essa ação estatal pode ser estudada por diferentes perspectivas. Com Iñiguez (1994), entendemos que a teoria pode ser utilizada como uma caixa de ferramentas que permite abrir novas visões, enfoques e abordagens de estudo, em um processo no qual o analista torna-se um artífice e envolve-se com aquilo que estuda. Com Silva e Pinto (1986), reconhecemos que, quando buscamos conhecer a realidade social, utilizamos quadros categoriais e operadores lógicos de classificação e ordenação em processos complexos influenciados pelas nossas necessidades, vivências e interesses, a fim de construir instrumentos que nos proporcionam informações sobre essa realidade e modos de torná-la inteligível. Assim, o objeto analisado é, ao mesmo tempo, “um constructo social e um constructo de pesquisa” (MULLER E SUREL, 2002, p.12). Por esses motivos apresentamos neste capítulo a construção do quadro teórico-metodológico, a delimitação do estudo e do objeto da pesquisa e considerações sobre nossa implicação com o objeto e como tentamos tratá-la metodologicamente. Está aqui o resultado de um esforço de ampliação do referencial teórico-metodológico, demandado pelo objeto em análise e oportunizado por contribuições da Sociologia e do campo de Análise de Políticas Públicas. O capítulo está dividido em seis seções: a 2.1 trata de uma questão importante na Sociologia, a relação agência-estrutura e dos fatores que, classicamente, são entendidos como aqueles que influenciam a produção de políticas; a 2.2 trata das ordens sociais nas quais as políticas são produzidas e da relação delas com o Estado e os grupos sociais; a 2.3 de conceitos, mesoteorias e teorias do campo de Análise de Políticas Públicas que contribuíram no estudo do PMM; a 2.4 da delimitação da pesquisa, de seu objeto e dos aspectos teórico-metodológicos; e a 2.5, e última, da implicação do autor e de como isso foi tratado no processo de pesquisa.

2.1 LIMITES E LIBERDADE DOS AGENTES E FATORES QUE INFLUENCIAM A PRODUÇÃO DE POLÍTICAS

Os fenômenos sociais não podem ser explicados como a soma de comportamentos de indivíduos, nem como um comportamento social fruto da extrapolação ou generalização de atitudes e comportamentos individuais. Para Silva (1986), as ações de cada indivíduo recebem influência, conscientes ou não, de diversos fatores próprios dos grupos humanos e isso é tão ou mais importante para analisar um fenômeno que a razão e sentido que o próprio sujeito dá ao que faz. Por esse motivo, a análise sociológica investiga, fundamentalmente, os vários modos como as ações dos sujeitos são influenciadas por relações estabelecidas ao nível dos grupos e organizações nos quais eles se inserem e cujas características as próprias ações produzem, reproduzem e transformam (SILVA, 1986). Nesta seção, discute-se primeiro os modos de explicar essa relação entre a liberdade de ação dos agentes e os fatores que influenciam e limitam essa ação - a relação ‘agência/agente’ e ‘estrutura’ -, que são, para Domingues (2001), o que distingue entre si as diferentes teorias sociológicas do século XX. Depois, são examinados alguns fatores que a literatura de Análise de Políticas Públicas considera que são os mais importantes na explicação da criação e mudança das políticas públicas.

Na obra de três autores clássicos da sociologia, Marx, Durkheim e Weber, encontra-se a relação entre agência e estrutura analisadas de modos diferentes. Em Marx o conceito de ‘práxis’ articula a ação do sujeito às condicionantes externas a ele e às relações com outros sujeitos, e o conceito de ‘classe social’ as circunscreve como entidades históricas da luta de classes, com base na dialética das contradições ligadas aos seus lugares estruturais, na relação entre capital e trabalho e entre dominantes e dominados (MARX, 1978). Em Durkheim a conceituação do ‘fato social’ envolve as ‘instituições’ como ‘estruturas’ externas aos sujeitos que constroem suas escolhas e ações com o objetivo da solidariedade e coesão sociais (DURKHEIM, 2009). Para Weber, em sua teorização sobre a interação e os sentidos da ação, os interesses governam a conduta humana e as imagens do mundo, criadas por ideias, têm o poder de determinar ações humanas, subjetivamente significadas e significantes (WEBER; GERTH; MILLS, 1982; WEBER, 2003).

Na segunda metade do século XX, sociólogos como Bourdieu e Giddens, por exemplo, ocuparam-se de enfrentar tanto perspectivas da primeira metade do século, com

vieses funcionalistas ou deterministas que concebiam os sujeitos com quase nenhuma capacidade de agência ante as funções do sistema social ou sob o efeito da total determinação das estruturas, quanto perspectivas que buscavam explicar os fatos sociais a partir da generalização das ações de indivíduos, ou mesmo que só acreditavam ser possível compreender as ações de sujeitos específicos considerando suas razões e condições singulares. Bourdieu dedicou-se à empreitada de articular a relação agência e estrutura buscando mostrar sua reciprocidade pressupondo uma relação de mão dupla entre estruturas objetivas e estruturas incorporadas que estariam ligadas a um ‘campo’, que pode ser definido como um microcosmo social, uma ‘ordem social local’, com autonomia relativa, regras específicas e que influencia as ações dos agentes conforme a posição que eles ocupam na estrutura desse campo (BOURDIEU, 1996).

Giddens construiu uma articulação entre agência e estrutura em sua teoria da estruturação (GIDDENS, 1989). Aponta que o objeto da Sociologia, o processo de produção e reprodução da sociedade é o resultado complexo da ação ativa dos membros dessa sociedade, que não agem motivados somente por interesses individuais, mas também buscam cooperação em nome da sobrevivência e melhoria das condições de vida, de si e do grupo. Côrtes e Silva (2010) observam que, para Giddens, as estruturas não têm existência independente da ação dos sujeitos, elas somente existem na medida em que são reproduzidas nas e através das ações dos sujeitos. Mas em que termos isso acontece? Qual o grau de consciência e de liberdade têm os agentes para agirem? Para Giddens, existem mecanismos causais que têm seus efeitos independentemente das razões dos indivíduos que, embora sejam agentes dotados de “capacidade cognoscitiva, monitorando reflexivamente o fluxo de interação recíproca” (GIDDENS, 1989, p. 24), essa monitoração é limitada. Esses fatores seriam de dois tipos: ‘influências inconscientes’ e ‘influências que afetam as circunstâncias da ação’. Mesmo a consciência dos agentes teria dois níveis: uma ‘consciência discursiva’, quando o agente consegue explicar o que faz, por quê e pra quê faz, e uma ‘consciência prática’, que envolve um conhecimento mais tácito que proporciona uma capacidade genérica de reagir a uma gama indeterminada de circunstâncias sociais, sem que, necessariamente, o agente compreenda discursivamente o que, por quê e pra quê faz aquilo. A consciência das regras sociais seria expressa, sobretudo, nessa modalidade de consciência prática. A ação dos agentes tem ‘condições não reconhecidas’ e ‘consequências não premeditadas’ pelo próprio e ambas são centrais para entender como a ação dos agentes é influenciada pelas estruturas, mas, ao

mesmo tempo, reproduzem/transformam essas mesmas estruturas. Estas, para Giddens, são regras e recursos envolvidos na produção e reprodução dos sistemas sociais e os meios recursivamente envolvidos em ‘instituições’ - entendidas como os aspectos mais duradouros da vida social. As estruturas não seriam externas aos indivíduos, estariam marcadas na memória e nas práticas sociais dos sujeitos. Além disso, a “estrutura não deve ser equiparada a constrangimento e coerção, mas é sempre, simultaneamente, restritiva e facilitadora” (GIDDENS, 1989, p. 20), porque também é poder que se exerce ao mobilizar recursos e ter capacidades para o fazer, e, ao reproduzirem propriedades estruturais, os agentes também reproduzem as condições que tornam possível tal ação.

Do ponto de vista da pesquisa empírica, Giddens observa que os elementos normativos dos sistemas sociais são alegações contingentes que têm de ser sustentadas e demonstradas como recursos e sanções efetivas, direitos normativos e obrigações, nos contextos de encontros reais. Para ele, “analisar as atividades situadas de atores estrategicamente localizados significa estudar”: as conexões entre explicações que apresentam-se em seus contextos específicos de ação e explicações que levam em consideração contextos mais amplos; a “incrustação de suas atividades no tempo” e em que medida elas reproduzem práticas estabelecidas desde longas datas; e “os modos de distanciamento tempo-espço que ligam as atividades e relações em questão a características das sociedades globais ou sistemas intersociais” (GIDDENS, 1989, p. 242-243).

Côrtes e Lima apontam que vários estudos têm criticado a obra de Giddens com relação “à ênfase exagerada no conhecimento dos atores sobre as instituições, ao viés voluntarista e à subestimação do funcionamento subjacente das instituições (Archer, 1990; Hoggett, 2001; McAnulla, 2002; Williams)” (CÔRTEES e LIMA, 2012, p. 44). Côrtes e Silva, com base em Hoggett (2001), criticam o conceito de “escolha” de Giddens como pressupondo um ator que consegue escolher com muita liberdade e não imerso nas relações e redes sociais que ele integra. Hogget (2001) contrapõe o pensamento de Bauman (1933 apud HOGGET, 2001) ao de Giddens quando observa que o primeiro analisa o momento de liberdade que está ligado à realização de uma escolha, compreendendo que o sujeito é também impulsivo e apaixonado, que age em contextos caracterizados por ambivalência, confusão, ambiguidade e tragédia; que esses momentos de escolha acontecem em encontros urgentes e contingentes nos quais tomam-se decisões pressionados por necessidades, expectativas, fantasias e sentimentos. Côrtes e Silva concluem com Hoggett (2010) que os atores sociais, em especial os atores

estatais, “refletem e agem sobre as circunstâncias em que se encontram e sobre as melhores estratégias de ação a serem adotadas, imersos em contextos institucionais e políticos que limitam as possibilidades de escolhas estratégicas”, assim eles agiriam “constrangidos e estimulados pelas relações e redes sociais que construíram ao longo de suas trajetórias políticas” (CÔRTEZ e SILVA, 2010, p. 44). Contudo, Côrtes e Silva entendem que a teoria de Giddens (1996) “trouxe a noção de agência para o centro do debate teórico em diversos campos da teoria social, marcadamente na Sociologia Política” (CÔRTEZ e SILVA, 2010, p. 432) e que “inspirou análises que focalizam a ação humana, em contraste com estudos baseados nas vertentes do institucionalismo que enfatizam, principalmente, estruturas e instituições como condicionantes da ação” (CÔRTEZ e SILVA, 2010, p. 432). Consideram, ainda, que essa ênfase na agência provocou as correntes do neoinstitucionalismo – que, para os autores, são os modelos analíticos mais utilizados atualmente na Análise de Políticas Públicas – a desenvolver recursos teóricos para explicar a mudança social e para melhor articular as dimensões de análise ‘micro’, ‘meso’ e ‘macrossociais’.

Offe (1989) defende a necessidade de as análises macrossociológicas considerarem o papel dos agentes individuais e seus estilos de reação e de terem claro que as estruturas não se traduzem diretamente em resultados e que fazem isso através das reações, interpretações, memórias, expectativas, crenças e preferências dos agentes. Korpi (2006), analisando grandes agrupamentos sociais, destaca a distribuição dos recursos de poder entre grupos e classes sociais – como trataremos à frente –, diz que essa distribuição moldará as ações das pessoas e grupos de várias maneiras e que essas ações, por sua vez, afetarão a estrutura social, bem como a distribuição de poder.

O modo como se entende a relação entre agência e estrutura, sobre o que motiva e influencia a ação dos sujeitos e coletivos, qual o grau de liberdade que esses sujeitos têm para tomar as decisões e sobre qual a capacidade que eles têm, e como podem interferir no processo social em prol de sua conservação ou mudança são questões centrais no estudo de políticas públicas. Assim, em primeiro lugar, é necessário afirmar que no quadro teórico dessa pesquisa evitou-se alguns extremos no modo de considerar o sujeito e suas ações: ambos não são vistos como resultados diretos do efeito das estruturas; tampouco considera-se o indivíduo como um *homo economicus* que age motivado exclusivamente por interesses individuais conscientes, com liberdade de analisar racionalmente as informações e decidir qual curso de ação seguir; nem parte-se da compreensão do sujeito super socializado e integrado que age em

função da maximização da ordem e da coesão entre os grupos daquele sistema social que, em última análise, é quem explica e dá sentido à ação do sujeito, mesmo que, para o próprio, ela seja sem sentido. Em lugar disso, entende-se que os atores sociais são sujeitos com capacidade cognoscitiva que monitoram reflexivamente o fluxo de interação recíproca, que agem buscando realizar seus objetivos – que incluem seus interesses e desejos - pressionados por sentimentos, valores e preocupações, que são constrangidos, influenciados e motivados por instituições, relações e redes sociais, e que têm capacidade de explicar apenas parte dos fatores que influenciam sua ação. Esta, por sua vez, é entendida como fruto de escolhas feitas em contextos ambivalentes e circunstâncias que condicionam as ações possíveis.

Mas analisar uma política pública é mais que analisar a ação de sujeitos e grupos sociais, é entender também quais são os fatores que influenciam a ação do Estado e como isso se dá. Então, é necessário aprofundar a análise sobre esses fatores, sobre o próprio Estado e sua relação com os grupos sociais. Começando pelo primeiro ponto, Côrtes e Lima (2012) identificam contribuições da Sociologia à Análise de Políticas Públicas no estudo da influência de três fatores na produção de políticas: o papel dos imperativos cognitivos e normativos, dos atores e grupos sociais e das estruturas e instituições, que, embora possam ser separados analiticamente, estão profundamente relacionados. Cada um desses fatores é analisado à frente.

Campbell (2002) defende que o que os atores sociais acreditam é tão importante quanto o que eles querem. Côrtes e Lima (2012, p. 41) afirmam que imperativos cognitivos e normativos designam “ideias, teorias, modelos conceituais, normas, visões de mundo, quadros de referência, crenças e princípios” e oferecem descrições e análises que estabelecem relações de causa e efeito compartilhadas e consideradas centrais e pouco questionáveis pelos atores sociais. Para Côrtes e Silva, baseando-se em Peters, Pierre e King (2005 apud CÔRTESE SILVA, 2010 p. 431) “é difícil conceber mudanças institucionais e políticas que não sejam impulsionadas por ideias sobre arranjos e resultados políticos desejáveis, compartilhadas por atores que exercem agência dirigindo a mudança”. Barcelos (2015) considera que a ação dos fazedores de política é influenciada por interações sociais que se estruturariam a partir de ideias, crenças, percepções e visões de mundo, que constituem a realidade na forma como é percebida pelos atores. Os indivíduos filtram suas percepções por meio de seus sistemas de crenças e tendem a aceitar informações que reforçam as mesmas e ignoram aquelas que as desafiam. Assim, ideias e discursos criariam percepções e visões em relação ao “o que” e

“como” fazer. Seriam, então, imperativos cognitivos que, ao mesmo tempo, constituiriam a visão de mundo dos atores e, também, serviriam como importantes recursos estratégicos a serem utilizados na luta por influir no debate público.

Do ponto de vista metodológico foi importante considerar a tipologia de ideias de Campbell (2002) na identificação de imperativos cognitivos e normativos que influenciaram a ação de sujeitos e grupos ou que por eles eram propostos para orientar uma política ou a ação dos demais. Para este autor, ideias podem ser entendidas como ‘paradigmas cognitivos’ e ‘visões de mundo’ com poder de restringir o universo de escolhas políticas consideradas pelos fazedores de política; ‘estruturas normativas’ que podem fazer com que esses atores atuem mais conforme uma lógica moral ou social do que com uma lógica de consequencialidade ‘técnica objetiva’; ‘cultura mundial’, que pode explicar similaridades de políticas por meio de paradigmas cognitivos transnacionais; ‘enquadramento’, cuja finalidade é mais instrumental e um ator tenta tornar uma política mais aceitável ao debate público; e ‘ideias programáticas’ que estariam mais relacionadas a causas e efeitos que facilitariam a formulação de soluções para problemas particulares a serem abordados pela política pública.

Os grupos sociais podem ser entendidos como “atores coletivos formados por secções da sociedade, que são denominados de diferentes maneiras conforme a teoria social empregada”, sendo o exame desses segmentos sociais uma das “preocupações centrais da sociologia” para caracterizar a organização estratificada da sociedade (CÔRTES e LIMA, 2012, p. 37). Para classificar grupos sociais que agem na esfera política, a Sociologia Política tem empregado os conceitos de atores estatais e societais, dividindo estes últimos em atores da sociedade civil e do mercado. Segundo as autoras, a fonte teórica desse uso poderia ser encontrada em estudos de Gramsci (2004 apud CÔRTES e LIMA, 2012), Touraine (1981 apud CÔRTES e LIMA, 2012), Melucci (1985 apud CÔRTES e LIMA, 2012) e, principalmente, em Habermas (1989 apud CÔRTES e LIMA, 2012) e seus seguidores. Em síntese, os atores estatais seriam indivíduos que ocupam cargos de direção e/ou têm vínculo com organizações governamentais do Executivo, Legislativo ou Judiciário e seriam compelidos a agir em ambientes regidos pelo poder. Os atores de mercado estariam relacionados à noção de economia de mercado e seriam compelidos a agir em ambientes regidos pelo dinheiro, buscando controlar e administrar a produção e maximizar seus lucros. Por sua vez, os atores sociais, associados ao conceito de sociedade civil, não visariam à

tomada do poder do Estado nem a organização da produção e sim ao exercício de influência por meio da participação (CÔRTES e LIMA, 2012).

Contudo, alguns atores podem ser identificados em mais de uma dessas condições e em posições ambíguas entre essas. Podem, também, associarem-se a atores de diferentes tipos e com distintas inserções para o alcance de um objetivo comum, além de compartilharem interesses mínimos, ideias, objetivos e propostas. Daí a importância do conceito de “comunidade de políticas” (*policy communities*) que tem relação com estudos da sociologia que privilegiaram análises de redes sociais, nos quais a sociedade é percebida como redes de indivíduos e grupos em relação constante e recíproca (ELIAS, 1994 apud CÔRTES e LIMA, 2012). Côrtes (2009) argumenta que esse conceito se refere a um número limitado e relativamente estável de membros que compartilham objetivos, valores e visões sobre quais deveriam ser os resultados de uma política setorial. Podem ser compostas por atores situados no Estado e na sociedade e se constituem a partir das relações de atores individuais e coletivos no interior de redes existentes em áreas específicas de políticas públicas. As comunidades de políticas agiriam tentando afetar processos decisórios, inclusive atuando em espaços fora do processo político visível. Mesmo que criem subdivisões internas, a unidade mantém-se enquanto houver consenso político e ideológico em torno de uma determinada visão sobre a “explicação para os principais problemas da área em que atua e, principalmente, sobre um conjunto básico e essencial de propostas” (CÔRTES, 2009, p. 1627-1628). Trata-se de um conceito importante nesta pesquisa por permitir a identificação e análise de grupos de atores e suas redes sociais que estão inseridos em diferentes espaços ocupando distintas posições institucionais, que defendem ideias e projetos e tendem a agir mirando objetivos (que incluem interesses comuns) influenciados por certos imperativos normativos e cognitivos que compartilham.

Sobre a relação entre atores, ideias e instituições, Côrtes e Lima (2012) apontam que as categorias cognitivas e normativas, que dão às normas sociais sua força, também são condição para a formação de redes sociais estruturadas que funcionam como ‘esqueletos’ dos espaços sociais no qual são produzidas as políticas. Redes sociais e normas sociais formam-se mutuamente e, enquanto redes geram hierarquias que colaboram na definição e na eficácia das regras, “normas sociais dão forma às estruturas e condicionam comportamentos individuais e grupais” (CÔRTES e LIMA, 2012 p. 40). As instituições são um tema clássico na Sociologia, centrais na obra de Durkheim e de Weber, consideradas as principais fontes de ordem social e

previsibilidade, caracterizadas pela regularidade de comportamento e por sanções àqueles que não as seguem, e reconhecidas como importante fator causal das políticas públicas. Com base em Ostrom (2007 apud CÔRTEZ e LIMA, 2012), as autoras afirmam que as instituições podem designar organizações responsáveis por inculcar normas sociais em grupos e indivíduos e, também, podem designar regras e prescrições compartilhadas entre seus membros - no sentido do que se deve e pode ou não fazer. Essas normas sociais seriam entendidas pelo grupo e implementadas por agentes responsáveis por monitorar condutas e impor sanções. Apontam que os modelos analíticos neoinstitucionalistas focam na análise do papel da arquitetura institucional que estruturaria as relações no espaço de produção da política e determinariam resultados sociais e políticos e que a predominância dessa abordagem na Análise de Políticas Públicas colaborou para a construção de uma agenda internacional de pesquisas que busca entender, por exemplo, como arranjos institucionais colaboram para a produção de resultados diferentes das preferências dos atores individuais ou coletivos situados no topo das hierarquias sociais.

Mas haveria a preponderância de algum desses fatores na explicação da produção (construção, reprodução e mudança) das políticas? Uma pesquisa que busca explicar a produção de uma política precisa identificar qual desses fatores foi o mais importante? John (2003) defende que redes, escolhas, ideias, instituições e processos socioeconômicos interagem entre si, e essa é uma afirmação mais verdadeira do que dizer que qualquer um desses fatores impulsiona os demais (JOHN, 2003). Porém, alerta que uma teoria simples pode impor uma tautologia ou extrapolar um conjunto de modelos parciais de ação política para o todo do processo político. E uma teoria muito complexa pode apoiar uma boa descrição do objeto, fornecendo explicação da ação humana baseada em um contexto e na compreensão dos vínculos e relações sociais, mas não conseguir explicar processos que possam ser extrapolados em outros estudos tendo, portanto, uma utilização limitada. Nessa linha, compartilhamos com Côrtes e Lima (2012) o entendimento que, apesar de atores, com seus objetivos e relações, imperativos cognitivos e normativos, bem como instituições poderem ser separados analiticamente, esses três conjuntos estão profundamente relacionados no estudo das políticas. Como John (2003) consideramos que não existe um '*a priori*' sobre a influência de um fator destes ser maior que os demais, eles seriam contingentes entre si e um não é logicamente nem empiricamente anterior ao outro. Portanto, a preponderância de um fator ou outro em uma dada situação e momento é uma questão empírica que deve ser analisada no

processo concreto de pesquisa, no qual, ante decisões, ações, processos e acontecimentos interroga-se a influência de cada um desses fatores e da combinação entre eles, amplia-se as hipóteses explicativas consideradas, testa-se com o material de pesquisa e literatura disponível e busca-se qualificar a explicação. Um labor empírico-teórico que evita impor à realidade um modelo ideal, particular e determinado e, ao mesmo tempo, se recusa a apenas descrever o objeto em análise, pouco contribuindo com a construção teórica metodológica dos instrumentos analíticos que permitirão a construção deste objeto.

Com efeito, na análise da produção do PMM ficou evidente que ideais e instituições moldaram preferências e objetivos dos atores, individuais e coletivos, estimularam e limitaram escolhas e comportamentos. Imperativos cognitivos e normativos compartilhados com grupos, organizações e redes de relações interferiram em seus interesses, seus objetivos. Posições ocupadas por eles em um dado arranjo institucional de uma determinada ‘ordem social local’ proporcionaram aos atores diferentes recursos para agir, possibilitaram caminhos que agregaram mais recursos a quem os trilhou, exigiu maior esforço para desvios alternativos e estabeleceu limites e gerou reações a quem tentou confrontá-los. Assim, metodologicamente, foi central analisar, a partir de um recorte histórico mais amplo do espaço social no qual foi produzido o PMM, arranjos institucionais e ideias que influenciaram o pensamento, objetivos e as ações dos diferentes atores sociais ao longo das décadas. Junto a isso, buscou-se analisar, também, em cada contexto e conjuntura concreta, em cada processo considerado importante na produção do PMM, como aqueles atores específicos pensaram e agiram diante de situações problemáticas e acontecimentos, quais imperativos cognitivos e normativos e estratégias caracterizam sua ação, o quanto e como sua agência reproduziu a estrutura e o quanto e como atuou para sua transformação.

Nessa análise, a combinação e contribuição dos diferentes fatores causais precisam ser aplicadas a espaços macrossociais, sociais e mesossociais onde o objeto em análise foi tratado e produzido, ou que influenciaram esse tratamento e produção. Esses espaços e sua relação com os grupos sociais e o Estado é o tema da próxima seção.

2.2 SUBSISTEMAS, GRUPOS SOCIAIS E O ESTADO NA PRODUÇÃO DE POLÍTICAS

O processo de produção das políticas nas sociedades contemporâneas implica divisão do trabalho, especialização dos arranjos institucionais e das burocracias estatais e dos atores, sejam os responsáveis institucionalmente por sua formulação e gestão, sejam aqueles que buscam influenciá-la. Políticas como educação, saúde, transporte, meio ambiente, entre outras, são cada vez mais produzidas deste modo e não podem ser adequadamente analisadas considerando somente o sistema político, nem considerando que esses espaços coincidem com a organização pública encarregada formalmente de sua formulação, implementação ou avaliação. Por isso, a literatura recente tem privilegiado a análise dos ‘subsistemas de políticas públicas’, que podem ser compreendidos como uma unidade de análise útil para compreender e explicar a mudança de política. Um subsistema é um ‘espaço social’ delimitado de produção de uma política que integra o grande sistema político, mas tem relativa autonomia e dinâmica própria. Tem uma estrutura constitucional básica composta por regras e arranjos institucionais, arenas, alocações de recursos e compromissos. Nos subsistemas atuam e interagem diversos atores, de diferentes origens além do tradicional "triângulo de ferro" - dirigentes e funcionários das agências estatais, legisladores e líderes de grupos de interesse -, geralmente reunidos em grupos mais ou menos coesos, com diferentes posições e relações entre si, que se especializam e direcionam seus esforços para questões específicas em relação à produção de políticas relacionadas a um determinado tema ou setor buscando influenciar as políticas públicas nesse domínio por um longo período. Esses atores constituem grupos que compartilham ideias sobre uma questão (*issue*), desenhos e resultados de políticas e atuam de maneira coordenada para tornar seus posicionamentos predominantes no governo (TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 2002; ADAM E KRIESI, 2007; SABATIER E CMWEIBLE, 2007; KINGDON, 2011; CAPELLA e BRASIL, 2015; MARGARITES, 2019). Daí a importância de conceitos como o de ‘comunidade de políticas’.

Existem muitos estudos que analisam o setor saúde e educação identificando atores e seus objetivos e relações, ideias, arranjos institucionais e historiando processos de produção de políticas e de tratamento de certas questões sociais. Foi possível combinar a literatura e o material empírico para delimitar o que seriam os subsistemas saúde e educação e seus elementos constituintes. Mas foi necessário complementar o quadro para analisar tanto seu funcionamento interno quanto fatores externos que influenciam na produção de políticas. Para analisar a dinâmica interna dos subsistemas, além do tratado acima, foi importante considerá-los ordens sociais de nível mesossocial no sentido de espaços sociais nos quais regras

preexistentes de interação e distribuição de recursos agem como fontes de poder e, por meio da ação dos atores, servem de base para a construção, reprodução e alteração de instituições (MULLER e SUREAL, 2002; FLIGSTEIN, 2007). Foram utilizados também referenciais do neoinstitucionalismo histórico, abordados com maior profundidade na próxima seção, para compreender que esses atores agem buscando vantagens, mas em condições e posições desiguais e essa situação interfere no acesso a recursos de poder e nos tipos e graus de restrições a que cada ator está sujeito, influenciando suas ações e opções. Deste modo, alguns atores têm maior capacidade de influenciar a dinâmica e resultados do subsistema e outros, em posições de menor poder, buscam construir visões e caminhos alternativos (FLIGSTEIN, 2007; CÔRTEZ e SILVA, 2010; MAHONEY e THELEN, 2010; LIMA; MACHADO; GREASSI, 2011; MARGARITES, 2019).

Externamente, é importante considerar que o subsistema não deve ser analisado isoladamente do todo social, entre outros motivos porque, muitas vezes, as mudanças no subsistema acontecem justamente quando uma questão de política ascende e torna-se uma questão do macrossistema político, atraindo o interesse de outros atores que podem influenciar mudanças nos subsistemas (TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 1999). Sabatier e Weible (2007) apontam também que é importante analisar valores socioculturais fundamentais e elementos da estrutura social que influenciam aquele subsistema específico. Assim, no caso desta pesquisa, foi necessário analisar esses elementos dos chamados setor educação e saúde e, especialmente, da interseção desses dois setores relacionada à regulação, formação e provimento de médicos. Além disso, os autores chamam a atenção para fatores externos que costumam influenciar mudanças nos subsistemas, tais como mudanças nas condições socioeconômicas, mudanças na coalizão governamental, mudanças na opinião pública, decisões de política e ações de outros subsistemas com impacto no subsistema analisado (SABATIER e CMWEIBLE, 2007).

De um ponto de vista mais macrossocial é necessário reconhecer influências do Estado e de determinantes sociais mais estruturais. Nessa linha, há reflexões na Sociologia Política, Ciência Política e Análise de Políticas Públicas que advogam a necessidade de explicitar qual concepção de Estado é utilizada em um estudo que analisa uma política pública. Costa e Dagnino (2008) advertem que o modelo que se utiliza para analisar a relação entre os grupos sociais e o Estado é crucial para os resultados que se obtém. Chamam a atenção para dois elementos na construção do quadro de análise: deve ser considerada as características

específicas da política em análise e, mesmo que se tenha um modelo base, elementos de outros modelos devem ser combinados em nome da qualificação da análise. Sumarizaram o que seriam os quatro modelos teóricos mais importantes que tratam da relação entre a sociedade e o Estado: o Pluralista, o Elitista, o Corporativista e o Marxista (COSTA e DAGNINO, 2008).

O Pluralista enfatizaria restrições do Estado que o colocariam sobre a pressão de um grande espectro de grupos dotados de poder diferenciado nas diversas áreas onde se conformam as políticas públicas. Mas nenhum seria sempre dominante. Nesta visão, a política pública seria o resultado das preferências e ações desses grupos e os próprios atores governamentais seriam apenas mais um destes grupos dentre tantos outros. Muitas abordagens da Análise de Políticas Públicas baseiam-se, explicitamente ou não, em teorias pluralistas ou neopluralistas. Margarites (2019) recomenda evitar a armadilha ingênua que considera que atores com condições de poder similares na sociedade são o ponto de partida de qualquer demanda e que a atuação estatal seja mero resultado das pressões sociais desses atores. Assim como Korpi (2006), rejeita um elemento crucial no pensamento pluralista: a suposição de uma igualitária distribuição de recursos e de oportunidades para mobilizar o poder.

Para Costa e Dagnino (2008), o modelo Elitista reconhece que os atores não têm condições iguais de influenciar as políticas e propõe a existência de elites que exercem o poder e que representariam um pequeno número de interesses bem organizados e com habilidade de alcançar seus objetivos. O Corporativista manteria a ênfase na atuação dos grupos de pressão, mas os perceberia integrados ao Estado – que teria um papel de arbitrar conflitos entre os grupos, subordinando-os a interesses mais abrangentes e de longo prazo. Este modelo reforça a autonomia relativa do Estado e de sua tecnoburocracia e valoriza na análise as organizações de representação da sociedade civil que interagem com o Estado. Por fim, o modelo Marxista destacaria a influência dos interesses econômicos na ação política e veria o Estado como um importante meio para o predomínio de uma classe social particular sobre as demais. Os autores alertam que no marxismo há diversas correntes que resultam em análises muito distintas sendo que em algumas o peso do determinismo econômico acaba por não dar aos sujeitos a condição de agente, o Estado e seus integrantes não possuem quase nenhuma autonomia e as políticas públicas são explicadas a partir da lógica das determinações do modo de produção capitalista, dos imperativos do processo de acumulação capitalista e/ou segundo os interesses da classe capitalista. Korpi (2006) propõe o abandono da suposição da

distribuição de recursos de poder implícita no Pluralismo, no Neocorporativismo e em diversas concepções marxistas que pensam a política como reflexo da dimensão econômica. Em conhecidos estudos da Saúde Coletiva sobre análise de políticas de saúde (MERHY, 1992; COUTINHO, 1994; GERSCHMAN, 1995b; TEIXEIRA, 1995b; VIANA, 1997; COSTA, 1998) também encontramos fortes críticas aos recortes funcionalistas, elitistas e deterministas que reduzem a compreensão do Estado a uma agência controlada desde fora.

Alguns autores apontam como alternativa às concepções mais deterministas do marxismo a de Offe (GERSCHMAN, 1995a; CARNOY, 2003; COSTA e DAGNINO, 2008). Costa e Dagnino (2008) consideram que na perspectiva deste autor o Estado é analisado com mais autonomia relativa e como um espaço privilegiado de luta social e de exercício do poder político. Para Carnoy (2003), a produção de Offe fez uma junção de Marx com Weber para pensar o Estado, seu funcionamento e atuação da burocracia Estatal. Offe seria crítico da visão do Estado como objeto, cujas ações são determinadas de fora para dentro. Contudo, ainda que Offe (1989; 1994) reconheça a autonomia relativa do Estado e de sua burocracia, não deixa de entendê-lo como lugar de institucionalização do poder político profundamente comprometido com o processo de acumulação do capital, representando no longo prazo o interesse da classe capitalista em todas as suas frações, ainda que isso resulte em conflitos entre elas. Giddens (1996) destaca uma potência nos estudos de Offe que tomamos como uma referência em nossa análise do Estado. Para ele, Offe consegue explicar limitações estruturais da esfera do político, relacionadas ao mercado, ao crescimento econômico e à acumulação do capital, analisando como as estruturas influenciam as decisões dos atores estatais, com um modelo não determinista que Giddens considera convergente com sua noção de dualidade da estrutura.

Korpi (2006), Côrtes e Lima (2012), Barcelos (2015) e Marengo (2020) analisam o Estado tendo em vista os processos de decisão que acompanham as políticas públicas desde sua formulação à implementação, perspectivas analíticas que foram particularmente úteis nas análises feitas nesta pesquisa. Korpi (2006) reconhece que os atores sociais têm diferentes recursos de poder – que podem ser entendidos genericamente como a capacidade de punir e obrigar ou recompensar e convencer o outro – e que as variações na diferença de recursos de poder entre os grupos sociais podem influenciar os processos distributivos na sociedade, a consciência social dos cidadãos, os níveis e padrões de conflitos na sociedade, a forma e funcionamento das instituições sociais e também as alternativas de ação social disponíveis aos

atores. Nessa perspectiva, as mudanças na distribuição de recursos de poder entre diferentes grupos sociais são elementos centrais para a mudança social. Tais mudanças afetarão as aspirações dos atores e a sua capacidade de manter ou mudar as estruturas sociais existentes. Korpi também analisa a relação dos recursos de poder com a produção de políticas e de instituições, incluindo arranjos institucionais do Estado. Para ele, quando os grupos sociais estão envolvidos em interações de longo prazo, os acordos entre eles podem resultar em compromissos que podem, por sua vez, levar à criação de novos arranjos institucionais ou a mudanças no funcionamento dos existentes. Segundo sua perspectiva, os arranjos relacionados aos processos de distribuição e tomada de decisões podem ser vistos como resultados de conflitos recorrentes de interesse, nos quais os grupos sociais envolvidos investiram recursos de poder para obter resultados favoráveis. Assim, essas instituições não seriam mecanismos neutros para a resolução de conflitos, ao contrário, os modos como foram criadas e funcionam refletem a distribuição de poder na sociedade. E quando há mudança nessa distribuição de poder, a forma e o funcionamento dessas instituições também podem mudar.

Também tratando das diferentes condições de atuação política dos atores sociais e, inversamente, de como a ação do Estado interfere nas desigualdades sociais, Côrtes e Lima (2012, p. 48) destacam que “vertentes teóricas neomarxistas incorporam ‘recursos de poder’, derivados da esfera política, na explicação de alterações na estratificação social nas sociedades contemporâneas (Korpi, 2000; Offe, 1989; Touraine, 1981)”. Fazem isso porque consideram que a ação política amplia os recursos organizativos dos estratos sociais inferiores que, por meio da ação coletiva, podem produzir políticas que favoreçam a redução de desigualdades sociais. Mas, em geral, aqueles que estão no “topo das hierarquias sociais de um dado campo, sistema ou subsistema têm mais facilidade de ocupar posições superiores em hierarquias de outros” e, assim, podem “mais facilmente expressar suas preferências, exercer influência sobre os decisores políticos em macrossistemas ou subsistemas políticos, participar da formação de agendas governamentais e exercer certo controle sobre o modo como são implementadas as políticas públicas” (CÔRTES e LIMA, 2012, p. 48).

Barcelos (2015) observa que na criação de algumas políticas públicas há um complexo processo de competição entre diferentes espaços institucionais e atores que podem perder a disputa em determinado espaço e podem agir na construção de outro ou ocupar espaços alternativos onde suas ideias, percepções e projetos possam ter melhores condições de

influenciar os rumos da política. Essa análise de Barcelos converge com outras que consideram que o Estado não pode ser visto como uma estrutura única e coesa, é um campo estratégico de luta entre grupos sociais e isso pode, inclusive, fazer com que alguns de seus espaços institucionais entrem em conflito e tenham objetivos e ações contraditórias entre si (OFFE, 1989; POULANTZAS, 2000). Barcelos (2015) entende que o Estado é um lugar estrutural com espaços institucionais nos quais são tomadas decisões e cujos arranjos institucionais favorecem determinados grupos e desfavorecem outros. Marengo (2020) propõe aguçar o olhar analítico para as regras, peças e engrenagens das decisões políticas relacionadas aos espaços institucionais responsáveis pela política em análise. Para ele, a conversão de questões (*issues*) em políticas governamentais implica em decisões que ocorrem em espaços que possuem regras de decisão sobre escolhas públicas, assim, é necessário interrogar, por exemplo, quem são aqueles que decidem, como são selecionados e como as decisões são tomadas, precisa de consenso, qual a proporção mínima da maioria, algum ator pode vetar que a decisão seja tomada ou mesmo vetar sua execução depois de tomada?

Algumas das abordagens mais influentes da Análise de Políticas Públicas pressupõem uma relação entre Estado e os grupos sociais baseada no modelo Pluralista ou Neopluralista, mas compreendendo que diferentes grupos sociais têm recursos de poder desiguais e que essa desigualdade provém de estruturas extra sistema político, que estão fundadas em desigualdades socioeconômicas. É possível sustentar as compreensões do quadro teórico abordado nesta seção e articular com potências das abordagens de Análise de Políticas Públicas que se mostraram muito importante no estudo do Programa Mais Médicos (PMM). Neste sentido, a próxima seção trata do Neoinstitucionalismo e das mesoteorias do campo de Análise de Políticas Públicas que mais contribuíram com as análises da pesquisa.

2.3 CONCEITOS, MESOTEORIAS E TEORIAS DO CAMPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUE CONTRIBUÍRAM NO ESTUDO DO PMM

Para compor o quadro teórico necessário à análise desenvolvida nessa pesquisa foram escolhidas teorias e conceitos considerando a coerência com os referenciais discutidos até aqui e buscando responder às quatro questões que orientaram a pesquisa: 1- como aconteceu e quais atores e suas ideias participaram do processo que conduziu à inserção na agenda governamental da questão (*issue*) das insuficiências na oferta e formação de médicos e da

formulação do PMM como solução?; 2- qual o formato do PMM e por que ele foi formulado com esse formato e não outro?; 3- quais atores, ideias e instituições influenciaram no processo de formulação dessa política?; e 4- por que algo similar ao PMM só pode acontecer em 2013? Esta seção trata das contribuições do Neoinstitucionalismo (N), especialmente o Histórico, que deram base ao referencial teórico utilizado; depois, de elementos da Teoria da Mudança Institucional Gradual (TMIG) e suas contribuições para analisar diferentes dinâmicas de mudança e mecanismos pelos quais atores resistem às mudanças mesmo não sendo aqueles que reúnem mais recursos de poder em uma dada situação conjuntural; e, por fim, da discussão sobre a formação da agenda e a teoria dos Múltiplos Fluxos (TMF).

Embora os modelos neoinstitucionalistas sejam provavelmente a referência teórica mais importante para a Análise de Políticas Públicas na atualidade, não integram uma corrente unitária, incluem teóricos de diversas origens disciplinares e matizes, de cientistas políticos, economistas neoclássicos a marxistas. Oferecem esquemas conceituais que fornecem à pesquisa empírica um conjunto de ferramentas para apoiar a análise do surgimento, estabilidade e transformação de políticas, instituições e vários tipos de ordens sociais. Neles, a explicação dos processos políticos e sociais passam pela análise das estruturas intermediárias, as instituições, que mediarão a relação entre Estado e os grupos sociais e entre as estruturas econômicas e os comportamentos dos grupos e indivíduos. Mas há discordâncias com relação ao papel que cumprem os atores, a cultura e o poder na produção das políticas (FLIGSTEIN, 2007; LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011; CÔRTEZ e LIMA, 2012).

Não há consenso na literatura sobre a classificação das vertentes do Neoinstitucionalismo (N), mas a maioria dos autores consideram que existem pelo menos três principais: o N. da Escolha Racional, o N. Sociológico e o N. Histórico. No N. da Escolha Racional a agência é baseada no cálculo estratégico do agente ante uma dada estrutura institucional e considerando sua posição e a de outros agentes na estrutura social. O lugar das instituições está mais relacionado com a maneira como são consideradas no cálculo do ator, como regras e constrangimentos, recursos e oportunidades. O N. Sociológico apoia-se no conceito de cultura, dá ênfase aos efeitos das diversas instituições e dos imperativos cognitivos e normativos que podem atuar favorecendo ou condicionando que os agentes adotem políticas. Assim, as instituições influenciam não só as estratégias adotadas, mas, também, interferem nas preferências dos atores, contribuem para a formação de suas identidades e para a construção de imagens que os atores sociais têm de si mesmos e que

influenciam seus objetivos e estratégias. A concepção de instituição inclui símbolos, esquemas cognitivos e padrões morais e se articula com a de cultura, entendida como rede de hábitos, símbolos e cenários com grande capacidade de constrangimento dos comportamentos dos indivíduos que, muitas vezes, utilizam roteiros disponíveis para estruturar suas interações (FLIGSTEIN, 2007; LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011; CÔRTES e LIMA, 2012).

O quadro teórico utilizado nessa pesquisa tem base no N. Histórico, incluindo nessa vertente abordagens que, para alguns, seguem fazendo parte dele e, para outros, derivaram dele, mas já constituem novas vertentes de estudo. O N. Histórico dá ênfase aos legados históricos entendendo que fatos anteriores estabelecem parâmetros e influenciam decisões e eventos subsequentes, também à dinâmica de estrutura e agente ('contexto institucional' e 'arquiteto institucional') e fatores materiais e ideacionais. Nele é importante analisar os atores sociais, seus interesses, objetivos, papéis que cumprem, a distribuição de poder entre eles e as relações que estabelecem no Estado e na sociedade. Além disso, atribui às instituições o papel de modelar tanto os objetivos e preferências dos atores quanto suas estratégias e escolhas. Estas, por sua vez, estão relacionadas a preferências que são construídas historicamente no contexto social e institucional em que as interações se estabelecem (HAY 2006; FLIGSTEIN, 2007; CÔRTES e SILVA, 2010; LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011). Embora alguns autores apontem que o N. Histórico faz uso de referenciais combinados do N. da Escolha Racional e do N. Sociológico, Côrtes e Lima (2012) alertam que há divergência entre os autores sobre a possibilidade de ele conseguir conjugar as ontologias dos outros dois, mas que essas ontologias não são incompatíveis e a primazia de uma abordagem não deve impedir o reconhecimento da importância e a utilização de instrumentos analíticos da outra.

Aprofundando um pouco mais em perspectivas e conceitos do N. Histórico que foram importantes no quadro teórico desta pesquisa, convém reforçar que nele a história importa. A ordem dos acontecimentos afeta o modo como acontecem, a trajetória de mudança restringe os caminhos possíveis depois de um certo ponto e as escolhas estratégicas feitas em um determinado momento dão condições para que um conjunto determinado de escolhas possam ser feitas posteriormente ao passo que restringem outro conjunto. Assim, quando se adota um caminho, os custos políticos e econômicos de mudá-lo são, em geral, altos. Além, disso, não é só a trajetória institucional que influencia a produção das políticas, também a trajetória ideacional, ou seja, a trajetória das ideias nas quais as instituições se baseiam e que informam seus desenhos e desenvolvimentos. No entanto, reconhecer a 'dependência de trajetória' não

pode dificultar a identificação de momentos de mudança institucional de trajetória, em que a arquitetura institucional é significativamente reconfigurada (HAY, 2006). Com efeito, o desenho da pesquisa analisou um período significativo de tempo, principalmente antes, mas também depois do triênio mais diretamente relacionado ao lançamento da política em análise.

Os atores e seus objetivos, relações e ideias também importam para o N. Histórico. Segundo essa perspectiva os atores agem de forma estratégica para atingir seus objetivos que são complexos, contingentes e em constante mudança. Os objetivos e conduta dos atores não são reflexos diretos de sua condição e interesses materiais, mas reflexões de percepções particulares dessa condição e desses interesses. As ideias, sob a forma de desejos, preferências e motivações, orientam normativamente - do ponto de vista moral, ético e político - os indivíduos, incidindo sobre a percepção que têm do ambiente e, conseqüentemente, sobre as ações realizadas. Assim, suas percepções sobre o que é viável, legítimo, possível e desejável são moldadas não só pelo ambiente institucional, mas também por meio de ‘filtros cognitivos’ que têm base em visões de mundo e estruturas normativas. A ação desses atores se dá em um contexto que favorece certas estratégias em detrimento de outras e devem se basear em percepções incompletas, imprecisas e provisórias desse contexto (CAMPBELL, 2002; HAY 2006; CÔRTEZ e SILVA, 2010). Para Hay (2006), diferentemente das outras vertentes do Neoinstitucionalismo, no Histórico os atores não são analiticamente substituíveis porque suas preferências, objetivos e lógicas de conduta não podem ser derivados do ambiente institucional e social em que estão.

Importam, ainda, as ações estratégicas dos atores desenvolvidas em cada contexto porque os atores sociais usam as instituições existentes de diferentes modos, agem estrategicamente - tentando criar novas arenas de ação, novas instituições que melhor respondam a seus objetivos, criar identidades, mobilizar crenças, negociar objetivos e formar coalizões - buscando induzir cooperação e construir linhas de ação que permitam explorar oportunidades e superar constrangimentos institucionais (FLIGSTEIN, 2007; FLIGSTEIN e MCADAM, 2012). Alguns autores (MCADAM, 1997; SABATIER e WEIBLE, 2007; CÔRTEZ e SILVA, 2010) sugerem o conceito de ‘estrutura de oportunidades políticas’ como modo de apreender condicionantes importantes na determinação das formas de organização e atuação dos atores sociais. Nessa perspectiva é importante analisar como as oportunidades e condicionantes político-institucionais interferem nos processos de organização e atuação dos atores sociais, mas, também, como esses atores interpretam tais oportunidades e

constrangimentos e quais os recursos políticos de que dispõem para definir e sustentar sua intervenção frente a eles. A interpretação e a definição desses recursos, por sua vez, estão diretamente relacionadas aos padrões de organização social historicamente constituídos que incluem uma diversidade de formas de associação socialmente instituídas em um dado contexto que vão das redes informais de sociabilidade às estruturas organizativas formais, geralmente apreendidas pelo conceito de sociedade civil. Vale observar que essa compreensão é especialmente importante nessa pesquisa tanto quando analisamos os recursos de poder de que dispõem os atores da profissão médica quanto aqueles ligados ao setor privado de educação superior.

Por fim, é necessário identificar a concepção de estabilidade e mudança institucional presente no N. Histórico que compôs o quadro teórico desta pesquisa. Entende-se que a estabilidade institucional não é um efeito ‘automático’ da estrutura na reprodução das instituições e na determinação da ação dos atores. A estabilidade exige uma ação permanente de grupos dominantes que atuam em uma dada posição e condições, nas quais são privilegiados, buscando usar as instituições para manter ou aumentar sua posição de poder. Assim, a mudança é vista como resultado da relação entre os atores e o contexto em que eles se encontram, entre os ‘arquitetos institucionais’, os sujeitos institucionalizados e os ambientes institucionais. Mais especificamente, é entendida em termos da interação entre a conduta estratégica e o contexto estratégico em que é concebida e no desdobramento posterior de suas consequências, intencionais e não intencionais. A mudança torna-se possível quando começam a romper os equilíbrios vigentes, podem ser desencadeadas por dispositivos distintos e acontecer devido a fatores externos ou internos, dependendo das características do processo em análise. Assim, é necessário conjugar explicações exógenas de mudança das políticas, como macroeventos, mudanças no sistema político, crises capazes de comprometer a estabilidade institucional, entre outras, com explicações endógenas relacionadas às disputas internas no subsistema. Esses embates internos alteram as configurações e entendimentos que sustentam as instituições e isso, associado ou não a fatores externos, pode favorecer processos de transformação ou o direcionamento de mudanças (HAY, 2006; FLIGSTEIN, 2007; MAHONEY E THELEN, 2010).

Assumindo essa perspectiva no quadro teórico, a análise dos poderes e capacidades do Estado deve considerar: os objetivos e orientações estratégicas dos atores, o modo como relacionam entre si, seu contexto institucional, a configuração dos mecanismos de

participação e decisão, legados históricos (institucionais e ideacionais), situações conjunturais e o contexto estratégico relacional - pois a realização do poder de Estado é sempre condicional e relacional e depende de laços estruturais entre o Estado e o sistema político, de ligações estratégicas entre atores estatais e outras forças políticas, de relações de interdependência e redes sociais que ligam o Estado e o sistema político ao ambiente societal mais amplo (HAY, 2006; FLIGSTEIN, 2007; MAHONEY e THELEN, 2010; CÔRTEZ e SILVA, 2010; LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011; MARGARITES, 2019).

Ainda, na vertente do N. Histórico, a Teoria da Mudança Institucional Gradual (TMIG), uma mesoteoria formulada por Mahoney e Thelen (2010), foi utilizada e incorporada ao quadro teórico para analisar, no médio e longo prazos, os modos como os atores estatais e não estatais atuaram em associação para mudar ou impedir a mudança; como características específicas do espaço estatal analisado, costumeiramente forte e especificamente institucionalizado, pôde condicionar as estratégias de ação dos atores e influenciar seus posicionamentos e comportamentos; e analisar a capacidade de resistir às mudanças, mesmo quando a direção de uma instituição e suas novas regras apontaram em um novo sentido. Mahoney e Thelen (2010) justificam a teoria argumentando que faltam modelos que expliquem a evolução mais gradual das instituições depois de estabelecidas. Para eles, a literatura sobre mudança institucional tem focado na criação de novas instituições e políticas, ou partido do pressuposto de que as instituições tendem à reprodução e só mudam mediante crises e choques exógenos. Com isso, tem ignorado dinâmicas e desenvolvimentos endógenos que resultam em mudança gradual ou fragmentada e que, geralmente, só são percebidas quando se analisa um período de tempo mais longo. Os autores assumem a inspiração na literatura sobre ‘Dependência de Trajetória’ (PIERSON, 2000) e dizem que a questão que os levou a teorizar foi: quais as “circunstâncias sob as quais as instituições estão - e não estão - sujeitas a um ‘aprisionamento’ autoreforçador” (MAHONEY e THELEN, 2010, p. 3, tradução nossa). A TMIG critica mais fortemente o que chamam de ‘modelo descontínuo de mudança’ presente na maioria dos analistas de políticas, no qual caminhos históricos duradouros que tendem à estabilidade são periodicamente pontuados por momentos de ação e escolha. Os autores defendem que é preciso analisar nas instituições as características internas que dificultam ou facilitam a mudança, compreendendo que isso interfere nas mudanças endógenas e podem facilitar ou não o efeito de mudanças exógenas.

A concepção da TMIG sobre as instituições, seus pressupostos relacionais e distributivos, seu papel de legado de lutas históricas concretas e sua visão político-institucional do poder que enfatiza seus efeitos distributivos e explicam a persistência institucional, em termos de retornos crescentes ao poder, são coerentes com o que já foi sustentado neste capítulo no quadro teórico da pesquisa e converge com outras abordagens identificadas com o N. Histórico. Contudo, há uma diferença de ênfase com relação a grande parte do N. Histórico: a TMIG concebe as instituições, sobretudo, como instrumentos distributivos carregados de implicações de poder e, por isso, repletas de tensões porque exigem a mobilização de recursos e têm consequências distributivas. Com isso agrega ao quadro teórico da pesquisa elementos analíticos importantes para o estudo do PMM, tais como os que serão sintetizados na sequência. Para a TMIG, qualquer conjunto de regras, formais ou informais que padronize a ação, tem efeitos desiguais para a alocação de recursos. E muitas instituições têm a intenção específica de distribuir recursos para alguns atores e não para outros. Assim, os atores mais bem posicionados e poderosos, os dominantes naquele espaço, podem ser capazes de projetar instituições que correspondem de perto às suas preferências institucionais para que mantenham ou melhorem, ainda mais, sua condição e realizem seus objetivos. Deste modo, aqueles atores que se beneficiam dos arranjos institucionais existentes podem querer a estabilidade, mas, para garanti-la precisam mobilizar continuamente apoio político e resolver ativamente, a seu favor, as ambiguidades institucionais. Com isso, para a TMIG, a estabilidade institucional repousa não apenas em sua acumulação com o tempo, como é destacado na ‘Dependência de Trajetória’, mas também na mobilização contínua de recursos por quem luta por ela e isso faz com que uma fonte importante de mudança sejam as mudanças no equilíbrio de poder (MAHONEY e THELEN, 2010).

A TMIG aponta também que os resultados institucionais podem não refletir os objetivos de nenhum grupo em particular, pois podem ser o resultado não desejado de conflitos entre grupos ou o resultado de ‘compromissos ambíguos’ entre atores que coordenam meios institucionais. Com isso, pode haver importantes diferenças de objetivos e de interpretações sobre as mesmas regras entre aqueles que desenharam as instituições e aqueles responsáveis por atividades de implementação, coordenação e execução. Como a TMIG questiona a noção de instituições auto-reforçadoras, entende que os atores a quem as regras beneficiam precisam fazer com que aqueles responsáveis pelo cumprimento das regras,

as cumpram. Daí sugerem o conceito de conceito de ‘conformidade’ (*compliance*) - entendida como efetivo cumprimento e subordinação às regras - como uma variável analítica crucial para a análise da estabilidade e da mudança institucional. Essa necessidade de impor instituições porta uma dinâmica de mudança potencial relacionada à natureza politicamente não compreendida ou mesmo contestada das regras institucionais e, principalmente, à possibilidade de os atores interpretarem-nas e implementarem-nas de modos diferentes. Isso coloca no centro da cena lutas pelo significado, aplicação e exigência de conformidade e subordinação às regras institucionais. E isso, por sua vez, está inextricavelmente entrelaçado com os conflitos e objetivos relacionados à distribuição dos recursos. Assim, a estabilidade institucional depende não apenas da continuidade das próprias regras, mas também de sua ambiguidade, da compreensão, interpretação e aplicação das regras pelos atores e das maneiras pelas quais essas regras são justificadas na prática cotidiana dos sujeitos. Alertam que mudanças ocorrem no processo de implementação de uma regra, na medida em que, muitas vezes, quem as projetou não é quem as aplica, exige sua aplicação ou, simplesmente, os que deveriam cumpri-las (MAHONEY e THELEN, 2010).

Decorre desse entendimento uma análise que supera caracterizações dicotômicas dos atores que disputam em uma ordem social. Os autores consideram que conceber os atores somente como vencedores ou perdedores institucionais e dominantes, desafiadores ou dominados é um entendimento simples e pobre ante outras possibilidades que podem melhor retratar e analisar atores e os padrões de coalizão e conflitos políticos que impulsionam a política de mudança institucional. O tipo de agente de mudança viável em uma dada circunstância tem relação com o tipo de estratégia de ação e de mudança que também seja viável. E a estratégia e mudança viáveis, por sua vez, dependem das características da instituição em análise – o grau de discricionariedade que têm os atores na interpretação ou aplicação das regras institucionais - e de seu contexto político – o poder de veto, político e institucional, que os atores dominantes naquela circunstância tem para coibir a não conformidade com as regras institucionais vigentes. Partindo desses pressupostos, Mahoney e Thelen (2010) entendem que na análise de um ator é necessário indagar se ele tem objetivo de preservar ou mudar as regras vigentes e se ele cumpre ou não as regras institucionais. Alertam que é necessário separar os comportamentos de curto prazo dos atores de suas estratégias de longo prazo e combinar diversas possibilidades. Assim, um ator poderia ter um comportamento imediato de conformidade com as regras e compromisso com a

institucionalidade e relações vigentes em uma dada circunstância, mas portar um objetivo estratégico de mudança institucional no médio prazo agindo nesse sentido sempre que oportunidades surgem. Ou um ator de uma instituição cujas regras foram mudadas, que não tem poder de disputá-las com o intuito de voltar ao que era, mas que tem discricionariedade para interpretá-las e as implementa em desconformidade com o estabelecido pelo novo estatuto e atual direção, seja em nome de preservar o que, em sua perspectiva, são os objetivos institucionais de longo prazo, seja para impedir mudanças concretas nas finalidades institucionais e respectivos efeitos distributivos que lhe prejudicam. Assim, a TMIG contribuiu no quadro teórico da pesquisa também para ampliar a capacidade de analisar os diferentes atores, comportamentos, objetivos e estratégias de curto e médio prazo. Especialmente aqueles que atuam em espaços estatais fortemente institucionalizados e que podem atuar para produzir a mudança ou resistir a elas, mesmo quando essa mudança interessa à direção e/ou quando as regras institucionais vigentes já foram recentemente modificadas.

Outro elemento central no quadro teórico da pesquisa, em especial por causa da primeira questão de pesquisa, é o modo de analisar o processo de formação de agenda de uma política. Com Coob e Elder (1971) podemos entender ‘agenda’ como um conjunto geral de controvérsias políticas vistas como preocupações legítimas que merecem a atenção do Estado. Só entrariam, de fato, na ‘agenda institucional/governamental’ aqueles itens concretamente programados para a consideração ativa e séria por algum órgão de decisão institucional específico. Os diferentes atores sociais priorizam distintas questões que são objeto de sua ação política direta e que querem que seja objeto da ação do Estado, portanto, precisam disputar para que tais questões sejam priorizadas na agenda governamental. Esse processo de priorização cria vencedores e perdedores políticos. Assim, entender como a agenda é definida, quando e por quem, é um passo necessário para compreender como a política é feita (COBB e ELDER, 1971; MCCOMBS e SHAW, 1972; TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 2002; KINGDOM, 2011; ZAHARIADIS, 2016).

Zahariadis (2016), partindo de uma revisão da literatura sobre o tema, sintetiza quatro elementos - o poder, a percepção, a potência e a proximidade - que seriam constitutivos dos processos de formação da agenda e que estão presentes em todas as abordagens, diferindo a importância dada a cada um deles. Segundo o autor, o ‘poder’ é o elemento mais importante da formação da agenda na medida em que o resultado reflete o poder de alguns grupos ou

indivíduos sobre outros em fazer ouvir suas vozes (ou impedir que outros sejam ouvidos) e transformar seus objetivos em questões e políticas públicas. A ‘percepção’ afeta de maneira crucial quais questões são consideradas importantes e por quê estas, dentre tantas outras, é que se tornam objeto de políticas. Produzir interpretações seletivas, ativar a empatia, simpatia, indiferença ou antipatia e apoio ou oposição a uma questão e suas soluções relacionadas é um objetivo da ação daqueles que disputam a formação da agenda. A ‘potência’ refere-se à gravidade e abrangência das consequências de uma determinada questão e a ‘proximidade’ ao julgamento que os atores fazem sobre a possibilidade daquela questão ter um impacto mais direto (geográfica ou temporalmente) em suas vidas. Tendem a gerar mais atenção e ganhar mais prioridade os problemas mais graves e próximos.

John (2003) identifica algumas abordagens que denomina ‘teorias sintéticas’ e considera que realizam uma síntese de cinco das mais importantes tradições das ciências sociais na Análise de Políticas Públicas: as abordagens de escolha racional, os modelos de redes, os enfoques que destacam o papel das ideias e do conhecimento, o institucionalismo e as abordagens que dão ênfase a variáveis socioeconômicas na produção das públicas. A teoria dos Múltiplos Fluxos (TMF) de Kingdon (2011) é uma dessas mesoteorias sintéticas do campo de Análise de Políticas Públicas que vem sendo utilizada na análise da formação da agenda e formulação de políticas em geral e da saúde em particular (GOTTEMS et al., 2013; MARENCO e STROHSCHOEN, 2018). Kingdon (2011) pressupõe a ideia de especialização da ação do Estado e que a atenção dos formuladores e decisores de políticas é dividida e seletiva. São bases importantes desse modelo analítico as teorias da racionalidade limitada e de processamento em série e paralelo da atenção dos governantes, os pressupostos da ambiguidade e escassez de tempo dos governos e o modelo de escolha organizacional da ‘lata de lixo’ (COHEN et al., 1972; FRIEDBERG; 1993). A mudança, nesta abordagem, estaria relacionada com cinco elementos estruturantes da mesma: os ‘problemas’, as ‘soluções’ de políticas públicas (*policies*), o ‘processo e contexto político’ (*politics*), as ‘janelas de oportunidade’ e os ‘empreendedores de políticas’ (ZAHARIADIS, 2007; 2016; KINGDOM, 2011; CAIRNEY E ZAHARIADIS, 2016).

Os atores podem adotar várias maneiras de abordar um mesmo problema, consequentemente, grande parte do processo de formação da agenda diz respeito à disputa para definir os parâmetros de discussão de uma questão, à tentativa de fazer com que as pessoas pensem sobre os problemas, soluções, fracassos e sucessos anteriores em

determinados termos em detrimento de outros possíveis. Também a oportunidade e estratégia empregada para aproveitar crises e eventos de grande magnitude para chamar a atenção para um determinado modo de analisar o problema e gerar demanda para uma solução específica (ZAHARIADIS, 2007; 2016; KINGDOM, 2011; CAIRNEY e ZAHARIADIS, 2016). Os atores competem para gerar suporte para suas soluções preferidas sendo que os valores associados e a viabilidade dessas propostas são fatores importantes para que a proposta entre efetivamente na agenda institucional. No processo político devem ser considerados os cálculos de ganhos e perdas políticas que defensores ou opositores das propostas terão. Uma proposta popular entre os eleitores e que não mobiliza reações de oposição de grupos poderosos tende a ser mais atraente. Propostas impopulares ou que provocam grandes reações podem ser uma alternativa se forem uma forma de lidar com problemas cuja permanência impliquem em perdas políticas maiores. Faz parte, ainda, dessa análise o que Kingdon chama de ‘clima nacional’ e que se refere, principalmente, à opinião pública e aos modos como atores e segmentos sociais relevantes percebem a mesma (ZAHARIADIS, 2016; CAIRNEY e ZAHARIADIS, 2016).

Contudo, mesmo com os três fluxos ‘acoplados’ - problema com relevância pública associado a uma solução entendida como viável e com apoio suficiente em um contexto que permite sua viabilização - é necessário que ‘empreendedores de políticas’ aproveitem oportunidades passageiras, denominadas ‘janelas de oportunidade’, nas quais novas questões têm a chance de serem apresentadas e ganharem a atenção de decisores de políticas extrapolando os locais onde são costumeiramente tratadas no subsistema, para interromperem o fluxo normal da política e colocarem certa solução na agenda governamental. Zahariadis (2016) considera o conceito de ‘empreendedores de políticas’ a contribuição mais importante de Kingdon porque dá um elemento de agência aos modelos que, anteriormente, apresentavam uma orientação mais estrutural. Esses atores, individuais ou coletivos, que são agentes chave para criar ou aproveitar as ‘janelas’ ‘abertas’, buscam oportunidades e meios de colocar os problemas e soluções em evidência e de aproveitar e viabilizar o processo político favorável para a decisão de entrada efetiva na agenda institucional. Têm um papel fundamental nos termos da problematização das questões, na produção de soluções, identidades, símbolos e significados. O autor sugere também agregar à TMF contribuições da teoria do ‘Equilíbrio Pontuado’ de Baumgartner e Jones (1993), como, por exemplo, a relevância dada ao poder e, principalmente, a explicação da ruptura do equilíbrio

considerando fatores desestabilizantes, como a expansão do conflito para além de onde ele era travado até então, a entrada de novos atores no debate e disputa, a mudança dos locais institucionais nos quais a questão em análise era tratada, seja por mudanças dos atores dirigentes, seja pela questão ter sido levada a outros fóruns com diferentes regras de participação, debate, processamento e priorização.

Para Côrtes e Lima (2012), mesmo considerando que “constrangimentos institucionais e eventos macroestruturais limitem as possibilidades de problemas se tornarem objeto de política”, a TMF valoriza na análise os “processos cognitivos e as dimensões normativas envolvidas na formação da agenda” considerando que os problemas “não são dados, mas sim construídos em um processo através do qual as pessoas os definem como tal” (CÔRTEES e LIMA, 2012, p. 46). Além disso, não somente atores estatais, mas também atores da sociedade constroem “determinadas problemáticas, formulam certas explicações e soluções para elas e apresentam-nas à esfera política” (CÔRTEES e LIMA, 2012, p. 46) com o objetivo de inserir esses problemas e, também, as explicações e propostas de solução na agenda governamental, reforçar ou mudar problemas e soluções em pauta, ou mesmo para contrapor-se e substituí-los.

A TMF foi bastante útil neste estudo. Ajudou mais a identificar, descrever e analisar um conjunto de elementos importantes no processo de entrada na agenda governamental, decisão e formulação do PMM, do que, propriamente, oferecer explicações de porque o PMM foi possível. A partir do que ela ajudou a identificar, foram feitas algumas análises, com base no N. Histórico, com o intuito de responder às questões de pesquisa. Assim, foi considerado o desenvolvimento dos problemas tratados e das soluções apresentadas e/ou implementadas ao longo do tempo, e feitas comparações entre os contextos políticos dos diferentes períodos analisados. Foram identificados legados institucionais e ideacionais e analisado como traduziram-se em oportunidades e constrangimentos que influenciaram as ações dos atores e resultados dos processos. Foi, ainda, analisado, em cada situação conjuntural, a atuação dos atores mais importantes, seus objetivos, ideias, posições, relações, recursos de poder e estratégias de ação e as dinâmicas das disputas nos subsistemas e sistema político para compreender os processos de transformação ou conservação do *status quo*.

Apresentadas as principais, teorias, abordagens e conceitos que compõem o quadro teórico da pesquisa, adiante são feitas considerações de natureza mais teórico-metodológicas. Contudo, é importante reforçar que a pesquisa enfatiza a análise da forma como os atores

envolvidos pensam e agem, obviamente, considerando que esse pensamento e essa ação são influenciados por uma série de fatores presentes em um contexto institucional mais amplo. Deste modo, há um foco nos objetivos e estratégias desenvolvidas pelos atores na produção de uma política, o PMM, analisando com muita atenção as influências exercidas pelas ideias, redes de relações e aspectos institucionais, enquanto recursos e regras que capacitam ou constroem essa ação.

2.4 COMO FORAM REUNIDOS E ANALISADOS OS ELEMENTOS QUE CONSTRUÍRAM A COMPREENSÃO DO QUE TORNOU O PMM POSSÍVEL

Em termos de delineamento, o estudo realizado é uma pesquisa não experimental, que, por sua vez, utiliza técnicas qualitativas de coleta e análise de dados, tendo como propósito o exame e a compreensão dos processos de entrada na agenda governamental e a formulação do PMM, uma política pública nacional. Um estudo de caso é uma investigação empírica de uma unidade específica, selecionada segundo critérios predeterminados, situada em seu contexto e, especialmente, recomendado quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. A principal vantagem do estudo de caso é permitir uma abordagem aprofundada de uma realidade, dando condições para que o pesquisador elucide suas questões e busque identificar e construir vínculos causais. Assim, busca responder a questões do tipo "como" ou "por que" sobre um conjunto de acontecimentos sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle (YIN, 2001; ALVES-MAZZOTTI, 2006; COTANDA et al. 2008). Para Yin (2001), o estudo de caso pode fazer generalizações analíticas, ou seja, generalizar um conjunto particular de resultados à alguma teoria mais abrangente. Alves-Mazzotti (2006), baseando-se em Stake (2000 apud ALVES-MAZZOTTI, 2006), aponta a importância de estudos de caso que, mesmo não se propondo a generalizar uma teoria, buscam uma melhor compreensão de um caso pelo interesse despertado por aquele caso particular e por poderem contribuir com o conhecimento sobre objetos e casos similares.

Esta pesquisa teve como objeto a análise de um caso exclusivo e significativo: um programa único com notória relevância acadêmica, política e social. Do ponto de vista acadêmico, há mais de quatro centenas de artigos publicados sobre o PMM. A pesquisa analisou o PMM dialogando com a literatura sobre ele com o objetivo de contribuir com a produção de conhecimento reforçando, questionando ou refutando explicações apresentadas

em outros estudos sobre o tema. A presente tese poderá contribuir com o avanço do conhecimento sobre o Programa pois, em que pese as centenas de trabalhos publicados sobre o PMM, apenas: a) 20 analisaram como o programa entrou na agenda governamental e/ou a formulação do Programa, sendo que em 14 este foi um dos objetivos principais; b) oito compuseram um quadro analítico com base em teorias da Sociologia Política, Ciência Política e/ou Análise de Políticas Públicas; c) seis analisaram a formulação tanto do Eixo Provimento quando do Eixo Formação do Programa Mais Médicos (o Eixo Infraestrutura, quando muito, é apenas mencionado em alguns dos 20 trabalhos); e d) quatro utilizaram também entrevistas como recursos metodológicos. Este estudo aborda todas essas dimensões de forma integrada utilizando um quadro teórico que tem base em teorias do Campo de Análise de Políticas Públicas visando, como objetivo principal, analisar a entrada na agenda governamental e a formulação do Programa Mais Médicos. A importância de compreender como foi possível a criação e implementação do PMM justifica-se nos efeitos que teve no enfrentamento da questão (*issue*) das insuficiências na oferta e formação de médicos no Brasil. O Programa foi o mais abrangente até o momento, com resultados que foram observados por dezenas de revisões e publicações nacionais e internacionais (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016; PINTO et al., 2017; MEDINA et al., 2018; RIOS e TEIXEIRA, 2018; FERLA et al., 2019; ÖZÇELIK, 2020). Além disso, o estudo pode contribuir com o campo de Análise de Políticas Públicas pelo diálogo que faz com as teorias do campo e fornecendo elementos para os estudos de objetos similares, especialmente, políticas de saúde e de educação e que se situam em interfaces de subsistemas.

Quanto à delimitação do objeto, embora o PMM tenha ações desenvolvidas pelos três entes federados, o foco da pesquisa é o processo de entrada na agenda governamental e formulação no âmbito nacional. São examinadas as normas que regeram o programa, tais como legislação e regras administrativas, o sistema político nacional, os subsistemas nacionais de saúde e educação, e as instituições, organizações, recursos, espaços de decisão, iniciativas e processos relacionados ao PMM. As quatro questões que a pesquisa buscou responder foram: 1- como aconteceu e quais atores e suas ideias participaram do processo que conduziu à inserção na agenda governamental da questão (*issue*) das insuficiências na oferta e formação de médicos e da formulação do PMM como solução?; 2- qual o formato do PMM e por que ele foi formulado com esse formato e não outro?; 3- quais atores, ideias e instituições influenciaram no processo de formulação dessa política?; e 4- por que algo similar ao PMM só

pode acontecer em 2013? Assim, embora o programa tenha sido criado em 2013, a pesquisa cobriu um período mais amplo do que o entorno de sua criação. Foi investigada a presença da questão das insuficiências na oferta e formação de médicos na agenda de discussão do governo federal, recomendações e soluções construídas para enfrentá-la desde os anos 1950. Deu-se foco a essa questão especificamente porque é ela a tratada pela política em análise. Não foi objetivo da tese problematizar outras causas das insuficiências na atenção à saúde da população que, obviamente, não passam só pela questão médica. Também foram mapeadas orientações internacionais de organismos multilaterais sobre o tema e posições das entidades médicas desde este período. Entretanto, o foco principal da análise recaiu no período de 2003 a 2013, do início do período que esteve à frente do Poder Executivo Federal a coalizão governante responsável pelo PMM até a data na qual sua lei foi promulgada. Estudou-se a trajetória na agenda governamental dos problemas e soluções relacionados à regulação, formação e provimento de médicos. Por fim, embora o período focado vá até outubro de 2013, alguns processos foram rastreados e analisados até o ano de 2018 com o objetivo de comparar e elucidar objetivos, valores, preocupações, posições e estratégias de atores importantes identificando elementos que passaram de implícitos a explícitos com a mudança do contexto e correlação de forças ocorrida em 2016 com a derrubada da Presidenta Dilma.

A pesquisa realizou análises documental, bibliográfica e entrevistas para reunir elementos a fim de estudar a entrada na agenda governamental e formulação do PMM. A estratégia metodológica adotada na pesquisa foi o *process tracing*, que pode ser entendido como a análise de evidências sobre processos, sequências e conjunturas de eventos de um caso com o propósito de desenvolver ou testar hipóteses sobre mecanismos causais que possam explicar aquele caso (BENNETT e CHECKEL, 2015). Trata-se de uma técnica para capturar mecanismos causais em ação na qual trajetórias históricas, documentos, transcrições de entrevistas e outras fontes são examinadas para verificar se as hipóteses derivadas de teorias são válidas ou devem ser modificadas ou refinadas levando em conta os mecanismos causais considerados para um caso. As ‘causas’ podem ser entendidas como construtos teóricos elaborados pelo pesquisador que focalizam dimensões da realidade apontadas pelas teorias que foram aplicadas à empiria com o objetivo de formular teorias de médio alcance que expliquem o desfecho de um caso. Buscamos observar e adaptar especialmente algumas sugestões de boas práticas no rastreamento de processos propostas pelos autores (BENNETT e CHECKEL, 2015) tais como: 1) considerar amplamente explicações alternativas aos

fenômenos e processos estudados, levando em conta se o caso é mais ou menos provável para explicações alternativas; analisar os vieses potenciais das fontes de evidências; 2) reunir ampla, diversificada e relevante conjunto de evidências para testar, confirmar ou refutar hipóteses; 3) combinar o rastreamento de processo com comparações de outros casos, incluindo a comparações entre períodos diferentes; 4) estar aberto a percepções indutivas a partir dos achados empíricos; e 5) identificar dedutivamente qual processo específico seria necessário para confirmar uma explicação. No caso desta pesquisa, o foco foi dirigido para a análise de três dimensões principais: 1) o arranjo institucional vigente nos subsistemas de saúde e de educação superior, formado por um conjunto de regras legais e administrativas, bem como por padrões históricos de relação entre decisores governamentais e atores sociais e de soluções já utilizadas para enfrentar a questão em análise; 2) os atores individuais e coletivos, com seus objetivos, valores e ideias, que agiam nos dois subsistemas, se posicionando na disputa e problematizando a política vigente no sentido de sua conservação ou mudança; e 3) a caracterização da trajetória do processo de produção das políticas nos dois subsistemas no período para verificar as alterações que sofreu e as tentativas de alteração que não tiveram sucesso.

Quadro 1 - Estratégia de reunião de evidências no estudo

Dimensão e processo em análise	Elementos analisados	Fontes
(1) arranjo institucional	Regras legais e administrativas	Legislação, outros documentos oficiais e entrevistas com dirigentes
(2) atores individuais e coletivos	Posições, objetivos, ideias, propostas e atuações	Literatura, documentos diversos (como matérias em meios de comunicação, resoluções de órgãos da sociedade civil ou do Estado) e entrevistas com dirigentes
(3) padrões institucionalizados de relação entre governo e sociedade	Relações 'tradicionais' entre decisores e atores sociais	Literatura, publicações de meios de comunicação e entrevistas com dirigentes
(4) soluções propostas, implementadas ou não	Programas, medidas, ações governamentais propostas	Literatura, legislação, outros documentos oficiais e entrevistas com dirigentes
(5) trajetória do processo	Mudanças na legislação, normas e programas	Literatura, legislação, documentos oficiais e entrevistas com dirigentes

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na análise documental foram reunidos e analisados, de 2003 a 2018, documentos oficiais, como leis, medidas provisórias, decretos, portarias, relatórios, discursos

taquigrafados de autoridades ou de atores importantes na produção da política, documentos técnicos, pesquisas de opinião, entrevistas, publicações de organizações, como as entidades médicas ou da Reforma Sanitária, reportagens, artigos e outros textos da mídia de massa, vídeos e publicações de diversas naturezas. Além de ter sido possível identificar importantes acontecimentos e processos da trajetória de construção do PMM, foi reunido farto material com posicionamentos, discursos, ideias e ações dos atores mais relevantes na produção do PMM.

Quanto ao método de análise dos documentos, importante notar que alguns deles são muito específicos, assim um orçamento, uma norma legal ou um plano de implementação tem modos particulares de serem analisados. Mas, de um modo geral, com base em May (2004), sustentado em Scott (2014) e Giddens (1996), entendeu-se que os documentos devem ser analisados como uma obra de um autor autoconsciente que se dirige a um público em circunstâncias particulares, interpretando no texto o significado que o autor pretendia produzir, os significados recebidos e construídos pelo público em situações sociais diversas e aqueles significados internos aos textos. Atentos, ainda, ao que os documentos deixam de fora, justamente por não refletirem simplesmente a realidade social, mas por também construírem-na e promoverem versões dos eventos. Na mesma linha, Shiroma, Campos e Garcia (2005) propõem uma análise documental na qual o texto funciona como uma unidade de análise que dá acesso ao discurso para compreender a política em análise. Apoiam-se em Fairclough (2001 apud SHIROMA; CAMPOS; GARCIA, 2005) para considerarem que os discursos refletem entidades e relações sociais e, também, as constroem: diferentes discursos constituem entidades-chave de modos distintos, posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais e combinam-se em condições sociais particulares para produzir um novo e complexo discurso. Os autores orientam que, além do documento, deve-se analisar o contexto de influência da produção dos textos, articulando níveis de macro e micro análise. Afirmam que os documentos fornecem pistas sobre como as instituições explicam a realidade e buscam legitimar suas atividades sobre os mecanismos utilizados para sua publicização e a quem buscam falar.

A questão central da análise bibliográfica foi quais estudos analisaram a entrada na agenda governamental e formulação do PMM e quais foram seus resultados? Realizada uma primeira vez em novembro de 2018, a coleta que compôs a seleção final foi refeita em janeiro de 2020. A pesquisa eletrônica utilizou o descritor “Programa Mais Médicos” para artigos,

teses e dissertações em língua portuguesa, espanhola ou inglesa publicados até a data encontrados nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos e Google Acadêmico. Os estudos identificados por essa estratégia de busca foram avaliados conforme o título e o resumo. Aqueles entendidos como pertinentes ao tema proposto, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, foram selecionados, estudados e tabulados com informações que identificavam o autor, título, ano, objetivos, características dos estudos, grupo no qual foi classificado e *link* para acesso à publicação. Os casos em dúvida foram levados para a pré-seleção, lidos e excluídos ou selecionados. Alguns estudos foram incluídos depois de identificados nas referências bibliográficas dos trabalhos selecionados.

Ao todo 127 trabalhos foram selecionados, sendo que 20 compuseram um grupo central que analisou como entrou na agenda governamental e foi formulado o PMM (PINTO et al., 2014; COUTO; SALGADO; PEREIRA, 2015; OLIVEIRA et al., 2015; CARVALHO et al., 2016; GOMES, 2016; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016; MACEDO et al., 2016; PAULA, 2017; RIBEIRO; PELEGRINI; RODRIGUES, 2017; ROCHA, 2017; SALES, 2017; SILVA, 2017; OLIVEIRA, 2018; OLIVEIRA et al., 2018; OLIVEIRA e PINTO, 2018; SASSI, 2018; SILVA, 2018; OLIVEIRA et al., 2019; PINTO et al., 2019; PINTO, 2020). Foi composto um segundo grupo com os 107 trabalhos restantes para apoiar a pesquisa. Os 20 do grupo central e outros 60 trabalhos do grupo de apoio foram considerados aderentes às questões de pesquisa, lidos na íntegra e fichados. Os 47 restantes, menos aderentes, foram lidos parcialmente e geraram anotações. O grupo de apoio foi organizado nos seguintes subgrupos: análises do contexto; análises da cooperação internacional e comparação com experiências internacionais; análises de discursos, ideias e evidências relacionadas ao PMM; análises de implementação e resultados; descrição e/ou análise da modelagem do PMM; análises da legislação; análises da mídia; posicionamento das entidades médicas e de atores relacionados à profissão médica; e posicionamento de atores do movimento sanitário. Nestes três últimos subgrupos, buscou-se selecionar trabalhos que analisavam objetivos, ideias, posições e ações de atores importantes para o estudo do PMM como os atores governamentais das três esferas de governo, e entidades, lideranças e pesquisadores da profissão médica e do Movimento Sanitário. Assim, foram analisados: a) 13 artigos que fazem essa análise de

diversos atores a partir das notícias e artigos sobre o PMM publicados na grande mídia comercial (SCREMIN e JAVORSKI, 2013; SEGALIN, 2013; CARVALHO FC, 2014; MORAIS, et al., 2014; SOUZA, 2014; SANCHO e BORGES, 2016; BECKER, 2017; CAETANO; VARGAS; MOURA, 2017; FERLA et al., 2017; PAULA et al., 2017; EMERICH et al., 2018; MENEZES, 2018; SILVA et al., 2018); b) 14 cujo foco é especificamente as entidades médicas que usam como fontes primárias a mídia comercial, as publicações dos órgãos de comunicação das próprias entidades médicas, documentos com declarações e posicionamentos públicos e artigos de pessoas relevantes da profissão médica (SALLES e SIROUGI, 2013; LOPES, 2013; SANTOS 2014; RIBEIRO, 2015; GOMES 2016; TRINDADE e BATISTA, 2016; ACIOLI, 2017; ALÉSSIO e SOUSA, 2017; BARROS; TORRES; PEREIRA, 2017; CHEHUEN NETO, 2017; LIMA, 2017; SOARES et al., 2017; VILLA REAL; 2017; SILVA, 2018); e c) nove trabalhos que analisaram a posição do movimento sanitário em relação ao PMM ou que foram escritos por relevantes atores desse movimento (CAMPOS, 2013; 2015; COSTA et al., 2015; MACHADO; CAMPOS; LIMA, 2015; CAMPOS e PEREIRA JÚNIOR, 2016; SCHEFFER, 2015; 2016; FACCHINI et al., 2016; SILVA JR e ANDRADE, 2016; ANDRADE e BRAGANTE, 2018).

A literatura mostra que os atores responsáveis pela produção do PMM foram atores estatais que, com exceção de poucos trabalhos, são tratados genericamente como ‘governo’. Alguns trabalhos, porém, destacaram a atuação no governo de determinados sujeitos que nos anos 1990 fizeram parte do movimento estudantil e que ocuparam posições de protagonismo na criação do PMM (GOMES, 2016; PAULA, 2017; ROCHA, 2017; SALES, 2017; SASSI, 2018). Esta pesquisa identificou que estes sujeitos indicados nestes trabalhos somados a outros que atuaram no próprio MS, no MEC e no Congresso Nacional cumpriram, de fato, o papel de ‘empreendedores de políticas’ do PMM. Considerando as questões e objetivos da pesquisa, o que já havia na literatura, a implicação do pesquisador (discutida na última seção desse capítulo, a 2.5) e sua maior facilidade em identificar e abordar essas pessoas, decidiu-se focar as entrevistas nos atores governamentais que protagonizaram os processos de decisão, formulação e implementação do PMM e que podiam, desde esse lugar, tratar das questões de pesquisa, inclusive relatando acontecimentos e analisando a participação do conjunto dos atores. Assim, foi construída uma etapa exploratória com um grupo de quatro informantes chave que indicou as outras pessoas que tiveram contribuição significativa nas decisões, formulações e ações estratégicas que resultaram na produção do PMM. Foram entrevistadas

todas as pessoas apontadas como as principais protagonistas do PMM (tendo como única exceção a Ex-Presidenta da República, Dilma Rousseff, que não foi possível entrevistar a tempo) e, também, outras com a finalidade de identificar posições, objetivos, valores, ideias, preocupações e ações de atores sociais relevantes, individuais e coletivos, bem como identificar acontecimentos, checar fatos, coletar opiniões e análises de sujeitos que foram relevantes no processo de produção da política. A distribuição de pessoas identificando as posições que ocupavam em cada período pode ser vista no **Error! Reference source not found.** que segue:

Quadro 2 - Atores governamentais entrevistados

Posição	2003-2010	2011-2013	2013-2016
Primeiro escalão do Executivo Federal	5	4	2
Escalões intermediários e integrantes da burocracia do Executivo Federal	4	6	4
Dirigentes de entidades de representação das secretarias estaduais e municipais de saúde	3	3	2
Parlamentares da Câmara e Senado		2	3
Totais por período	12	15	11

Fonte: Elaborado pelo autor.

Além dessas, foram entrevistadas ainda duas pessoas com cargos na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que, embora não seja uma instituição governamental, foi relevante no processo de formulação do PMM como será mostrado na pesquisa. Como algumas pessoas ocuparam posições diferentes em cada período, havendo aquelas que tiveram participação em dois e três períodos, a soma de pessoas entrevistadas chega a 19. Foram entrevistados ministros, secretários, diretores e coordenadores de áreas do MS, MEC e Casa Civil; pessoas em posições estratégicas no núcleo do governo⁵ no Palácio do Planalto; deputados e senadores envolvidos com a formulação e aprovação da Lei; dirigentes de instituições que representam os secretários municipais e estaduais de saúde na gestão do SUS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) –; e membros relevantes da OPAS. Atingida a

⁵ Chama-se de ‘núcleo do governo’ a Presidência, a Casa Civil e os órgãos de assessoramento político normalmente localizados no Palácio do Planalto, que são chamados a tomar decisões com o Presidente tais como a Secretaria Geral, a Secretaria de Relações Institucionais, entre outros.

saturação, decidiu-se não estender a realização das entrevistas para além dos respondentes mencionados acima. A cada entrevistado foi perguntado sobre a influência no processo exercida pelos demais atores de modo que as ações e posicionamentos dos demais atores que tiveram influência na produção do PMM foram analisados com base nestas entrevistas, na literatura e na análise documental de entrevistas, reportagens, artigos, posicionamentos oficiais, entre outros.

As entrevistas tiveram roteiros⁶ semiestruturados e semidiretivos (MINAYO, 1993), algumas com questões específicas a depender da pessoa entrevistada, especialmente quando era necessário checar informações ou compreender determinados processos e acontecimentos. Todas as entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador que estabeleceu relação verbal e síncrona com todas as pessoas entrevistadas: 12 presencialmente, seis por aplicativos de videochamada e uma delas por aplicativo com troca de áudios com perguntas e respostas em tempo real. Em seis casos voltou-se mais uma ou duas vezes à pessoa para fazer novas perguntas e esclarecer questões. Houve apenas quatro negativas e duas não respostas.

Ruquoy (apud ALBARELLO et al., 2005, p.88) observa que o que “as pessoas afirmam sobre sua prática não é o suficiente para revelar as lógicas que as subentendem”. E alerta que, “enquanto meio de apreender práticas”, o discurso “fornece uma imagem do real correspondente à percepção seletiva que o locutor tem dele” (RUQUOY apud. ALBARELLO et al., 2005, p. 90). Assim, não se trata de tomar por completo e nem “por verdadeiro os relatos das pessoas de uma forma sistemática ou cega, mas de tentar um trabalho racional sobre o que pode ou não pode ser reconstruído como facto” (MAROY apud. ALBARELLO et al., 2005, p. 127). Bardin (2014, p. 92) entende que haverá sempre um “calculismo cognitivo e afetivo, muitas vezes inconsciente,” do entrevistado e ele atuará manifestando algumas coisas e ocultando outras. Assim, devemos submeter esse discurso a análises mais armadas, buscar outras evidências, triangulando métodos e rastreando processos (YIN, 2001; MINAYO, 2005; BENNETT e CHECKEL, 2015). Por fim, Muller e Surel (2002. p. 22) alertam:

quando interrogamos os atores de uma política, sempre nos confrontamos com fenômenos de reconstrução a posteriori: de um lado, os atores são evidentemente incapazes de prever todas as consequências de sua ação; de outro lado, o sentido de

⁶ Roteiro padrão da entrevista no Apêndice 2

uma ação se modifica na medida de sua implementação, e os atores modificam de modo retrospectivo os seus fins em função dos resultados da própria ação que estão em condições de observar e avaliar.

A primeira transcrição das entrevistas teve a colaboração de dois estudantes. Ao fim chegou-se a 286 páginas de transcrição que foram analisadas com apoio do *software* “NVivo”, para categorização e comparação de fragmentos de texto. Foram construídos diversos arquivos de texto por temas, categorias e processos associando trechos de entrevistas, evidências documentais e referências na literatura. Em que pese que as mulheres sejam expressiva maioria dentre os profissionais da saúde e da educação, isso não se reflete na composição dos quadros de direção no governo e organizações analisadas. Sendo poucas as dirigentes no período, a fim de preservar o sigilo e evitar a identificação, buscou-se nunca revelar o gênero quando se referir a uma ‘pessoa entrevistada’ usando expressões como esta e, também, ‘dirigente de então’ etc. Ainda para preservar o sigilo, os sujeitos entrevistados foram representados com símbolos: em número arábico aleatório no capítulo 3 e 4, em letra aleatória no capítulo 5 e em número romano aleatório no capítulo 6. Ou seja, uma pessoa cujos trechos de entrevistas foram utilizados em mais de um capítulo pode ser representada por até três símbolos diferentes. Em falas não sigilosas ou nas quais não seria possível esconder a identidade da pessoa, com a devida autorização, ela foi apresentada com o cargo e nome. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa na Plataforma Brasil com o número de CEP-05760818.9.1001.0056.

No caso do tratamento analítico das entrevistas foi combinada uma análise que comparou diferentes trechos classificados em categorias, como se propõe nas metodologias de Análise de Conteúdo, com outra análise de cada entrevista inteira, com base na Análise de Discurso. A seguir serão tratadas das duas análises. A Análise de Conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas com aplicações bastante variadas e duas funções principais: a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos e a verificação de hipóteses e ou questões (MINAYO, 1993). Seguindo Maroy (1997) e Bardin (2014), a análise foi organizada em três momentos: pré-análise, exploração e codificação do material e inferências, interpretação e tratamento dos resultados. Assim, em um primeiro tratamento analítico de sete entrevistas selecionadas, foi criada a versão inicial do quadro de análise com categorias descritivas e analíticas derivadas da problemática, do material e do quadro teórico e foram formuladas questões norteadoras e hipóteses explicativas. Em um segundo tratamento,

o quadro de análise foi testado e aprimorado, foram feitas operações de recorte e de codificação do texto com base nas categorias construídas. Em um terceiro tratamento, com o objetivo de fazer inferências e interpretar o material à luz das questões, hipóteses e quadro teórico da pesquisa, os recortes das diversas entrevistas foram analisados entre si, com base nas categorias descritivas e analíticas do quadro e comparados com outros textos provenientes da análise documental e bibliográfica.

Cada entrevista foi analisada também como uma unidade com base no quadro teórico de análise da pesquisa e na Análise de Discurso. Nesta, o discurso é percebido como uma prática social de produção de textos não sendo, portanto, nem só individual e nem só representação ou reflexo dos processos e estruturas sociais. Se é determinado pelas instituições e estrutura sociais, também as reproduz e transforma, sendo parte constitutiva delas. Assim, só pode ser analisado considerando seu contexto histórico-social e suas condições de produção. A Análise de Discurso trabalha mais com o sentido que com o conteúdo do texto. É uma prática tridimensional com uma análise que atua nas seguintes dimensões do discurso: como texto (resultado de uma produção discursiva qualquer); como prática discursiva realizada em uma situação social concreta; e como um exemplo de prática social que não só expressa ou reflete identidades, práticas e redes, como também as constitui e configura (IÑIGUEZ, 1994; CAREGNATO e MUTTI, 2006; FAGUNDES e NOGUEIRA, 2008; GONÇALVES, 2016).

Dentre as diversas correntes que compõem a Análise de Discurso, a análise realizada nesta pesquisa tomou como base uma perspectiva específica da Análise Crítica de Discurso denominada Análise do Discurso Político. Essa perspectiva baseou-se na obra de Fairclough que se esforçou para analisar conexões entre discurso e variáveis macrossociais. O autor distinguiu linguagem e discurso, afirmando que esse último é a linguagem enquanto prática social, com suas condições de produção determinadas por estruturas sociais. O discurso seria determinado por ordens de discurso socialmente construídas, mas também afetaria as estruturas sociais, por isso, para o autor, a análise das práticas discursivas nos informa tanto sobre a construção e reconstrução da estrutura social, como sobre a configuração dos sujeitos (IÑIGUEZ, 1994). A Análise do Discurso Político considera que a ação política e o discurso político têm especificidades e, portanto, exigem um modelo de análise específico (FAIRCLOUGH e FAIRCLOUGH, 2013). Baseando-se na teoria política, entende que a ação política trata de chegar a decisões de ação em questões de interesse comum através de alguma

forma de argumentação coletiva. Os imperativos práticos da política exigiriam escolhas imediatas entre alternativas que não fazem justiça à sua complexidade real, em contextos de desacordo e conflito e em condições de incerteza, de riscos e de informações incompletas. Para essa perspectiva há, na ação política, um raciocínio prático que se refere ao “que fazer” ante problemas práticos enfrentados por atores que agem em circunstâncias particulares e que visam a atingir objetivos. Assim, a deliberação na política exigiria pesar uma variedade de considerações relevantes, se aliar a outros atores em um ambiente no qual há ampla gama de pontos de vista. Com efeito, no discurso político predominaria a forma de argumentação prática a favor ou contra maneiras de agir com o objetivo de fundamentar a decisão. Além disso, embora a ação política busque moldar percepções impondo ou conquistando aceitação de representações particulares (descrições, narrativas, explicações sobre algo), a preocupação maior dos atores é fazer com que suas linhas de ação propostas, suas estratégias e políticas, prevaleçam sobre outras, ainda que os valores e as ideias, de um modo geral, influenciem na escolha, forma e objetivo da ação (FAIRCLOUGH e FAIRCLOUGH, 2013).

Na análise das entrevistas foram utilizados conceitos - ‘objetivos’, ‘valores’, ‘preocupações’, ‘cursos de ação’, ‘circunstâncias’ e ‘consequências’ - propostos pelos autores que foram úteis para identificar, analisar e comparar propósitos, interesses, ideias, posicionamentos e estratégias de ação dos atores analisado. Com base em Fairclough e Fairclough (2013), será feita uma breve síntese sobre esses conceitos para que se possa compreender como os discursos foram analisados e qual o uso será dado a essas palavras ao longo desta tese. O ‘objetivo’ não deve ser entendido somente como o que o ator deseja e seus interesses, e sim como um possível estado de coisas que ele intenciona, compatível também com seus ‘valores’ e ‘preocupações’, porque alguns objetivos como, por exemplo, a necessidade de se conformar a uma ordem moral ou legal, são impostos às pessoas como restrições externas, independentemente de seus desejos e interesses. O conceito de ‘valores’ foi utilizado tal como o de ‘visões de mundo’ e ‘estruturas normativas’ de nosso quadro teórico (CAMPBELL, 2002). ‘Preocupações’ é um conceito que se refere às necessidades, desejos, emoções, disposições emocionais e preocupações de cumprir deveres, requisitos, obrigações, normas, regras, leis etc., conforme o exemplo dado acima. Deste modo, articula tanto influências subjetivas e inconscientes da ação quanto constrangimentos institucionais. Assim, ao analisar os ‘objetivos’ nos discursos dos atores, incluindo neste conceito os interesses, foi importante observar a influência dos ‘valores’ e ‘preocupações’ nos objetivos.

O conceito de ‘curso de ação’ trata dos meios que os atores consideram para alcançar o ‘objetivo’ pretendido. Para os autores, os ‘valores’ influenciam tanto os ‘cursos de ação’ possíveis quanto os ‘objetivos’, pois ambos são analisados em função de sua compatibilidade com os ‘valores’, podendo ser excluídos aqueles julgados não compatíveis. Os atores não apenas imaginam ‘objetivos’ em relação aos ‘valores’, mas analisam a situação e seus problemas com base em seus ‘valores’. A escolha dos ‘cursos de ação’ ocorre, portanto, em função de seus ‘objetivos’, ‘valores’ e ‘preocupações’, mas também porque se encontram em ‘circunstâncias’ particulares que restringem o leque de ações possíveis. Assim, o conceito de ‘circunstância’ ajuda a articular a relação entre agência e estrutura no discurso e na prática dos atores. Por fim, partindo do entendimento que uma situação típica de tomada de decisões na política é aquela na qual um ator se depara com alguns ‘cursos de ação’ possíveis e adota a proposta que melhor sobreviveu às críticas, torna-se importante o conceito de ‘consequências’ que se refere aos efeitos da ação. Estes podem ser ou não intencionais, previsíveis e desejáveis. Podem, mesmo sendo desejáveis, resultar em custos com os quais os atores não desejam arcar. Para os autores, os atores operam com hierarquias de ‘objetivos’ e de ‘valores’ e estão dispostos a aceitar alguns custos, mas não outros, dependendo de como eles afetam os ‘objetivos’ e os ‘valores’ mais altamente classificados (FAIRCLOUGH e FAIRCLOUGH, 2013).

Assim, as entrevistas foram também analisadas com base nesses conceitos, articulando-os ao referencial teórico da pesquisa, buscando identificar os objetivos, valores e preocupações de cada ator, bem como os modos como se deram as escolhas dos cursos de ação nas circunstâncias dos processos mais significativos. Para findar a discussão dos aspectos teórico-metodológicos, na próxima e última seção é abordada brevemente a implicação do autor e como isso foi tratado metodologicamente no processo de pesquisa.

2.5 SOBRE A IMPLICAÇÃO E A PESQUISA

A impossibilidade de separar sujeito e objeto no processo de pesquisa é algo amplamente reconhecido e aceito, não somente, mas especialmente, nas ciências sociais, onde se refuta há muito tempo a pretensão positivista de neutralidade (SANTOS, 1989; MINAYO, 1993; ALVES-MAZZOTTI, 2006). Tanto no campo da Sociologia do Conhecimento (SANTOS, 1989) quanto na Saúde Coletiva (MINAYO, 1993) argumenta-se que não é

possível conceber pesquisa desinteressada e pesquisador neutro. Merhy (2004) observa que, especialmente no campo da Saúde Coletiva brasileira, em diversas situações e pesquisas, o sujeito é também implicado com o que está analisando, podendo ser um pesquisador que investiga políticas de saúde que afetam sua condição de usuário ou profissional do sistema de saúde, podendo, ainda, ter sido um especialista ou o gestor de algum ente federado e nível de governo que atuou na formulação e implementação da política estudada com graus variados de responsabilidade. Ante situações como estas, alguns autores recomendam que as pesquisas sejam expostas ao máximo à crítica da comunidade científica, que durante o processo de pesquisa se desenvolva diálogos com pares da comunidade científica e sujeitos envolvidos com o objeto de estudo, bem como se coloque em discussão os compromissos e implicações tanto dos pesquisadores quanto dos impactos de seus estudos no contexto social (SANTOS, 1989; MERHY, 2004; ALVES-MAZZOTTI, 2006).

Com efeito, seguindo essas e outras recomendações, neste capítulo fizemos uma detalhada discussão sobre o referencial teórico-metodológico para, entre outros motivos, deixar claros pressupostos e procedimentos de pesquisa e, com isso, ampliar as possibilidades de diálogo crítico. Fizemos ampla revisão de literatura atentos às semelhanças e diferenças entre nossas interpretações e aquelas de outros trabalhos, tanto no que diz respeito à análise dos atores estudados, quanto com relação a acontecimentos, desdobramentos e resultados da política em análise. Reconhecendo nossa implicação apresentada a seguir, fizemos o esforço de estudar e compreender em profundidade e, de modo empático, os discursos, posições, valores, objetivos e ideias dos atores significativos no estudo do objeto, especialmente daqueles com os quais menos temos afinidades. Como modo de refletir sobre nossas escolhas, interpretações e possíveis tendências de análise, consideramos largos períodos de tempo, dialogamos bastante com a literatura e fizemos diversas atividades compartilhamento do andamento, metodologia e resultados da pesquisa, seja individualmente com colegas com implicações bem distintas, seja em grupos de discussão nos quais a pesquisa e essas questões foram debatidas. Cabe destacar os diálogos permanentes com nossa orientadora e, também, frequentes com a coorientadora que, além de não estarem situadas nos coletivos e grupos sociais que compõem minha implicação, são pessoas que reúnem grande experiência em pesquisas na Sociologia e Políticas Públicas e que foram muito importantes ao exigir rigor e reflexão constante.

De modo breve, uma primeira dimensão da implicação deste pesquisador tem a ver com o fato de eu ter me formado como médico em 2003 e ter sido liderança regional e nacional do movimento estudantil de Medicina. Ser médico já me coloca em contato, desde dentro, com instituições e entidades médicas. Ter sido dirigente do movimento estudantil de 1998 a 2000, cujas principais pautas eram a mudança das escolas de Medicina e a construção do SUS nos moldes do proposto pela Reforma Sanitária me fez ter relação direta com a direção das entidades médicas analisadas na tese, ter atuado em questões sociais e processos na sociedade civil que são analisados na tese e ter conhecido diversas pessoas que também são analisadas na tese. Obviamente, compartilho mais valores com alguns grupos e pessoas que com outros analisados na tese.

A segunda dimensão tem a ver com minha atuação como médico de família e gestor na área da saúde nos níveis municipal, estadual e federal lidando durante, aproximadamente, 13 anos com programas e políticas de atenção básica e de provimento, formação e regulação do trabalho de profissionais de saúde no SUS. Grande parte de minha produção científica anterior trata desses temas. A terceira dimensão relaciona-se com o fato de eu ter especialização, mestrado, produções acadêmicas e pesquisas na área de Saúde Coletiva, ter relações com quadros regionais e nacionais do Movimento Sanitário e ser reconhecido publicamente com um militante desse movimento. Por essas duas atuações tive muito contato com diversas organizações, agências estatais e atores analisados na pesquisa, tais como o governo federal, o Congresso Nacional, organizações multilaterais como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), Associação Brasileira da Rede Unida (Rede Unida), secretarias municipais e estaduais de saúde e seus órgãos de representação como Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), entre outras.

Por fim, uma quarta dimensão refere-se ao fato de eu ter sido Diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS de janeiro de 2011 a março de 2014, período que corresponde ao último período estudado em profundidade na pesquisa que vai justamente de janeiro de 2011 a outubro de 2013. Após esse período fui nomeado Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), secretaria responsável pelas políticas de educação, provimento, regulação e gestão do trabalho no SUS e que era responsável pelo PMM. Assim, ainda que no período analisado eu não estivesse à frente do PMM, era um dos dirigentes do

MS no período em que ele foi criado. Ter assumido a direção da Sgtes 10 meses após a criação do PMM me permitiu ter acesso a diversas informações, dados e, também, relações da gestão do programa com outros espaços de decisão no governo federal – Presidência, Casa Civil, MEC, e todos as demais instituições envolvidas no programa -, com os parlamentares, entidades e lideranças médicas em diversas conversas, reuniões e eventos discutindo sobre o PMM ou outros assuntos. Também com universidades, com a comunidade científica que mais desenvolvia estudos sobre o Programa, movimento sanitário, imprensa, organizações e movimentos sociais, apoiadores e opositores do programa de diversos tipos, entre outros atores.

Assim, de um lado, essa trajetória garantiu um lugar privilegiado para vivenciar processos e acontecimentos, relacionar-me com organizações e pessoas e acessar informações absolutamente importantes para esta pesquisa. Sem essa vivência, teriam sido outras as problematizações, hipóteses, buscas, condições e modos de buscar as informações necessárias aos esclarecimentos de questões na pesquisa. De outro lado, foi muito importante ter tomado todas as medidas citadas acima para evitar as diversas possibilidade de ‘cegueiras situacionais’ (MATUS, 1993) que poderiam atrapalhar na análise do PMM e na resposta às questões de pesquisa.

3 INSUFICIÊNCIAS E DESIGUALDADES NA OFERTA E FORMAÇÃO MÉDICAS: QUESTÕES, POLÍTICAS E ATORES

No capítulo anterior foi discutido o quadro teórico e metodológico construído para esta pesquisa. Entre os temas tratados, foi discutida a importância de compreender os recursos de poder dos atores sociais com base não só no modo como agem frente às oportunidades e restrições dos espaços político-institucionais, mas também analisando suas relações na estrutura associativa da sociedade. Com efeito, na primeira seção deste capítulo são agregadas contribuições teóricas à análise da profissão médica, isto é, suas relações com a estrutura social, sua posição no arranjo institucional, seus modos de organização para a atuação política e propostas políticas mais importantes e perenes. Essa análise é necessária dado o fato de os médicos serem não só objeto das políticas em análise, mas também sujeitos coletivos com forte capacidade de influenciar no conteúdo, rumos, viabilidade e resultados das políticas. Há significativa regularidade nas posições dos médicos quando comparados diversos contextos nacionais e, também, diferentes momentos do período histórico considerado na pesquisa. Fato que sugere a análise de aspectos que possam explicar essas posições e ajudar a compreender o papel dos médicos nas políticas estudadas.

Na segunda seção discute-se como são analisadas no Brasil e no mundo as questões das insuficiências na oferta e formação de médicos, tanto vagas de graduação e especialização em Medicina (residência médica⁷) quanto do perfil de formação médica inadequado às necessidades da população e do sistema de saúde. O intuito é aprofundar o entendimento sobre essa questão para compreender melhor tanto políticas formuladas para enfrentá-la, como atores e processos sociais envolvidos com sua reprodução e mudança. Na terceira, é analisada a literatura sobre as políticas formuladas e/ou implementadas para enfrentá-las no âmbito internacional e, especialmente, no Brasil de 1950 a 2002. São analisadas as ideias envolvidas em sua formulação, instrumentos de política pública utilizados, efeitos em atores estratégicos e posições dos mesmos em relação a essas políticas, para identificarmos quais elementos envolvidos no processo de produção dessas políticas tiveram efeitos na produção do PMM, criado em 2013. Há o evidente interesse nestas duas seções de identificar e analisar

⁷ Modalidade de formação de especialistas praticada desde os anos 40, mas que foi instituída pela Lei 6.932 de 1981 e que é reconhecida e considerada padrão ouro, ao mesmo tempo, pelo sistema de ensino federal e pelas entidades médicas.

legados ideacionais e institucionais que influenciaram anos depois a produção do PMM. Por fim, na quarta seção analisa-se como entram na agenda, são formuladas e implementadas essas políticas nos subsistemas da saúde e educação e quais são os arranjos institucionais, atores e ideias relacionados a essa produção.

3.1 OS MÉDICOS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE QUE ENFRENTAM OS PROBLEMAS DAS INSUFICIÊNCIAS E MÁ DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS E DE VAGAS DE FORMAÇÃO MÉDICA

Além das evidências nacionais e internacionais quanto à importância dos médicos e suas instituições na regulação da profissão e na construção, bloqueio e influência em políticas públicas como as estudadas nesse capítulo, a pesquisa revelou um papel relevante dos mesmos nos processos de entrada na agenda governamental e formulação do PMM. Sendo um fator decisivo na explicação do porquê o PMM não ter acontecido antes de 2013, cabe compreender os motivos de serem atores tão empoderados, especialmente quando tratamos de políticas como as estudadas aqui, como atuam politicamente, para quê e em nome de quê. Esta pesquisa compreende que atores sociais coletivos atuam com base em objetivos e valores compartilhados e utilizando recursos de poder que lhes conferem diferentes capacidades de atuação, que podem ser melhor entendidos se analisadas não só as relações que estabelecem com o Estado, mas também os legados históricos e a configuração de relações sociais que conformam os padrões associativos no âmbito da sociedade civil. Para melhor compreender as possibilidades de atuação desses atores em cada circunstância, ante os constrangimentos e oportunidades estabelecidos pela configuração político-institucional em um determinado contexto, é necessário se ater a seus objetivos e valores, a seus recursos de poder e leque de ações estratégicas. Assim, aprofundaremos porque a Medicina é uma profissão ‘típica’ na perspectiva da Sociologia das Profissões e quais implicações disso, que relações sociais estabelece, qual o papel que tem em sua autorregulação, quais suas propostas políticas, objetivos e como atua e exerce seu poder.

3.1.1 Relações da Medicina na estrutura social: a base de sua força instituída

Machado parte do conceito de Starr (1991, apud MACHADO, 1997) para considerar que uma profissão, enquanto tipo ideal, é uma ocupação autorregulada que exerce uma atividade especializada que se justifica por uma “capacitação ou formação específica” e que se orienta por “princípios ético-profissionais definidos por ela mesma” (MACHADO, 1997, p. 21). Considera que a Medicina moderna do século XX conseguiu fundar seu conhecimento e sua prática profissional na racionalidade científica hegemônica e legitimar sua prática e serviços como ‘bens sociais’ capazes de prolongar e melhorar a vida e promover o desenvolvimento social da coletividade. A profissão adquiriu um “vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática num sofisticado e complexo ato técnico-científico” e a unificação dessa base cognitiva produziu a unificação do conhecimento médico e padronizou a produção dos serviços e dos produtores aptos e habilitados. Trata-se de um conhecimento que, embora produzido socialmente, é apropriado privativamente por uma profissão que, para isso, desenvolve estratégias profissionais com características “pré-capitalistas” e de “antimercado”, cujo objetivo é a “proteção e manutenção de prerrogativas monopolistas” (MACHADO, 1997, p. 23). Baseando-se em Larson (1977 apud MACHADO, 1997), o qual afirma que é o domínio e o monopólio desse conhecimento que constituem o fundamento da autonomia das profissões e do prestígio profissional.

Alguns autores consideram que aquela que mais se aproxima do tipo ideal de profissão é a Medicina porque nenhuma outra exerce seu grau de autorregulação e de autonomia científica, tecnológica, política e econômica. Ela possui um monopólio de exercício garantido e ratificado pelo Estado que lhe confere prerrogativas que a diferencia da maioria das profissões que disputam o mercado de serviços especializados (SCHRAIBER, 1993, 1995, 2019; MACHADO, 1997; CARAPINHEIRO, 2005). Para Machado (1997), a Medicina, a exemplo da advocacia, engenharia e arquitetura em graus menores, tem leis que regulam a prática profissional e garantem o monopólio das mesmas àqueles reconhecidos como médicos, podendo colocar na ilegalidade todos os demais que tentem praticar atos tidos como exclusivos dessa profissão. Tem também a capacidade de regular autonomamente uma série de questões relacionadas ao seu exercício e formação profissionais. Carapinheiro (2005) considera que a análise da autonomia econômica e política da Medicina é central para o entendimento de sua autonomia científica e tecnológica e permite à Medicina desenvolver “áreas especializadas de conhecimento médico” e definir “práticas médicas cientificamente

aceitáveis” que lhe dão notável controle do “conteúdo de seu trabalho” e dos “respectivos processos de formação e aprendizagem” (CARAPINHEIRO, 2005, p. 71-72).

Embora com características e matizes diferentes, é mundial o fenômeno de algumas profissões serem regulamentadas pelo Estado e dessa regulamentação conceder o poder de se autorregular. É o caso da Medicina, mesmo em países como a França e o Canadá com forte tradição de intervenção do Estado nas políticas sociais (MACHADO, 1997; GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000). As profissões regulamentadas têm seus mercados fechados no sentido de ter sua oferta definida por instituições extra mercado. No Brasil, por exemplo, a formação de médicos não consegue responder à demanda do mercado porque a profissão médica atua restringindo a ampliação de vagas, impedindo que médicos formados no exterior atuem no mercado doméstico e controlando com bastante autonomia a formação de especialistas, quantitativa e qualitativamente. A regulamentação profissional define procedimentos e atividades que as profissões podem fazer, delimitando escopos mais ou menos abrangentes com efeitos maiores ou menores no sistema de saúde, e a quantidade de profissionais e quais profissões podem realizar determinados procedimentos. A regulamentação resulta em um privilégio concedido pelo Estado comumente justificado com três argumentos fundamentais: por serem atividades 1- com impacto importante no bem estar individual e público e que, portanto, devem ter sua segurança e qualidade assegurada pelo Estado, 2- que exigem conhecimentos e habilidades complexas só adquiridas em formações muito específicas e 3- cuja avaliação e julgamento de sua qualidade e resultados não são passíveis de julgamento espontâneo do público leigo (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000).

Carapinheiro observa que a ordem social das instituições, incluindo as médicas, “se explica primordialmente pelas relações de poder que se produzem e reproduzem no seu interior” e que, para analisá-las, é necessário buscar explicações “para além” delas (CARAPINHEIRO, 2005 p. 78). Estudando as bases dos poderes das profissões, autores apontam que seu surgimento e manutenção estão relacionados a mecanismos de controle e de poder exercidos pelos interesses dominantes mais amplos da sociedade. No caso da Medicina, em parte, seu poder pode ser explicado pelos elementos relacionados à relevância social atribuída ao saber e à prática tecnológica que ela domina, o cuidado médico, que pode evitar ou minimizar a dor, o sofrimento e a morte e restabelecer a saúde. Mas, no centro dessa explicação, está o papel que a prática e instituições da Medicina cumprem nos mecanismos de

poder dos grupos e interesses dominantes na sociedade e no Estado, que, por terem interesse na manutenção e difusão dessa prática e instituições, reconhece e legitima o poder da Medicina e protege seu monopólio profissional que lhe assegura uma posição de dominância no interior do processo de divisão de trabalho (DONNANGELO, 1975; MENDES-GONÇALVES, 1979; LUZ, 1979; QUEIROZ, 1991; CARAPINHEIRO, 1992; CECÍLIO, 1999; FRIEDSON 1970 apud CARAPINHEIRO, 2005; WILLIS, 1983 apud CARAPINHEIRO, 2005; SCHRAIBER, 1993, 1995, 2019; FOUCALT, 1998; MERHY, 2005; AROUCA, 2013).

Considerando os estudos que diversos autores fizeram das relações da Medicina com a estrutura social e os mecanismos de poder de grupos e interesses dominantes na sociedade, é possível identificar papéis da Medicina na produção social e manutenção do *status quo* nas seguintes dimensões: na economia, garantindo a reprodução da força de trabalho e o aumento da produtividade (DONNANGELO, 1975; SCHRAIBER, 1993, 1995; CARAPINHEIRO, 2005; AROUCA, 2013); na produção capitalista específica do setor saúde⁸ (DONNANGELO, 1975; SCHRAIBER, 1993, 1995; CARAPINHEIRO, 2005; AROUCA, 2013); no processo de legitimação política do Estado, ao ofertar serviços de saúde para uma população que tem necessidades de cuidados e atribuir grande relevância política a esta necessidade (DONNANGELO, 1975; LUZ, 1979; CARAPINHEIRO, 2005; WILLIS, 1983 apud CARAPINHEIRO, 2005; AROUCA, 2012); na biopolítica, exercendo papéis de vigilância e controle dos corpos, de reprodução de valores fundamentais para a manutenção do *status quo*, que vão da visão mais individualista da doença e da cura - que desvaloriza os determinantes sociais, foca em soluções baseadas na mudança de comportamentos individuais, em intervenções centradas na Biomedicina para a realização de procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento com alto grau de utilização de tecnologias industriais - até o processo mais amplo e complexo de medicalização⁹ da vida (ZOLA, 1975; DONNANGELO, 1975; LUZ, 1979; FOUCALT, 1998; CARAPINHEIRO, 2005; WILLIS, 1983 apud

⁸ Em 2018 respondia por expressivos 10% do PIB mundial e 8% do brasileiro (WHO, 2018).

⁹ O conceito de medicalização, no Brasil, principalmente com Donnangelo (1975) e de Luz (1979), refere-se aos processos de ampliação dos problemas e dimensões da vida que são tratados como questões explicadas pela Medicina e que demandam discursos, orientações e intervenções médicas articuladas a mecanismos biopolíticos de controle social e de ampliação das necessidades sociais de bens e serviços produzidos pela saúde enquanto setor da economia. Internacionalmente são muito conhecidos os trabalhos de Zola (1975) e Conrad (2007).

CARAPINHEIRO, 2005; CONRAD, 2007; AROUCA, 2012); no tratamento cotidiano, seja em cada encontro profissional-usuário ou nos discursos difundidos por meios variados, de questões como a sexualidade, as relações familiares, o cuidado de si e com os filhos e acerca dos papéis sociais, na qual a Medicina reproduz as concepções e relações patriarcais, racistas e heteronormativas hegemônicas (LUZ, 1979; 2019; FOUCAULT, 1998; CARAPINHEIRO, 2005).

A capacidade de manter esse monopólio e o tipo de relação da profissão com o Estado passaria por três elementos: pela estrutura do Estado em análise, pelo grau de organização política da profissão e pelas relações que estabelecem com os grupos dominantes, em especial, alguns setores capitalistas (CARAPINHEIRO, 2005). Esses três elementos foram considerados na análise da condição e atuação da profissão médica na pesquisa. A próxima subseção trata de mudanças nos aspectos econômicos que ajudam a compreender tanto a relação do trabalho médico com grupos economicamente hegemônicos no setor saúde quanto reações políticas da Medicina a estas mudanças.

3.1.2 Mudanças econômicas no macrossetor da saúde: a autonomia profissional e a agenda política da profissão médica

Se no capitalismo liberal a profissão médica gozava de um mercado livre e pouco regulamentado no qual a Medicina tinha mais autonomia, no capitalismo contemporâneo tem crescido progressivamente a regulação tanto do Estado quanto das grandes empresas do setor que buscam controlar os custos médicos. Há crescente redução da autonomia profissional em função da mudança do modo de realização de lucro no setor. O capital hegemônico, atualmente, é o capital financeiro associado às seguradoras e às operadoras de planos privados de saúde que, em vez de lucrar com a produção de procedimentos, como ocorre no chamado complexo médico-industrial, lucra com a redução dos gastos em saúde em sistemas remunerados na lógica de pré-pagamento. Esse processo vem sendo analisado no Brasil e na América Latina desde os anos 1970 em diversas obras (CAMPOS, 1985; SCHRAIBER, 1992, 1995, 2019; MACHADO 1997; IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2000). Os estudos convergem em destacar mudanças que vieram acontecendo na virada do século e mostram a dependência crescente do trabalho médico de uma produção cada vez mais corporativa com a presença de trabalho associativo, coletivo e em equipe, em estabelecimentos de saúde com

complexas linhas de produção e maior proporção de capital fixo em estrutura e equipamentos. Existe a tendência de haver uma gestão institucional que, perseguindo o objetivo de reduzir custos, confronta cada vez mais as decisões clínicas dos médicos e seu poder de prescrever medicamentos e procedimentos – algo historicamente encarado pela profissão como de decisão privativa e individual de cada médico - com evidências científicas organizadas em protocolos estabelecidos institucionalmente em processos de controle, autorização e auditoria de decisões médicas. Há, portanto, redução da autonomia técnica e do poder de decisão do médico no cuidado aos pacientes, um questionamento crescente da tradicional hegemonia médica nas equipes de saúde, abalos no prestígio profissional junto aos usuários e na maneira como são vistos pela sociedade. O objetivo de reduzir os custos e de contornar a escassez de médicos em diversas áreas também têm provocado uma busca, no setor público e no privado, por substituir procedimentos médicos por aqueles realizados por outros profissionais de saúde que, especialmente no mercado de trabalho brasileiro, tem uma disponibilidade de profissionais muito maior e um valor hora-trabalho muito menor que o do médico. Essa situação tem levado ao acirramento de certas posições históricas da profissão médica com o objetivo de preservar privilégios ameaçados, reforçar o monopólio da Medicina sobre procedimentos estratégicos, exigir autonomia ante qualquer possibilidade de intervenção do Estado ou das empresas e exaltar uma imagem liberal da profissão cada vez mais distante da atual realidade (CAMPOS, 1986; SCHRAIBER, 1992, 1995, 2019; GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000; MACHADO, 1997; CECÍLIO, 1999; GOMES, 2018).

As questões presentes de maneira recorrente nas prioridades políticas, nacionais e internacionais, das entidades médicas têm relação com a tentativa de manter o *status quo*. Uma ideia central nessas prioridades é a defesa da autonomia dos médicos, da autorregulação da profissão e da visão liberal da produção de serviços médicos. A liberdade de ação, a autonomia de decidir a conduta técnica que melhor se adapte à necessidade do paciente é um valor absolutamente central para os médicos (DONNANGELO, 1975; FRIEDSON, 1978 apud CARAPINHEIRO, 2005; LARSON, 1977 apud CARAPINHEIRO, 2005; MENDES GONÇALVES, 1979; STARR, 1991 apud MACHADO, 1997; CAMPOS, 1988; SCHRAIBER, 1993, 1995, 2019; MACHADO, 1997; CECÍLIO, 1999; AROUCA, 2003; CARAPINHEIRO, 2005; FERLA, 2007; GOMES, 2016). Segundo Schraiber (1995, p. 61-63):

a autonomia profissional [é] o lema de uma disposição de luta técnico-política desses profissionais ao se voltarem para sua preservação. Luta em que se colocam em jogo não apenas prestígio, alta remuneração ou vantagens materiais, características que, aliadas ao monopólio corporativo de prática, permitiu a elitização desses trabalhadores, mas luta em que se sabe em jogo a própria autoridade técnico-científica. (...) preservar a autonomia é uma estratégia de poder; e poder de “Ordem”, disciplina da vida social e projeto social de vida. (...) sob a bandeira técnica, são a soberania política e o estatuto ideológico de autoridade exclusiva, o que se quer preservar.

Considerando estudos que analisaram questões, posições e as prioridades políticas das entidades médicas e que contemplam a década de 1960 até a de 2010 (CAMPOS, 1988; MACHADO, 1997; GOMES, 2016; SOARES et al., 2017; SILVA, 2018), identifica-se que nesses mais de 50 anos as questões e posições principais das entidades médicas relacionadas às políticas públicas importantes em nosso estudo foram: 1- a posição contrária às propostas de provimento de médicos em locais com maior necessidade que não passassem por uma carreira em nível nacional, dirigida preferencialmente à atenção básica em saúde; 2- a proposição de uma regulamentação do ato médico, como forma de assegurar o monopólio de exercício da profissão e limitar a atuação de ‘leigos’ e das demais profissões de saúde; 3- a busca de controlar a autorização da abertura de vagas de graduação e residência médicas, de reduzir o número total de vagas de graduação e manter o controle sobre a formação de especialistas; e 4- a ação para impedir ao máximo habilitação de médicos formados no exterior, sejam brasileiros ou estrangeiros, para o exercício da Medicina no país.

O exame do modo como os médicos ambicionam em se inserir no mercado de trabalho ajuda a compreender a posição das entidades médicas com relação à expansão de serviços públicos de saúde, ao provimento da força de trabalho e à carreira como modo de contratação. Há predileção pela contratação como profissional liberal em relação à condição de empregado público ou privado. É questão prioritária para as entidades médicas, desde os anos 1970, que os contratantes públicos e privados paguem aos médicos por procedimentos realizados, conforme uma tabela de valores construída e regulada pela própria profissão: a chamada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Historicamente, estas entidades defendem a liberdade do médico escolher onde atuar, quem atender e quais condutas tomar, independente do custo e não admitindo interferência na relação médico-paciente, seja do Estado ou da empresa. Negam a legitimidade do Estado de estabelecer as prioridades assistenciais e defendem a eficácia dos mecanismos reguladores do mercado livre

em detrimento de racionalidades definidas em ‘gabinetes’ da gestão governamental. Assim, nas décadas de 1960 e 1970 até mesmo políticas de expansão de cobertura eram criticadas como a posição tomada pela Associação Médica Brasileira (AMB) no início dos anos 1960 e no fim dos 1970 contra programas de expansão de serviços públicos de saúde criticando seu caráter ‘estatizante’ que aumentava a interferência estatal na assistência médica, enfraquecia a iniciativa privada e limitava o direito de livre-escolha do médico pelo paciente (LUZ, 1979; CORDEIRO, 1974). Na virada dos anos 1970 para os 1980, a expansão de serviços públicos, o aumento de médicos contratados pelo Estado e a maior representação destes nas direções das entidades médicas fez com que elas exigissem melhores condições de trabalho, aumento dos salários de ingresso e expansão do mercado via setor público. Com isso passaram a cobrar a criação de uma carreira médica nacional dirigida, especialmente, a médicos que atuam em segmentos como a ‘atenção básica e a ‘Medicina Preventiva’. Já políticas nas quais o Estado buscava recrutar e dirigir o provimento de médicos eram aceitas pelas entidades até o limite no qual é preservada a liberdade dos médicos de decidirem se lhes convém ou não aderir, tratando o Estado apenas como mais um contratante a disputar o médico (CAMPOS, 1988; MACHADO, 1997; GOMES, 2016).

As demais questões presentes na agenda política das entidades, a saber, a regulamentação do ato médico, a manutenção do controle sobre a formação de especialistas, o pleito de controlar a abertura e reduzir o número de vagas de graduação e a restrição da atuação no Brasil de médicos formados no exterior, relacionam-se com as chamadas ‘estratégias de exclusão’, que têm o objetivo de manter as exigências de requisitos educacionais obtidos em nível nacional que, poucas vezes, têm correspondência com as dificuldades do trabalho profissional, para manter uma posição hegemônica sobre os privilégios que lhe estão associados (PARKIN, 1979 apud CARAPINHEIRO, 2005). Nesse sentido, são excluídos, respectivamente, os demais profissionais de saúde, os médicos que não possuem uma dada especialidade que limita aos seus habilitados um escopo de procedimentos, àqueles que querem tornar-se médicos, mas não conseguem ultrapassar as barreiras de acesso às limitadas vagas disponíveis e aos médicos estrangeiros ou brasileiros formados em outros países. O primeiro registro de uma ação das entidades médicas, junto ao parlamento, para limitar a atuação dos demais profissionais de saúde, análoga à Lei do Ato Médico, que foi uma questão central para a profissão nas duas primeiras décadas do século XXI, foi o apoio em 1980 a um projeto de lei que não progrediu e que regulamentaria o

exercício das profissões de saúde. A atuação pela restrição à abertura de escolas médicas é mais antiga e observada desde os anos 1960, com o objetivo, inclusive, de reduzir o número de vagas de graduação, por considerarem que o mercado de trabalho estava ‘saturado’ e a formação em ‘excesso’ eram causas determinantes de desvalorização do trabalho médico. O rechaço à autorização do exercício de médicos formados fora do país também é antigo, mas ganhou importância crescente a partir dos anos 1990 (CAMPOS, 1988; MACHADO, 1997; GOMES, 2016).

3.1.3 Modos de atuação da profissão médica: atores individuais e coletivos

As estratégias de ação dos médicos para influenciar as políticas são variados. Atuam como um grupo de interesse junto ao parlamento e ao executivo, na lógica clássica do ‘triângulo de ferro’ (CÔRTEZ e SILVA, 2010; SECHI, 2010), estabelecem negociações de gabinete com autoridades constituídas, e articulam *lobbies* parlamentares para influenciar a definição de políticas, projetos e orçamentos (CAMPOS, 1988; GOMES, 2016). Preferem agir junto a autoridades que são colegas de profissão e apostam em sua capacidade de influenciar essas autoridades, em geral, pela “pressão moral que a profissão seria capaz de exercer por seu natural *status*” (CAMPOS, 1988, p. 85).

Para compreender melhor essa influência dos médicos como atores políticos relevantes é importante considerar que os processos de organização e atuação dos atores sociais respondem também à “infraestrutura associativa da sociedade”, que é “composta pela diversidade de formas de associação socialmente instituídas”, incluindo das “redes informais de sociabilidade às estruturas organizativas formais” (CÔRTEZ e SILVA, 2010, p. 435). Existem recursos de poder que são fruto “das relações sociais que esses atores travam na esfera societal”, fora da esfera estatal, que também “influenciam decisões estratégicas” (CÔRTEZ e SILVA, 2010, p. 431). A análise desses recursos e relações ajuda na compreensão do poder e das possibilidades de ação que os atores podem lançar mão frente a “oportunidades e constrangimentos institucionais”. Exige, então, o estudo da “configuração das relações sociais que conformam os padrões associativos ao longo do tempo”, a identificação de recursos materiais e simbólicos gerados por essa configuração e o modo “como tais recursos são socialmente distribuídos, definindo diferentes capacidades de atuação aos atores sociais” (CÔRTEZ e SILVA, 2010, p. 436).

Ao dispor desses recursos de poder e ao ter acesso a atores mais bem posicionados na hierarquia social e governamental, os médicos agem para influenciar as políticas e instituições de saúde. Há uma complexa e engenhosa construção social que delega à profissão médica o papel definidor das políticas de saúde, um saber considerado legítimo, relevante e que é considerado tanto pelos decisores e formuladores de política quanto no debate público mais amplo (CARAPINHEIRO, 2005; MACHADO, 1997). Nas entrevistas realizadas para a elaboração da tese, foram diversos os relatos de médicos que foram alçados a cargos diretivos ou que foram um dos principais influenciadores de decisões políticas, por serem cuidadores ou terem cuidado em situações dramáticas dos próprios sujeitos decisores de políticas ou de seus familiares (E. 3; 9; 12; 13; 17). Note-se que a própria imprensa explora essa mistura entre uma relação privada-profissional e política¹⁰.

Outro elemento está relacionado à origem e à inserção social dos médicos e ao fato de constituírem redes de relações nos espaços de reprodução da vida com esses atores mais bem posicionados. De um lado, Machado (1997) identifica que grande parte dos médicos vem de famílias abastadas e a própria escolha da profissão é um caminho para a continuidade da posição familiar ou para a ascensão social. A pesquisa realizada pela autora concluiu que os médicos são, em sua maioria, filhos de “médicos, juristas, professores universitários, profissionais liberais, comerciantes bem-sucedidos, empresários, políticos, intelectuais - enfim, filhos de uma seleta camada social bem posicionada na estrutura social” (MACHADO 1997, p. 34). A ampliação do acesso ao ensino superior e às cotas, a partir da década de 2000, vem mudando esse perfil (RISTOFF 2014; DMB, 2018), mas os dirigentes médicos, cuja atuação é analisada nesta tese, concluíram o curso antes dessas mudanças e, portanto, fazem parte dos grupos sociais descritos por Machado.

A profissão também atua para inserir pares nas instâncias de decisão política, tanto no legislativo quanto no executivo (CAMPOS, 1988; MACHADO, 1997, GOMES, 2016). Na década de 2000 há uma intensificação dessa ação quando as entidades médicas passam a promover campanhas não só para que os médicos votassem em candidatos médicos que assumissem compromisso com os interesses da profissão, mas que, principalmente, elessem parlamentares com vinculação orgânica aos pleitos e às ideias das entidades. A sobre-

¹⁰ O título da reportagem do jornal Folha de São Paulo foi “Cardiologista de Dilma reforça coro contra vinda de médicos estrangeiros”. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/07/1308752-medico-de-dilma-reforca-coro-contravinda-de-medicos-estrangeiros.shtml>.

representação dos médicos no parlamento e executivo brasileiros é um fator que fortalece essa estratégia. Nas eleições municipais de 2012, 30% dos médicos que disputaram cargos para vereador e 40% dos que disputaram para prefeito foram eleitos, o que significou que 259 municípios passaram a ser comandados por médicos a partir de 2013; no pleito de 2010 foram eleitos 24 deputados federais e, no de 2014, 49 deputados e sete senadores, ou seja, um segmento de 0,2% da população brasileira ocupou 10% do parlamento nacional (GOMES, 2016).

Por fim, as entidades médicas, mesmo quando sob o comando de correntes tidas como mais progressistas, foram pressionadas por sua base social a orientarem “sua política segundo o mais estrito corporativismo, negando qualquer reforma que não privilegiasse ou, pelo menos, mantivesse intactos os interesses médicos”, com a justificativa social de sua ação calcada na “ética médica, construída segundo uma lógica do médico enquanto produtor autônomo de serviços” (CAMPOS, 1998, p. 197). Essas entidades têm o poder de conformar comportamentos e até posições adotadas pelos médicos enquanto indivíduos. O fato de a Medicina ser uma profissão muito bem-sucedida em seu projeto de controle do mercado, de obtenção de prestígio social e de vantagens na estrutura ocupacional faz com que haja alta adesão de seus membros ao projeto profissional (MACHADO, 1997). Ademais, as entidades médicas podem estabelecer se um determinado médico pode ou não exercer a profissão ou uma dada especialidade. As associações médicas definem os parâmetros científicos das especialidades e também certificam, com base em regras criadas por elas, quem é reconhecido como especialista. Embora a legislação brasileira não diferencie médico ‘generalista’ de ‘especialista’, em termos de direitos e deveres, ser reconhecido como especialista pelas entidades médicas tem efeitos em editais de concursos, regras da publicidade médica, valorização no mercado e a ausência do reconhecimento pode até agravar o julgamento de um erro médico cometido por um ‘não especialista’ na área em questão.

Contudo, é necessário fazer dois destaques importantes no caso em estudo. Um refere-se à especificidade do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Medicina. Diferentemente das demais entidades, que são associações privadas da sociedade civil, os Conselhos são autarquias federais, cujos dirigentes são eleitos pelos próprios médicos, às quais a legislação atribui a responsabilidade de fiscalização do exercício profissional. O outro destaque é que alguns médicos com papel relevante na produção do PMM não atuaram conforme os objetivos e valores predominantes na profissão. Ao contrário, tiveram uma

trajetória de luta contra certos privilégios e posições médicas quando as mesmas foram consideradas obstáculos à implementação do SUS nos moldes definidos pela Reforma Sanitária. Mas isso só é visto adiante (no capítulo 5). A seguir trata-se da questão das insuficiências na oferta e formação médica que tem sido objeto de diferentes políticas nos últimos 50 anos.

3.2 INSUFICIÊNCIAS E DESIGUALDADES NA OFERTA E FORMAÇÃO MÉDICAS: UMA QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA INTERNACIONAL

Os atores sociais podem entender e pensar de diferentes modos sobre uma situação, podendo alguns julgarem-na como negativa, portanto, como um ‘problema’. Contudo, para que ele se torne objeto de política do Estado ele precisa ser produzido e reconhecido como uma ‘questão de política pública’, precisa que pessoas sejam provocadas a pensar sobre ele, que ele passe a receber a atenção de atores que podem e consigam colocá-lo na ‘agenda governamental’. Há, nesse processo, uma disputa pelos modos como essa questão será analisada e explicada, sobre quais ideias serão associadas a ela e como serão valoradas sua persistência ou sua superação e as ‘soluções’ existentes ou possíveis para enfrentá-la. Há, ainda, um debate público sobre se essas soluções estão de acordo ou não com os ‘valores’ e ‘objetivos’ daqueles atores sociais envolvidos no embate, se os efeitos dessas soluções são desejáveis ou resultam em ‘consequências’ indesejadas. Assim, o modo como a questão é debatida, quem pauta, quem consegue influenciar os termos com o quais é pautada e discutida são elementos importantes na Análise de Políticas Públicas, reconhecidos por diversos autores (FLIGSTEIN, 2007; SABATIER e WEIBLE, 2007; KINGDON, 2011; FAIRCLOUGH e FAIRCLOUGH, 2013; CAIRNEY e ZAHARIADIS, 2016). Nesta seção analisa-se como a questão das insuficiências na oferta e formação médica têm sido discutidas internacionalmente, dando especial atenção ao debate realizado pelas agências multilaterais da área da saúde, haja vista sua influência nos modos como os governos dos diversos países passam a dar atenção e a discutir essa questão. Importante registrar que ao invés de analisar de modo mais amplo as insuficiências e desigualdades na atenção à saúde, optou-se por focar nas causas médicas do problema porque foi ele o tratado pela política em análise e que esteve presente no debate público.

O PMM visa tratar da insuficiência e má distribuição de médicos e de vagas de graduação e especialização em Medicina (residência médica) e do perfil de formação médica inadequado às necessidades da população e do sistema público de saúde. Há relevante produção sobre estes temas na literatura mundial, tendo havido no início do século XXI a realização de amplos estudos que revisaram as evidências mundiais disponíveis e, com base neles, a produção, sob a responsabilidade de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), de relatórios com análises e recomendações aos países sobre a formulação de políticas. São exemplos de resoluções e recomendações mundiais aquelas produzidas pela OMS em 2004, 2006, 2008 e 2010 sobre as necessidades: de formação acelerada de profissionais de saúde; da criação de mecanismos para melhorarem o recrutamento, a contratação, a distribuição e a retenção dos trabalhadores da saúde nas localidades com necessidade; dos governos enfrentarem as desigualdades sociais e de saúde; de garantirem acesso universal a serviços de saúde essenciais, seguros e de alta qualidade, incluindo em áreas remotas ou rurais; e de efetuarem mudanças na formação médica para fortalecerem os sistemas de saúde (OMS 2004; 2006; 2008b; 2010a; 2010b; FRENK et al., 2010).

Em síntese, os estudos mostram que a existência de áreas com escassez de médicos e a má distribuição dos mesmos são questões existentes em praticamente todos os países e vêm sendo analisadas de forma sistemática desde a década de 1960. As publicações apontam grande concentração de médicos nas maiores e mais ricas cidades, grande desigualdade entre países ricos e pobres e, ao mesmo tempo, em todo esse espectro de países há vagas de trabalho desocupadas em localidades com grande necessidade de atendimento médico. E ainda, que a escassez desses profissionais é mais acentuada em áreas remotas e socioeconomicamente vulneráveis (OMS 2004; 2006; 2008b; 2010a; 2010b; DUSSAULT e FRANCESCHINI, 2006; CHOPRA et al., 2008; BUYKX et al., 2010; DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010).

É consenso nessa literatura que a distribuição geográfica dos médicos é um problema gerado por diversos fatores. Do ponto de vista econômico, a inadequada distribuição dos médicos está relacionada ao seu mercado de trabalho e decorre de desequilíbrios entre a oferta e a demanda de trabalho em uma determinada área geográfica. Trata-se de um ‘mercado imperfeito’, cheio de ‘falhas’ e ‘não competitivo’, porque além da maioria das regiões terem

necessidade de profissionais e quantidade de postos de trabalho maior do que o número de trabalhadores disponíveis, existem instituições ‘extra-mercado’ que criam barreiras ao ajuste demanda-oferta. Por exemplo, aquelas que limitam a ampliação das escolas de Medicina, a autorização do exercício de médicos estrangeiros ou a permissão para ampliação do escopo de práticas de outros profissionais de saúde para que eles possam realizar procedimentos normatizados como monopólio dos médicos. Tem sido demonstrado que a decisão individual de um médico sobre onde atuar é influenciada não só pelos fatores econômicos, mas também pelos pessoais, comunitários, profissionais, educacionais, sociais e de estilo de vida. As áreas urbanas maiores, devido às ‘vantagens’ culturais, sociais, educacionais e de inserção laboral do profissional e de sua família são mais atrativas que cidades menores e áreas rurais. Mundialmente, as áreas mais distantes de centros urbanos importantes, com baixa renda média e com pequena estrutura de serviços de saúde, em especial hospitalares, têm mais dificuldade de atrair profissionais (DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010; OMS 2010a). No Brasil, as áreas de maior escassez são aquelas nas quais são mais elevadas a mortalidade infantil e o número de pessoas elegíveis ao Programa Bolsa Família, indicadores *proxy* das condições de pobreza (PIERANTONI; DAL POZ; GIRARDI, 2012). É sabido que a expressão geográfica do desenvolvimento socioeconômico desigual é, em última análise, a principal restrição para se alcançar uma distribuição equilibrada. Também, por isso, entende-se que um mercado de trabalho desregulamentado, ou seja, sem regulação e ação do Estado, nunca garantirá boa distribuição do pessoal de saúde (OMS 2010a). As políticas para serem eficazes precisam integrar e coordenar diversas ações que incidam em vários desses fatores (DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010; OMS 2010a; PIERANTONI; DAL POZ; GIRARDI, 2012).

A literatura brasileira exhibe estudos e achados similares para o contexto nacional. Em nosso caso, a expressão geográfica das desigualdades socioeconômicas são os fatores que mais ‘desestimulam’ a atração e fixação de médicos nas localidades mais vulneráveis. A concentração de médicos, de generalistas e especialistas, de serviços privados de saúde, de escolas de Medicina e de programas de residência médica está nas cidades maiores e mais ricas, aquelas cujo mercado consumidor tem volume suficiente para viabilizar um macrossetor da saúde mais robusto (MÉDICI, 1987; MACHADO, 1992; 1996; 1997; MACIEL FILHO, 2007; UFMG, 2009; GIRARDI et al., 2010; DMB 2013; 2018; UFMG, 2014;). O percentual de médicos que viviam nas 27 capitais em 2012 era de 55%, embora nelas vivessem apenas

24% da população (DMB, 2013). No entanto, realidade melhor que na década de 1980, quando mais de três quartos dos médicos moravam nas capitais (MÉDICI, 1987; MACHADO, 1992). A concentração de 2012 fez com que a taxa de médicos por habitante fosse quatro vezes maior nas capitais que no interior, assim, para 76% da população era de 1,2 médicos por mil habitantes¹¹ (DMB, 2013). A desigualdade regional do país, Centro-Sul e Norte-Nordeste, também se expressa na proporção de médicos dos cinco estados com maiores e menores taxas nos anos de 2000 e 2010.

Tabela 1 – Taxa de médicos por um mil habitantes nos cinco estados com maiores e menores proporções nos anos de 2000 e 2010

Estado	Taxa em 2000	Taxa em 2010
Distrito Federal	3,25	3,54
Rio de Janeiro	3,07	3,36
São Paulo	2,10	2,50
Rio Grande do Sul	2,13	2,27
Espírito Santo	1,44	2,08
Acre	0,56	0,95
Rondônia	0,59	0,85
Pará	0,83	0,82
Amapá	0,69	0,72
Maranhão	0,43	0,58

Fonte: Elaboração própria a partir do estudo Sinais de Mercado UFMG 2014.

Além da distribuição dos médicos ser explicada pelo comportamento da economia em geral e do macrossetor econômico da saúde em particular, a literatura brasileira acompanha a internacional ao mostrar que ela também sofre influência das políticas públicas. Identificou-se, por exemplo, que a ampliação da cobertura populacional dos serviços públicos de saúde decorrentes da criação e implementação do SUS, com destaque para o Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família, foi um fator de redução das desigualdades na distribuição de médicos ampliando a presença em áreas com maior necessidade (MACIEL FILHO, 2007; UFMG, 2009; GIRARDI et al, 2010; UFMG, 2014). O interesse dos médicos em atuar nas áreas mais desenvolvidas inclui também fatores

¹¹ Apesar de existirem limitações, a medição da proporção de médicos é feita internacionalmente pela razão de profissionais por mil habitantes de um dado território. O principal problema da razão é superestimar a oferta de serviços de saúde ao não considerar as diferenças de carga horária, produtividade, trabalho não clínico, a variação de níveis de atividade e o efeito possível de variáveis sociodemográficas como idade e gênero dos profissionais e da população demandante (UFMG, 2014).

familiares, sociais, econômicos e profissionais que estão relacionados à sua origem e trajetória social. Uma coorte feita em pesquisa do Conselho Federal de Medicina (CFM) com médicos formados de 1980 a 1989 mostrou que 52% deles haviam nascido e mais de 60% se formado nas capitais (DMB, 2013). Outros estudos mostraram que a maioria dos médicos provém de uma classe social bem posicionada na estrutura social e que essa origem e ou trajetória social produz hábitos, estilos de vida e redes de relações que também atraem os médicos para os centros econômicos em detrimento das áreas com maior necessidade (SCHRAIBER, 1993; MACHADO, 1996; 1997). A evolução do número absoluto e da taxa de médicos no Brasil de 1950 a 2010 pode ser vista na Tabela 2:

Tabela 2 – Quantidade absoluta e proporcional de médicos no Brasil

Ano	Número total de médicos	Proporção de médicos por 1.000 habitantes
1950	26.120	0,50
1960	34.792	0,49
1970	58.994	0,62
1980	137.347	1,13
1990	219.084	1,49
2000	291.926	1,72
2010	364.757	1,91

Fonte: Elaboração própria a partir do estudo Demografia Médica do Brasil – DMB, 2018.

O número proporcional do Brasil é baixo na comparação internacional¹², é menor, por exemplo, que os vizinhos Argentina e Uruguai, como também de países com sistemas de saúde universais como Canadá, Reino Unido, Espanha e Portugal e que a taxa média dos 33 países da OCDE (Tabela 3).

Tabela 3 – Taxa de médicos por habitantes em países selecionados

Local	Taxa de médicos por mil habitantes	Ano da estatística
Cuba	7,0	2011 (WHO)

¹² Na América 9 países tem proporção maior que o Brasil e dos 33 da OCDE, o Brasil só tem proporção maior que 6.

Grécia (maior da OCDE)	6,1	2011 (OCDE)
Portugal	4,0	2011 (OCDE)
Alemanha	3,8	2011 (OCDE)
Espanha	3,8	2011 (OCDE)
Argentina	3,4	2013 (WHO)
Chile	3,2	2013 (WHO)
Taxa média da OCDE	3,2	2011 (OCDE)
Reino Unido	2,8	2011 (OCDE)
Canadá	2,4	2011 (OCDE)
Brasil	1,8	2011 (WHO)

Fonte: Elaboração própria a partir dos relatórios da OMS (WHO, 2020) e OCDE (2012)

Quanto ao mercado de trabalho em saúde no Brasil, na década de 1990 não houve crescimento expressivo de vagas devido ao contexto de baixo crescimento econômico e baixa geração de emprego formal. Entretanto, na de 2000 houve forte processo de expansão do mercado de trabalho e formalização do emprego que resultou na ampliação da participação do macrossetor saúde no total da economia: esse período começou com o número de ocupados no macrossetor em 5,4% e terminou alcançando a marca de 7% (UFMG, 2014). Diversos mecanismos atuaram aumentando a demanda por profissionais de saúde, dentre eles, o crescimento e o envelhecimento da população, a recuperação do mercado de trabalho e ascensão social de parte significativa da população, o que estimulou o consumo de serviços da saúde suplementar privada e a expansão de serviços e da cobertura do SUS (GIRARDI et al., 2010; DALPOZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2012). Esse comportamento se repetiu na expansão das graduações da saúde. Observou-se aumento moderado na década de 1990 e grande expansão na de 2000 impulsionada pelo crescimento econômico e por políticas públicas de ampliação do acesso à universidade, como as criações do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), que criou novas unidades universitárias públicas, e do Programa Universidade para Todos (ProUni) e a mudança do Programa de Financiamento Estudantil (Fies), que subsidiaram a expansão das escolas da rede privada de ensino (CARVALHO CHA, 2014; UFMG 2014).

Contudo, diferentemente de todas as outras profissões da saúde, na Medicina esse crescimento da demanda no mercado de trabalho foi acompanhado por uma permanente contenção do aumento de vagas na graduação, especialmente na década de 1990. Tendo sido a profissão de saúde com o menor aumento proporcional de vagas de graduação e de

profissionais nessas duas décadas, a Medicina foi a que viu seu mercado de trabalho ganhar mais dinamicidade em termos de disponibilidade de empregos e de melhorias nos níveis salariais. Com efeito, a empregabilidade passou de uma média de 77 novos empregos para cada 100 egressos em 1991 para a impressionante média de 145/100 em 2002, número muito acima da realidade das outras profissões de saúde e das profissões como um todo. Com isso, o número de egressos só conseguiu preencher 69% dos novos postos de trabalho durante toda a década de 2000, gerando expressiva demanda acumulada (UFMG, 2014).

A quantidade insuficiente e má distribuição das vagas de graduação em Medicina também é uma questão histórica no Brasil que, comparado ao cenário internacional, teve uma implementação tardia desses cursos. Em 1950, o Brasil com 52 milhões de habitantes tinha, aproximadamente, 1,5 mil vagas de Medicina disponíveis em apenas 13 cursos (DEGES; DDES, 2015). Internacionalmente mede-se a formação de profissionais pelo número de vagas ou de egressos por 10 mil habitantes. Como o tempo de formação mínimo é de seis anos no Brasil, a implementação de novas vagas hoje resultaria na ampliação de egressos só após transcorrido esse período. Mesmo com a ampliação de vagas na década de 2000, a taxa de egressos de cursos de Medicina no Brasil era de 0,74 (MARTINS; SILVEIRA; SILVESTRE, 2013) em 2011, inferior à média dos países integrantes da OCDE, que era de 1,06, e superior somente a 6 países dessa organização nesse mesmo período (OCDE, 2013).

A desigualdade na distribuição concentra as vagas nas maiores e mais ricas cidades e capitais das regiões Sudeste e Sul do país (BRASIL, 2015) e pode ser observada na Tabela 4 que apresenta três momentos importantes da série histórica de evolução da oferta de formação em Medicina no Brasil.

Tabela 4 – Proporção de vagas de Medicina por habitante por região e em períodos selecionados

Região	1960	2002	2012
Centro-Oeste	0,00	0,62	0,70
Nordeste	0,53	0,39	0,70
Norte	0,51	0,66	0,84
Sul	0,58	0,76	0,92
Sudeste	0,58	0,80	1,07

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MEC e Ministério da Saúde

Percebe-se até o período da ditadura militar uma quantidade geral pequena de vagas, mas equilibrada entre as regiões, com exceção da região Centro-Oeste que não contava com nenhuma escola. Com os governos militares e os do período de abertura democrática o Brasil

atingiu, em 2002, o momento máximo de desigualdade entre as regiões com uma expansão dirigida pelo setor privado, o qual buscava mercados com maior quantidade de alunos com capacidade de pagar as altas mensalidades. E de 2002 a 2012, imediatamente antes da criação e dos efeitos do PMM, observa-se uma expansão mais forte e menos desigual entre as regiões (OLIVEIRA et al., 2019). O aquecimento do mercado de trabalho, muito superior à ampliação de vagas de graduação nas décadas de 1980, 1990 e 2000, fez o acesso à Medicina ficar ainda mais concorrido. A relação candidato/vaga é considerada um indicador aproximado do dinamismo do mercado de trabalho. Diferentemente dos demais cursos da saúde, que apresentaram redução na procura e aumento da proporção de vagas não ocupadas, a Medicina manteve a taxa de vagas desperdiçadas próxima de zero, seguiu sendo o curso mais procurado e, ainda, teve aumento na procura chegando em 2012 à taxa de 28,6 candidatos por vaga (UFMG, 2014).

Na residência médica também é possível perceber expressões das contradições da relação do mercado com a pouca capacidade regulatória do Estado. Apesar de financiada majoritariamente pelo setor público e com seus campos de estágio ocorrendo em serviços públicos ou noutros que prestam serviços ao SUS, há pouca interferência deste na definição e planejamento da oferta de vagas. Diferentemente de diversos outros países, como Austrália, Canadá, Espanha, Portugal e Reino Unido, que também priorizam e custeiam formações similares, mas que não abrem mão de regulá-la no sentido das necessidades do sistema de saúde (FEUERWERKER, 1998; 2002; RODRIGUES et al., 2013; BRASIL, 2015; ALÉSSIO e SOUSA, 2016), no Brasil a formação de especialistas é historicamente determinada pelos interesses do mercado privado de saúde e condicionada pelas associações de médicos especialistas (MACHADO 1997; FEUERWERKER, 1998; 2002; ALÉSSIO e SOUSA, 2016). Para criar novas vagas ou programas de residência médica é necessário que haja disponibilidade de médicos especialistas para serem docentes e iniciativa de uma instituição de ensino ou saúde e, também, da gestão de um município ou estado. Assim, em alguns casos, mesmo com necessidade, decisão política e capacidade disponível, as associações médicas, com o objetivo de controlar o número de especialistas e as condições de trabalho e remuneração dos mesmos, limitam ou mesmo impedem a ampliação de vagas em algumas especialidades. Lançam mão de diversos mecanismos, seja a negação da autorização do programa nas instâncias de decisão colegiada do Estado, como nos processos de autorização das Comissões Regionais e Nacional de Residência Médica, seja agindo sobre especialistas

desestimulando-os a ensinar em programas de formação. Com isso, os mais variados interesses, às vezes opostos aos das políticas públicas de saúde, promovem a abertura de vagas em especialidades e lugares onde não há necessidade sanitária ou, ao contrário, o cerceamento da abertura em especialidades e locais com necessidade (MACHADO 1997; FEUERWERKER, 1998; 2002; ALÉSSIO e SOUSA, 2016; DMB, 2018; PINTO et al., 2019). Com efeito, o quadro é caracterizado por: número de vagas de residência menor do que o de egressos de Medicina; expressiva desigualdade com grande concentração dos programas e vagas nas maiores e mais ricas cidades, especialmente do Sudeste e Sul do país; inexistência de oferta em diversas especialidades essenciais nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; déficits nacionais em especialidades como geriatria, endocrinologia, otorrinolaringologia, neurologia, psiquiatria e anestesiologia; e baixíssima procura e oferta, ante a demanda do sistema de saúde, de vagas em Medicina de Família e Comunidade (ALÉSSIO e SOUSA, 2016).

Por fim, com relação à qualidade da educação médica, seja na graduação ou na residência, há muita convergência na literatura especializada nacional e internacional quanto à sua inadequação às necessidades da população e dos sistemas de saúde e ao uso de modelos pedagógicos ultrapassados, pouco efetivos e eficientes. A OMS tem tratado esse tema como um desafio para todos os países e como um de seus objetos de cooperação técnica, por defender que a formação não pode estar descolada do planejamento da necessidade de trabalhadores para o sistema de saúde e que são as necessidades sociais que devem orientar a educação médica. No Brasil, vários estudos reforçam que as instituições de ensino formam os profissionais sem considerar as necessidades do setor saúde e acabam por graduar médicos pouco preparados para atuar no SUS (FEUERWERKER, 1998; 2002; CINAEM, 2000; CAMPOS e BELISÁRIO, 2001; LAMPERT, 2002; AMÂNCIO FILHO, 2004; MARINS et al., 2004; CRUZ, 2004; CIUFFO e RIBEIRO 2008; FRENK et al., 2010; RODRIGUES et al., 2013; RITZ; BEATTY; ELLAWAY, 2014; CYRINO et al., 2015; CECCIM E CYRINO, 2017; ROCHA, 2017; OLIVEIRA et al., 2019; PINTO et al., 2019).

3.3 POLÍTICAS NO BRASIL E NO MUNDO PARA ENFRENTAR AS INSUFICIÊNCIAS E DESIGUALDADES NA OFERTA E FORMAÇÃO MÉDICAS

Esta seção aborda políticas propostas por agências multilaterais e outros países para enfrentar a questão das insuficiências na oferta e formação de médicos com o objetivo de identificar ‘ideias’, na perspectiva de Campbell (2002) que influenciaram, de algum modo, a formulação do PMM e de políticas que o antecederam. Com o mesmo objetivo, a análise das políticas formuladas e/ou implementadas no Brasil para enfrentar a mesma questão identifica não só ideias, mas também outros legados históricos e atores que atuaram em apoio ou contra a formulação dessas políticas.

São muitas as experiências internacionais de políticas que buscam enfrentar a questão em análise, assim como os estudos que tratam delas. Em 2010 foram concluídos dois estudos internacionais, ambos apoiados pela OMS, que fizeram extensas revisões de literatura, identificando evidências de quais políticas e iniciativas conseguiram ter algum êxito. Esses estudos foram publicados imediatamente antes da criação do PMM e tiveram repercussões em seu desenho, como tratado à frente (no capítulo 5). O primeiro, realizado por um grupo de mais de 60 especialistas de todas as regiões do mundo, resultou em uma das ‘Recomendações Mundiais de Políticas’ com o título de “aumentar o acesso ao pessoal sanitário em áreas remotas e rurais melhorando a retenção” (OMS, 2010a). O segundo foi desenvolvido por uma comissão independente de vinte pesquisadores de diversos continentes que fez uma análise crítica dos avanços e limites das reformas e modelos educacionais, considerando os 100 anos da publicação do Relatório Flexner¹³. Com o nome de “Educação de profissionais de saúde para o século XXI”, o trabalho destaca elementos essenciais para caracterizar o problema da inadequação das formações médicas às necessidades das respectivas populações e sistemas de saúde (FRENK et al., 2010).

Com a Recomendação (OMS, 2010a), a OMS declarou que a falta de pessoal de saúde adequadamente formado para o atendimento de contingentes significativos da população mundial condiciona a eficácia dos serviços e a melhora dos resultados de saúde e representa um obstáculo na estratégia para alcançar saúde para todos e cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Analisando centenas de estudos e experiências, o grupo propôs uma categorização das políticas que mostraram ter evidências de resultados positivos suficientes para serem recomendadas (Quadro 3). O objetivo dessas políticas é enfrentar a

¹³ Estudo publicado em 1910 que é a referência mais importante das reformas das escolas médicas estadunidenses no século XX com significativas implicações na educação médica mundial.

insuficiência de profissionais de saúde em áreas denominadas ‘subatendidas’, conceituadas como aquelas áreas geográficas nas quais a população tem acesso limitado à pessoal de saúde treinado e a serviços de saúde de qualidade (OMS, 2010a). Na literatura mundial costuma ser associada as áreas rurais e remotas, contudo, diversos outros fatores podem resultar em áreas subatendidas mesmo em regiões urbanas como, por exemplo, comunidades com altos índices de violência.

Quadro 3 - Categorização de intervenções governamentais para melhorar o recrutamento, contratação e retenção de pessoal da saúde em áreas subatendidas

Categoria	Exemplos
A. Intervenções educacionais	A1. Priorização e oferta de formações específicas para estudantes oriundos das áreas subatendidas. A2. Formação em saúde fora das grandes cidades. Interiorização da formação. A3. Formação com atividades práticas realizadas em áreas subatendidas. A4. Currículos que reflitam as competências necessárias para a atuação em áreas rurais e subatendidas. A5. Educação permanente dos trabalhadores que atuam em áreas subatendidas.
B. Intervenções regulatórias	B1. Ampliação do escopo de prática dos diferentes profissionais de saúde para que mais profissionais possam realizar ações para as quais há necessidade. B2. Criação e/ou formação de diferentes categorias de profissionais de saúde para que mais profissionais possam realizar ações para as quais há necessidade. B3. Serviço obrigatório em áreas subatendidas. B4. Formação subsidiada com possibilidade de compensação da dívida mediante atuação em áreas subatendidas.
C. Intervenções econômicas	C1. Incentivos econômicos apropriados para estimular que os profissionais atuem em áreas subatendidas.
D. Intervenções para apoio profissional e pessoal	D1. Melhoria das condições de vida da população nas áreas subatendidas. D2. Segurança e garantia de boas condições de vida e de trabalho para os profissionais que atuam nas áreas subatendidas. D3. Supervisão e apoio técnico e administrativo aos profissionais que atuam nas áreas subatendidas. D4. Programas de promoção e desenvolvimento profissional com melhorias das condições de contratação, progressão no emprego ou carreira, para profissionais que atuam nas áreas subatendidas. D5. Fomento de redes de profissionais que atuam nas áreas subatendidas como modo de promover a identidade, cooperação e reduzir a sensação de isolamento. D6. Medidas para promover o reconhecimento público dos profissionais que atuam nas áreas subatendidas.

Fonte: Elaboração do autor, com base em WHO (2010).

Diversas dessas medidas foram implementadas nas Américas e tiveram influência no Brasil, especialmente as relacionadas aos itens A3, B3 e combinações de C1 com D3. Destacaremos aquelas que mais influenciaram na proposição e/ou implementação de políticas no Brasil. A OMS entende por serviço obrigatório a provisão obrigatória de pessoal de saúde em áreas subatendidas por determinado período de tempo para garantir a disponibilidade de serviços nessas áreas. O estudo constatou que aproximadamente 70 países usaram ou estão usando essa medida. Seu formato varia, mas geralmente configura-se como uma etapa entre a

formação e a habilitação dos profissionais para o exercício da profissão, sendo nos últimos anos da formação ou nos primeiros do exercício profissional uma condição para ser habilitado, para poder tornar-se especialista ou ainda ingressar na carreira pública (OMS, 2010a). Nas Américas, os chamados serviços civis obrigatórios inauguraram as ações que visavam prover profissionais de saúde às áreas subatendidas. Depois de implementado no México nos anos 1930, foi replicado em outros países da região contando com a colaboração da OPAS e da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina. São exemplos a Costa Rica na década de 1940 e Equador e Peru nos anos 1970. Os objetivos centrais dessas medidas são o provimento de atenção à saúde em áreas subatendidas e a ampliação do contingente de profissionais formados e preparados para o trabalho na atenção básica. Os formatos apresentam maior ou menor articulação às universidades e diferentes combinações de incentivos monetários e não monetários, como os relacionados à moradia, alimentação e apoio técnico. São praticadas diferentes remunerações, normalmente bolsas e com valores abaixo do mercado (MACIEL FILHO, 2007).

Outras medidas de provimento que influenciaram políticas no Brasil são a *National Health Service Corps* (NHSC), criada nos Estados Unidos da América (EUA) em 1972, que oferece bolsas de estudos e programas de pagamento de dívidas de financiamento estudantil, proporcional ao tempo de atuação nas áreas subatendidas para aqueles médicos que contraíram empréstimos para pagar seu curso de Medicina (OLIVEIRA et al., 2015; NHSC, 2020). Também são desenvolvidas diversas experiências articuladas à graduação e pós-graduação que buscam atrair, fixar e formar médicos para a atuação nas áreas rurais, sendo a Austrália uma referência mundial no tema (MACIEL FILHO, 2007; OMS, 2010a; OLIVEIRA et al., 2015). Também são conhecidas as experiências do leste europeu e da África (CHEN, 2010) e existem diversas experiências mais pontuais de estágios e práticas em áreas rurais durante a graduação, como a criação dos chamados ‘internatos rurais’ no Brasil nos anos 1970 (MACIEL FILHO, 2007), mesmo período da criação dos análogos ‘serviços médicos à periferia’ em Portugal, após a Revolução dos Cravos (BRANCO e RAMOS, 2001; CERQUEIRA, 2010).

Além desse conjunto de medidas que visam redistribuir os médicos em formação, recém-formados ou já em atuação, a OMS também tratou de medidas para ampliar o contingente total de médicos em cada país conforme as necessidades de sua população e sistema de saúde. Antes, na resolução intitulada “Aumento rápido da produção da força de

trabalho em saúde” publicada em 2006 (OMS, 2006), a Organização exortou os países a criarem metas de autossuficiência na formação da força de trabalho em saúde ampliando a oferta de graduação naqueles países com necessidade de médicos. Analisando políticas de países que atraíam médicos estrangeiros, propôs diretrizes para mitigar o grave problema de migração de médicos dos países mais pobres para os países desenvolvidos, preocupação que já tinha gerado uma resolução sobre o tema dois anos antes (OMS, 2004) e que, em 2010, a fez atualizar o ‘Código de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde’ e propor que se criasse e regulasse legalmente a formação e atuação de ‘para-profissionais’, novas categorias profissionais habilitadas a fazer ações de saúde para as quais há necessidade social, mas pouca disponibilidade de profissionais, especialmente médicos, que as façam. A atração e contratação de médicos estrangeiros tem sido uma política cada vez mais usada para combater a escassez de médicos em áreas subatendidas e tem combinado intervenções educacionais, regulatórias, econômicas e de apoio (HAN e HUMPHREYS, 2005; BUYKX et al., 2010; OMS 2010; OLIVEIRA et al., 2015). São antigos e conhecidos os exemplos anglo-saxões, seja o EUA que permite a médicos que estejam no país com um visto temporário para treinamento permanecerem, após a conclusão da formação, para atuarem por alguns anos em áreas carentes, seja o conhecido programa australiano para áreas rurais, o qual prevê um processo de autorização do exercício profissional a médicos estrangeiros, que também passa pela atuação de alguns anos em áreas subatendidas (HAN e HUMPHREYS, 2005; DUSSALT e FRANCESCHINI, 2006; BUYKX et al., 2010; OMS 2010; AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2014a; 2014b; OLIVEIRA et al., 2015).

Com relação aos processos de mudança da formação médica, o estudo apoiado pela OMS, “Educação de profissionais de saúde para o século XXI” (FRENK et al., 2010), caracteriza três gerações de reformas na educação médica desenvolvidas em todo o mundo. Uma primeira, influenciada pelo Relatório Flexner, fundamentou os currículos no paradigma da Medicina Científica da primeira metade do século XX, e compreendia o processo saúde e doença de maneira simplificada, individualizada e biológica, promovendo radicais separações entre a prática e a teoria. Nela, o estudante ocupava uma posição passiva no processo de aprendizagem e o usuário era visto como insumo de uma prática demonstrativa de aplicação da teoria, e acontecia em hospitais de ensino apartados do funcionamento do sistema de saúde. A segunda geração de reformas fez importantes mudanças pedagógicas que passaram a valorizar o comportamento mais ativo do estudante na construção do conhecimento e

integraram mais teoria e prática, mas, ainda, com insuficiente integração com o sistema de saúde e sem a devida atenção à real capacidade dos egressos de responderem concretamente às necessidades de saúde dos usuários. E a terceira geração de reformas, categoria na qual o estudo inclui as reformas contemporâneas, caracterizam-se pelo foco na integração dos sistemas de educação e de saúde, no desenvolvimento de competências apropriadas à atuação nos serviços de saúde, no protagonismo dos mesmos na própria formação e no cuidado aos usuários, no enfrentamento das iniquidades em saúde e do novos problemas de saúde do século XXI (FRENK et al., 2010; RITZ et al., 2014; ROCHA, 2017; OLIVEIRA et al., 2019).

Por fim, cabe destacar as diretrizes do *Global Consensus for Social Accountability for Medical Schools* para que as escolas médicas possam agir sob a perspectiva da ‘responsabilidade social’, que podem ser resumidas como: pautar-se pelas necessidades sociais de saúde e definir papéis na relação com a sociedade; rever as diretrizes e melhorar a qualidade do ensino, pesquisa e extensão; estabelecer parcerias com os atores do sistema de saúde e criar uma governança responsiva e responsável; adaptar as definições e diretrizes de formação de médicos; equilibrar princípios globais com o contexto local; promover uma educação baseada em resultados; e estabelecer mecanismos de acreditação (GCSAMS, 2010). Não há a intenção de tratar aqui da enorme diversidade de estratégias que resultaram em reformas mais ou menos bem sucedidas, até porque elas têm muita relação com os contextos e as especificidades em cada país, incluindo características do setor saúde, modelo de atenção e mercado de trabalho, modos de regulação da formação pelos subsistemas saúde e educação, grau de autonomia das universidades públicas e privadas, papel que cumpre e posição que assume grupos sociais, em especial, a profissão médica nesse processo. O objetivo foi apontar os resultados buscados e alcançados pelas reformas realizadas ao longo do tempo.

A seguir, trata-se brevemente das mais importantes políticas públicas e iniciativas da sociedade civil formuladas no Brasil para enfrentar as insuficiências na oferta de médicos nos quase quarenta anos que separam o início da Ditadura Militar e o início do Governo do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva (Lula), que será analisado detalhadamente no próximo capítulo. Nesse período, com relação ao tema do provimento de médicos, aconteceram o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), a autorização do exercício de médicos estrangeiros pelos estados e a tentativa de lançamento do Serviço Civil Obrigatório (SCO) (MACIEL FILHO,

2007; PIERANTONI; DAL POZ; GIRARDI, 2012; CARVALHO e SOUSA, 2013; PINTO, et al., 2017).

A inserção do Projeto Rondon nessa lista é controversa porque, de fato, pode-se considerar que ele era mais um programa nacional de extensão universitária, tal como o ‘Universidade Solidária’ nos anos 1990, que um programa de provimento (SASSI, 2018). A decisão de destacá-lo está relacionada à importância dele como um marcador de que a questão da insuficiência de médicos nas áreas subatendidas estava na agenda governamental no fim dos anos 1960 e por alguns desdobramentos produzidos a partir dele que interessam ao processo de formulação de políticas relacionadas ao provimento e formação de médicos. Fundado segundo a doutrina e ideologia militar, buscou promover outro modo de engajamento dos estudantes que não a ação política no movimento estudantil. Com uma concepção questionável de ‘ocupação’ e integração da Amazônia e do Nordeste, o programa, criado em 1968, consistia na promoção de estágios de serviço para estudantes universitários, não só da saúde, em áreas entendidas como sem infraestrutura econômica e social e que precisavam ser integradas ao ‘projeto nacional’. A participação no Projeto era voluntária e temporária, durava as férias de janeiro ou julho, e envolvia estudantes e professores. Nesse sentido, promovia uma integração ainda menor que os internatos rurais implementados pelas universidades na década de 1970 feitos com estudantes de Medicina no fim do curso, portanto, com mais autonomia no atendimento médico e por períodos que costumavam variar de 3 a 4 meses (BRASIL, 1968; MACIEL FILHO, 2007). O Rondon durou 22 anos e suas insuficiências levaram a alguns desdobramentos que merecem nossa atenção. Os *campi* avançados do projeto passaram a implementar programas de interiorização com médicos formados, que recebiam incentivos para atuar por um ano em serviços de saúde das prefeituras ou órgãos estaduais e federais naquelas regiões. Elemento que estará presente em todos os programas posteriores de provimento. E, em seu balanço de dez anos, foi proposto um serviço civil, com versões obrigatória e voluntária, e a interiorização de cursos de Medicina como medidas mais estruturantes para enfrentar o problema (MACIEL FILHO, 2007). O Serviço Civil Obrigatório, a partir daí, entrará diversas vezes na agenda de discussão como uma solução possível, mas nunca implementada. Já a interiorização dos cursos só ganhou centralidade e efetividade como política pública a partir de 2013 com o PMM.

O PIASS também foi criado no período da Ditadura Militar, em 1976, e estendeu-se até o fim do regime em 1985. Foi proposto em um contexto político-social caracterizado pela

crise econômica dos anos 1970, associada ao processo de racionalização dos gastos em saúde com restrição da evolução do financiamento da assistência médica pela previdência social; pelo processo de redemocratização do país e emergência de questões, ideias, atores e lutas que caracterizaram a Reforma Sanitária brasileira; e pela resposta do Governo a estes fatores com iniciativas de expansão dos serviços de atenção básica. O Piass teve o objetivo de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até vinte mil habitantes. Teve um eixo de construção de unidades de saúde que estará presente também no Pisu e no PMM. Partindo do diagnóstico de que não era possível recrutar profissionais de nível superior para atuar nessas áreas subatendidas, recrutou-se, nas próprias comunidades beneficiadas, atendentes de enfermagem e auxiliares de saúde e saneamento. Foi coordenado por um grupo interministerial e executado pelos Ministérios da Saúde, Previdência, Interior e pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, envolvendo também as secretarias estaduais de saúde, secretarias municipais de obras e organizações comunitárias. É interessante notar, como marcadores do que estava na agenda política, que a V Conferência Nacional de Saúde em 1976 teve o tema da ‘extensão das ações de saúde às populações rurais’ como um dos prioritários e aderiu fortemente às recomendações internacionais de *task shifting*¹⁴ dirigidas a países subdesenvolvidos. Em 1980, aconteceu a VII Conferência que teve como tema central a ‘extensão das ações de saúde através dos serviços básicos’. Houve tentativa de fazer com que o Piass tornasse parte de um programa nacional de extensão de cobertura do sistema público de saúde, que já incorporava ideias da Reforma Sanitária, tais como a regionalização, hierarquização, participação da comunidade e integralização das ações de saúde. Contudo, a proposta formulada por uma tecnoburocracia que buscou conciliar as recomendações internacionais, elementos da Reforma e interesses do governo autoritário, acabou não tendo efetivo apoio da Reforma nem do executivo federal e não foi implementada (BRASIL, 1976; FELIPE, 1987; MENDES, 1993; MACIEL FILHO, 2007). O Piass teve uma coordenação e execução que envolveu vários ministérios e os três entes da federação, mas não conseguiu se instituir. Não pôde contar nem com o arranjo institucional da saúde mais robusto e interfederado que veio a existir com o SUS e nem se articular a uma política de atenção básica em execução, uma vez que uma política assim só veio a existir com a Estratégia de Saúde da

¹⁴ Chama-se ‘*Task shifting*’ (FULTON, et al., 2011) a ampliação do escopo de práticas habilitadas a categorias profissionais que já existem em um país ou a novas profissões criadas para também realizarem essas práticas (ex: assistentes médicos nos EUA que fazem atividades clínicas e até procedimentos de anestesia).

Família, a partir de 1996.

O Písis não foi implementado porque foi proposto no último ano do Governo Itamar, em 1993, foi estruturado junto aos governos estaduais que, além de não serem, a partir do SUS, responsáveis pela execução da atenção básica, também sofreram transição na eleição de 1994, e, com isso, não se consolidou e nem logrou atravessar a transição de governo. Contudo, interessa analisá-lo por ter sido o primeiro programa de provimento proposto após a criação do SUS e no mesmo período em que estava começando a ser formulada e implementada a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ele assimilou os princípios da descentralização e da municipalização rejeitando a contratação direta federal e repassando recursos para que os municípios pudessem contratá-los, uma polêmica que se repetirá em 2011 na criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). Estes deveriam garantir também moradia para os profissionais participantes. Previu um eixo com recursos para reforma e construção de unidades de saúde e buscou prover médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde, que depois consolidou-se como a equipe mínima da ESF (MACIEL FILHO, 2007).

A implementação da ESF é considerada uma política que teve significativo efeito na redução das desigualdades na distribuição médicos e na ampliação da cobertura de atendimento médico no território nacional (MACIEL FILHO, 2007; UFMG, 2009; GIRARDI et al., 2010; PIERANTONI; DAL POZ; GIRARDI, 2012; UFMG, 2014; PINTO, 2017; 2018). Entretanto, desde o início da implementação, não se conseguia atrair e fixar médicos em áreas muito vulneráveis que continuavam subatendidas (PIERANTONI; DAL POZ; GIRARDI, 2012), o que levava prefeituras e governos estaduais a lançar mão de ações para tentar solucionar localmente o problema. Uma delas teve grande repercussão nacional, o acordo de intercâmbio internacional celebrado em 1998 entre o recém criado estado de Tocantins e o Governo de Cuba, baseado na Convenção Regional de Reconhecimento de Estudos, Títulos e Diplomas de Ensino Superior na América Latina e no Caribe, de 1974¹⁵. Aproximadamente 140 médicos cubanos desembarcaram no estado e atuaram na ampliação de leitos hospitalares e na atenção básica de quase 50 municípios. Chegaram médicos cubanos também em municípios do Acre, Roraima e Pernambuco. Houve forte reação negativa das

¹⁵ Validada pelo Congresso Nacional em 1977, ela foi revogada em 1999 em um contexto de intensa campanha contra por parte das entidades médicas.

entidades médicas porque o que estava em jogo era a possibilidade do poder executivo de qualquer um dos três entes da federação contornar as regras instituídas de autorização do exercício de médicos estrangeiros, permitindo o acesso ao mercado de trabalho brasileiro a um contingente de profissionais que, embora não fosse significativo nesse caso específico, poderia ser ampliado, a depender da decisão de reproduzir a medida em outros municípios, estados e, até mesmo, no governo federal, cujo Ministro da Saúde havia manifestado apoio (ENTINI, 2013; FREITAS, 2013; GOMES, 2017). No Brasil, a profissão médica atua há décadas buscando controlar o ingresso de novos profissionais no mercado de trabalho e dificultando tanto a ampliação de vagas de graduação quanto a autorização do exercício profissional a médicos formados no exterior, brasileiros ou estrangeiros (CAMPOS, 1988; MACHADO 1997; GOMES, 2016). Além do que já vimos sobre a contenção do aumento de vagas de graduação, em 2012 apenas 1,9% dos médicos em atuação haviam formado fora do país (DMB, 2013), enquanto nos EUA eles eram 22,4% (AARON et al., 2012) e no Reino Unido 37% (GMC, 2012). As entidades médicas conseguiram que a atuação desses médicos cubanos fosse interrompida por ordem judicial em abril de 2005 (GOMES, 2016).

No segundo Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) ganhou novamente espaço na agenda política o projeto do SCO, que era tema de diversos projetos de lei no Congresso Nacional e figurava sempre como proposta aprovada nas Conferências Nacionais de Saúde desde quando entrou na agenda de discussão em 1979. O governo chegou a enviar comissões para estudar os programas congêneres na Colômbia e no México, mobilizou apoio técnico da OPAS e defendeu abertamente a proposta em fóruns de debate. O SCO interferiria pouco no mercado de trabalho porque distribuiria recém formados para atuar por um curto período em áreas com escassez de médicos, portanto, em postos de trabalho desocupados. Além disso, criaria uma etapa a mais para o exercício profissional retardando a entrada plena desses profissionais no mercado em um ano. Mas a versão obrigatória era combatida pelas entidades médicas. Dentre os motivos dessa recusa, destacam-se os riscos relacionados à sua forma de institucionalização: uma emenda constitucional, que daria poder ao Estado de determinar onde e quando um médico teria que atuar ou uma lei ordinária, que alteraria a regulamentação do exercício profissional exigindo que, para se formar ou para exercer a Medicina, a pessoa teria de prestar esse serviço por um determinado período e em um dado local. Essa ‘intromissão’ do Estado na atuação do médico ou na regulamentação do exercício da profissão era rechaçada pelas entidades médicas e vista como precedente arriscado que poderia dar a

oportunidade do governo regulamentar e interferir em outras regras estabelecidas que poderiam fragilizar o bem sucedido controle que a profissão médica exercia nestes temas (AMARAL, 1999; PINTO, 1999; 2000a; MACIEL FILHO, 2007; GOMES, 2017; E. 3; 12).

O fato é que o Governo FHC não optou pelo Serviço Civil Obrigatório e sim por uma alternativa de serviço voluntário, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), criado em 2001 com algum diálogo e participação dos gestores do SUS, universidades, entidades médicas e de parte do movimento estudantil. Este foi o primeiro a ser formulado e implementado como uma medida que atuava em convergência com o arranjo institucional e governança do SUS e que objetivou fortalecer a implementação de uma política mais ampla: a Estratégia de Saúde da Família. O Pits ofertou vagas para que profissionais de saúde, atraídos pela bolsa e formação ofertadas pelo governo federal, pudessem compor novas equipes de saúde da família onde elas ainda não existiam. Além do incentivo da bolsa havia outras intervenções de apoio como supervisão técnica e moradia, bem como medidas educacionais como cursos autoinstrucionais, introdutório e de especialização em Saúde da Família. Os processos formativos foram contratados junto às universidades e instâncias de formação do SUS. Vale observar que as duas políticas com foco nas mesmas questões, implementadas posteriormente, o Provab, em 2011, e o próprio PMM em 2013, também incluíram todos esses elementos que compuseram o formato do Pits. Contudo, apenas 300 municípios, 421 profissionais (sendo 181 médicos e 240 enfermeiros) concluíram o programa. E ele, assim como o Pisu, não resistiu à transição de governo, sendo descontinuado em 2004 (PINTO, 2000; MACIEL FILHO, 2007; CARVALHO; 2013).

Quanto à ampliação das vagas de graduação e residência é mais difícil argumentar que existiu ao longo desse período uma política pública com objetivos definidos, já que o exercício de uma regulação estatal fraca, contraditória e que reagia ao mercado e à pressão dos grupos sociais não permitia. O resultado, no caso da residência médica, foi a regulamentação da mesma em 1981, como fruto de um movimento importante de médicos residentes que incluiu greves e mobilizações por três anos em diversos estados do Brasil e uma expansão de vagas de residência médica, feita pelo MEC nas instituições federais e por algumas secretarias estaduais de saúde no SUS, mas que não conseguiu alcançar a proporção de uma vaga de residência para cada egresso da graduação e que reagiu à necessidade das regiões e cidades nas quais havia maior demanda do mercado de trabalho. No caso da graduação em Medicina, observou-se uma expansão moderada de vagas de graduação (como

visto na Tabela 4) nos grandes centros urbanos localizados no centro-sul e no litoral do país, principalmente privadas, tendo em vista que 62% do total de vagas criadas no período de 1960 a 2002 tinha essa natureza (OLIVEIRA et al., 2019). Escolas privadas conseguiram autorizações de novas vagas atendendo à crescente demanda do mercado e mirando o potencial consumidor das áreas mais ricas do país. A expansão pública de vagas de Medicina acompanhou a expansão das universidades federais. Ambas, mas mais a última que a primeira, conseguiram ser contidas pela ação dos médicos, sendo que, em alguns momentos, lograram acordar com o governo períodos de ‘moratória’ no aumento de vagas (FEUERWERKER, 1998; 2002; MACHADO, 1998; UFMG, 2009; 2014; OLIVEIRA et al., 2019).

Com relação à mudança da formação médica, a questão foi expressa claramente pelo governo federal, na posição do Conselho Federal de Educação, em 1979, quando apontou a necessidade de adequar a formação às necessidades da população e do sistema de saúde e de interiorizar as vagas de graduação para assegurar assistência à saúde e ‘elevar o nível cultural’ das regiões interioranas (MACIEL FILHO, 2007). Contudo, nenhum dos dois objetivos foi objeto de política, nem nessa década nem na seguinte. As ações mais significativas no período dirigidas à graduação foram desenvolvidas pela sociedade civil e com grande protagonismo de docentes e estudantes, como o ‘Projeto de Integração Docente Assistencial (IDA)’, nos anos 1970, o Projeto ‘Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade’ (UNI) e a atuação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), ambas nos anos 1990. Os projetos IDA e UNI foram apoiados pela OPAS e por fundos internacionais de financiamento e buscaram intervir na formação em saúde, na perspectiva de promover mudança nas metodologias didático-pedagógicas e maior integração entre ensino, serviço e comunidade. Posteriormente, essas duas iniciativas se uniram e formaram a Rede Unida (FEUERWERKER, 1998; 2002; CRUZ, 2004; LAMPERT, 2009; REGO e MACHADO, 2017; ROCHA, 2017; OLIVEIRA, et al., 2019).

A outra iniciativa, a Cinaem, criada em 1990, interessa muito à pesquisa porque os sujeitos que se tornaram os principais ‘empreendedores de políticas’ do PMM foram estudantes na primeira metade dos anos 90 e ‘formaram-se’ no movimento de mudança da educação médica promovido por essa iniciativa. A Cinaem era composta por onze instituições, dentre elas nove eram entidades médicas. Foi criada com objetivo de avaliar a formação médica no Brasil e, ao longo de seus onze anos de existência, foi promotora de um

movimento protagonizado pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem). Um traço diferente nessa iniciativa foi o protagonismo do movimento estudantil, que destacou a crítica às relações de poder dentro da escola, que exigia, além das mudanças didático-pedagógicas e maior integração ensino-serviço, a democratização da gestão das escolas médicas em todos os níveis, a criação de espaços de participação de estudantes, docentes, gestores do sistema de saúde e controle social do SUS, a preponderância do SUS na definição do perfil do egresso e, também, que as escolas de Medicina deveriam formar médicos que reunissem a competência técnica e o compromisso ético-político necessário à implementação do SUS, tal como defendido pela Reforma Sanitária. O projeto da Denem era fazer uma reforma na Medicina e nos médicos para que ambos pudessem atuar em prol da construção do SUS (SANTOS, 1998; PINTO, 2000; CRUZ, 2004; ROCHA, 2017; PINTO E GARCIA JR, 2017; OLIVEIRA, 2018).

A Cinaem conseguiu promover movimentos de mudanças em escolas médicas envolvendo dezenas delas em processos de avaliação que se desenvolveram em três fases e que ocorreram de 1991 a 2001. Defendendo mudanças estruturantes, democráticas e participativas nas escolas e nascida como reação à uma proposta de instituir um exame de habilitação de exercício profissional para a Medicina, análogo ao da Ordem dos Advogados do Brasil, a Cinaem também se opôs à aplicação do Exame Nacional de Cursos (o Provão) para a Medicina, que pode ser entendido como parte de uma política pública que buscava avaliar a qualidade dos cursos de graduação no Brasil e orientar seus objetivos, métodos e resultados. Defendia que os instrumentos de avaliação construídos ao longo das três fases, vistos como mais completos que o Provão, com foco também no processo de formação, na instituição de ensino e nos docentes e não só no estudante, e mais adequados às especificidades das escolas médicas, fossem aqueles considerados pelo Governo Federal para a tomada de decisões com relação à educação médica. Contudo, a Cinaem conseguiu adiar, mas não impedir que o MEC estendesse o Provão ao curso de Medicina em 1999 (CINAEM, 2000; PINTO, 2000; CRUZ, 2004; ROCHA, 2017; OLIVEIRA, 2018).

Em 2001, essas iniciativas e movimentos que protagonizaram o cenário da mudança da graduação nos anos 1990 conseguiram disputar e influenciar fortemente o conteúdo das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (DCN-M), um instrumento previsto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação aprovada em 1996. As DCN-

M, inicialmente formuladas pela Comissão de Especialistas, instância *ad hoc* do MEC que assessorava as decisões relacionadas aos ‘assuntos médicos’, foram rejeitadas por essas iniciativas da sociedade civil. Depois de um processo político no qual envolveram-se, inclusive, os Conselhos Nacionais de Educação e de Saúde, foram aprovadas diretrizes que apontaram para uma formação com base em uma concepção ampliada de saúde, em acordo com as necessidades do sistema de saúde e que definiram o perfil do egresso como crítico, reflexivo, generalista e voltado para os problemas de saúde mais prevalentes da população brasileira. Embora avançadas, as diretrizes não foram acompanhadas de instrumentos de caráter regulatório que induzissem sua implementação. Nem mesmo o Provão era possível dizer que a tomava como base. Para a Medicina, foi criado pelo MS e MEC em 2001 o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), contemplando convênios com poucas escolas para financiar iniciativas de mudança. Uma indução fraca e pouco abrangente. Assim, o efeito das DCN-M foi muito mais limitado do que aspiravam esses movimentos de mudança das escolas (CRUZ, 2004; REGO e MACHADO, 2017; ROCHA, 2017; OLIVEIRA, 2018; PINTO et al., 2019).

A análise das políticas formuladas e/ou implementadas nesse período e das posteriores construídas para enfrentar a questão das insuficiências na oferta e formação de médicos no país mostram que, em alguma medida, elas se basearam em ideias contidas nas políticas internacionais e que as políticas sucessoras foram sendo cada vez mais readoções, incrementos ou junções das antecessoras. O Pits já reúne grande parte do que as políticas anteriores ‘ensinaram’: combina incentivo financeiro com apoio técnico, apoio local, moradia e ofertas de formação, além de ter sinergia com o arranjo institucional do SUS e ter sido construído como um fator de fortalecimento da política de atenção básica vigente. À frente mostra-se que o Provab e PMM também incluem esses elementos e ainda agregam outros presentes em outras políticas estudadas neste capítulo. O que foi feito antes mostra sua força como legado histórico com capacidade de influenciar a formulação de novas políticas. O processo envolveu mecanismos de *feedback* e ‘aprendizagem’, no qual políticas prévias explicaram o desenvolvimento de políticas posteriores, por meio de legados ideacionais e institucionais que favoreceram o desenvolvimento de maior capacidade de realização ao Estado, ao mesmo tempo em que conformaram redes de atores sociais articuladas a essas políticas. A aprendizagem social propiciou que certas políticas passassem a ser consideradas por alguns atores como a melhor resposta a ser dada à questão das insuficiências na oferta de

médicos. Aos decisores coube optar por ajustes marginais e por soluções que já haviam sido apresentadas em momentos anteriores.

O arranjo institucional que constituiu o SUS, a Política Nacional de Atenção Básica e a regulação do sistema superior de educação condicionou a abrangência e sustentabilidade das políticas que não se conformaram ou que conflitaram com esses arranjos. De outro lado, influenciou as políticas implementadas que procuraram enfrentar a questão das insuficiências na oferta e formação de médicos. A proposição de alterações nas ‘regras do jogo’ que sustentam o *status quo* de uma profissão como a médica, e de uma agência estatal como o MEC, foi um preditor de forte oposição, de dificuldades na viabilização e/ou de chances reduzidas de sustentabilidade. É interessante notar que a Recomendação de Políticas da OMS (OMS, 2010) não aprofunda, mas alerta sobre a necessidade de promover ações integrando as instâncias estatais de decisão e execução do setor saúde e educação e buscando promover o mais amplo consenso com os representantes dos profissionais de saúde afetados pelas políticas. A análise mais atenta da literatura internacional e nacional deixa evidente que: grande parte das ações estão sob a governabilidade dos subsistemas saúde e educação, mais com relação a um que a outro a depender da política em questão e das especificidades dos arranjos institucionais de cada país; que há uma regulação profissional compartilhada com organizações profissionais com a maior ou menor autonomia delegada às mesmas; e que a profissão médica comumente se opõe a políticas que interferem ou ameaçam sua autonomia profissional, seu monopólio profissional e condições e privilégios acumulados historicamente dos quais não admite concessões. Esses elementos devem ser considerados quando se analisam políticas públicas como as abordadas aqui. A seguir, é analisado o modo como são produzidas e reguladas essas políticas nos subsistemas de saúde e educação.

3.4 PROVIMENTO, REGULAÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICAS: OS SUBSISTEMAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO COMO ÁREAS DE INTERSEÇÃO DA DISPUTA E AÇÃO POLÍTICA

O estudo das revisões, recomendações internacionais e das políticas nacionais e internacionais de provimento, regulação do trabalho e da formação médicas mostra que elas são produzidas em áreas que estão em interfaces dos subsistemas saúde e educação e com a participação de organizações profissionais que exercem diferentes graus de regulação

autorizadas pelo Estado. Essas áreas constituem ordens sociais específicas, com seus arranjos institucionais e atores, e é necessário analisar tanto suas relações internas quanto com o sistema político mais amplo e o contexto socioeconômico. O referencial teórico da tese busca dar atenção à criação, manutenção ou mudança de instituições como resultado da cooperação e disputa social entre atores que atuam estrategicamente em ordens mesossociais, com regras e determinada distribuição de recursos, que condicionam, possibilitam e oferecem oportunidades à essa atuação. Os estudos que analisam as políticas nacionais e os achados dessa pesquisa concentrados no período de 2003 a 2018 mostram a atuação de atores sociais cujos sujeitos estão no Estado e, também, em organizações da sociedade civil e do mercado, e que sustentam objetivos e valores relativamente estáveis ao longo desse tempo permitindo a identificação de comunidades de políticas. Assim, nesta seção, faremos uma análise mais geral dessa ordem social relacionada à produção de políticas de provimento, regulação e formação médicas no Brasil e das comunidades de política que aí atuam, com suas posições, recursos de poder, objetivos e ideias relacionados às políticas e questões tratadas.

3.4.1 Gestão e regulação do trabalho em saúde

A organização da área de estudo e formulação de políticas, que podemos chamar de Recursos Humanos em Saúde¹⁶, nas Américas teve grande participação da OPAS, que nas décadas de 1950 e 1960 estimulou estudos sobre a formação e perfil da força de trabalho no setor saúde. Na década de 1970 iniciou-se um processo de institucionalização da área com ofertas de processos formativos para capacitar atores governamentais sobre o tema e, na década de 1980, a OPAS apoiou a criação de grupos de trabalho nos países membros para desenvolver novas abordagens. No Brasil, a produção de pesquisas e formulação de políticas por especialistas e setores governamentais sobre o tema ocorre desde os anos 1970. Autoridades governamentais, pesquisadores e o movimento sindical do setor saúde promoveram a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, participaram do processo Constituinte e da elaboração das Leis Complementares Nº 8.080/1990 e Nº 8.142/1990 que normatizam o SUS (FIOCRUZ, 2009).

¹⁶ Conceito oriundo da Administração, gestão de RH, que na saúde abarca tudo que se refere aos trabalhadores da saúde e sua relação com sistema de saúde compreendendo as dimensões: mercado de trabalho, composição e distribuição da força de trabalho, regulação do exercício profissional, organização do trabalho, relações de trabalho e administração de pessoal, e formação e qualificação profissional.

Por ser uma federação trina e pelo sistema de saúde, a partir do SUS, ser descentralizado, com serviços executados pelas três esferas de governo, mas principalmente pela esfera municipal de gestão, os profissionais de saúde são contratados majoritariamente pelos municípios, depois pelos estados e em quantidade apenas residual pela União. Cada ente define sua política de gestão do trabalho e administra os vínculos de trabalho dentro o amplo leque de possibilidades que tem para fazer a contratação direta ou indireta, permanente ou temporária das trabalhadoras e trabalhadores. Somente o legislativo, em cada esfera de governo, e o Congresso Nacional, para as três esferas de governo, podem definir regras obrigatórias para o poder executivo tais como pisos remuneratórios, obrigatoriedade de contratação formal e direta e criação de carreiras públicas. Mas, na prática, esse poder é constrangido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, pelo mecanismo de teto de gastos com pessoal, pela impossibilidade de o legislativo criar despesa para o executivo e de haver despesa sem fonte, bem como pela ação ativa do poder executivo para impedir que o legislativo discipline algo com significativo impacto em seu orçamento. Assim, cabe ao MS pactuar com os entes algumas recomendações ou, no máximo, condicionar certos repasses de recursos ao cumprimento de regras que podem incluir critérios de contratação e gestão de pessoal (MACHADO, 1996; 1997; GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000; MACIEL FILHO, 2007; FIOCRUZ 2009; UFMG, 2009; GIRARDI et al., 2010; MEDEIROS e TAVARES, 2012).

Diferentemente de outros países da América Latina, como México, Cuba e Argentina, no Brasil o MS não participa diretamente da regulamentação profissional no setor saúde. Na prática, o MS, basicamente, emite pareceres, que podem ou não ser acatados pelo Congresso Nacional, pelo, à época da criação do PMM, Ministério do Trabalho e Emprego e pelo MEC (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000; MACIEL FILHO, 2007). No caso brasileiro, as principais fontes de regulamentação são o Congresso Nacional, que cria as leis de exercício profissional e de autorização para o funcionamento dos Conselhos de Fiscalização, tal como o CFM; o então Ministério do Trabalho e Emprego, que era responsável por elaborar pareceres respondendo a demandas e indicando as diretrizes para a regulamentação das profissões; o MEC que, por meio do Conselho Nacional de Educação, regulamenta as formações de nível técnico e superior estabelecendo pré-requisitos, currículos e normas gerais e, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) faz o mesmo para a residência; e os Conselhos de Fiscalização, que são reconhecidos e autorizados

publicamente pelo Estado para fiscalizar o exercício profissional, definir diversas regras relacionadas a ele e julgar conflitos interprofissionais. Assim, leis específicas definem os requisitos do exercício e o escopo de práticas da profissão e dão aos Conselhos a prerrogativa de ‘vigiar’ e ‘prescrever’ sobre o exercício. A Medicina foi regulamentada no Brasil como profissão em 1932 e a criação do CFM data de 1945, embora sua regulamentação seja só de 1957 (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000).

Apesar de os Conselhos serem autarquias federais, eles são dirigidos por médicos eleitos pelos médicos fiscalizados. Não é difícil supor que uma candidatura ou uma direção que defenda uma fiscalização mais forte do exercício profissional, punindo mais profissionais que cometam infrações segundo o código de ética vigente, e/ou que não faça a defesa dos valores e posições políticas da maioria dos profissionais, terá mais dificuldade de vencer uma eleição ou de se reeleger. De fato, nas situações de conflitos de interesses, os Conselhos costumam atuar de forma auto-interessada protegendo seus pares e apresentam importante dificuldade de se interpretarem e comportarem como agentes do Estado (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000). Mesmo tendo características diferentes das demais entidades médicas, as posições políticas dos Conselhos praticamente não diferem delas (CAMPOS, 1988; GOMES; 2016). O CFM tem uma capacidade especial de influenciar politicamente a profissão por seu arranjo institucional: ele tem poder de Estado e poder de impor regras e punir desvios. Médicos e empresas médicas, por exemplo, têm obrigação legal de pagarem taxas aos Conselhos e estes podem impor normas e punir o não pagamento, o que lhe dá uma condição financeira especial. Disciplinam o Código de Ética Médica e, em nome dele, podem até cassar o direito de exercer a Medicina de um médico julgado ‘desviante’ (BECKER, 1977). Assim, regulam as relações internas à profissão, mediam conflitos corporativos e até coagem médicos a se subordinarem às decisões da profissão relacionadas à defesa do mercado de trabalho e à sua agenda política, embora o discurso da autarquia a apresente como defensora da ‘ética médica e do bem-estar do paciente’ (CAMPOS, 1988; FERLA, 2007; GOMES; 2016).

Campos (1988) observa que as correntes políticas da profissão que estudou dos anos 1960 a 1980 defendiam, mais ou menos explicitamente, que os Conselhos usassem seu poder em defesa da profissão podendo chegar a extremos, como definir “uma tabela mínima de honorários, qualificando seu não cumprimento como uma infração ética” e, portanto, podendo punir o médico que não a acatasse (CAMPOS, 1988, p. 173); ou quando Conselhos de

Medicina ameaçaram e, de fato, processaram eticamente médicos que assumiram papéis pedagógicos no PMM (GOMES, 2016). De um modo geral, as entidades médicas têm diferentes capacidades e modos de criar desvios, vigiar e punir os desviantes, no sentido estudado por Becker (1977), para quem grupos criam “regras sociais que definem situações sociais e os tipos de comportamentos apropriados a elas, especificando algumas ações como ‘certas’ e proibindo outras como ‘erradas’ (BECKER, 1977, p. 53). Esses grupos podem então aplicar “regras a pessoas particulares e rotulá-las como marginais e desviantes” (BECKER, 1977, p. 60) e essa ação tem efeitos na maneira como a pessoa é vista e tratada pelos pares, interferindo no acesso a recursos e oportunidades sociais e profissionais.

Como esse conflito de interesse não ocorre só no Brasil, desde o início do presente século vem sendo discutido e implementado, em diferentes graus, na Europa e nas Américas, um novo paradigma de regulamentação profissional, proposto especialmente a partir da área da saúde. Discute-se se esses modelos de autogoverno das profissões são os melhores para a proteção e bem-estar públicos e qual a extensão aceitável dessas reservas de mercado e monopólios profissionais. Ainda que a autonomia das instituições de autogoverno profissional e os poderes delegados a elas por cada Estado variem, a tendência no novo modelo que vem sendo proposto é conciliar isso em um *mix* regulatório que opera contrapesos entre os interesses conflitantes dos diversos atores que atuam nesse campo: as próprias profissões, grupos que demandam regulação, usuários e gestores de serviços. Trata-se, também, de uma tentativa de fortalecimento da autoridade sanitária, para que ela possa coordenar políticas de Estado para as profissões e fazer prevalecer os interesses mais gerais sobre os particulares. Porém, onde essas mudanças aconteceram tiveram resistência da Medicina, mas foram parte de processos maiores, disparados de fora do subsistema da saúde, como, por exemplo, mudanças de regulamentação mais amplas no conjunto da União Europeia ou ampla reforma administrativa e da seguridade social no Canadá (GIRARDI, et al., 2002). No Brasil, não houve nenhuma tentativa mudança nesse sentido até a criação do PMM, em 2013, especialmente com a proposição do Fórum Nacional de Ordenação de Recursos Humanos na Saúde, discutido à frente (no capítulo 6).

3.4.2 Gestão da educação na saúde

A área de estudos e formulação de políticas de Gestão da Educação na Saúde é aquela

que trata de políticas de educação no âmbito do SUS e que explicita como objetivos articular o ensino ao trabalho na saúde, fazer da rede de serviços do SUS um grande espaço de educação profissional e garantir que os processos de formação sejam orientados em função das necessidades da atenção à saúde e da gestão setorial (FIOCRUZ, 2009). Seu marco legal de referência está no artigo 200 da Constituição Federal de 1988, tido como conquista da Reforma Sanitária, que afirma que ao SUS compete ‘ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde’. Trata-se de uma perspectiva convergente com a adotada em diversos países e recomendada pela OMS, que reconhece a ação do Estado na formação em saúde e regulação da distribuição dos recursos humanos como um dos pontos nodais para a implementação dos sistemas nacionais de saúde (CAMPOS e BELISÁRIO, 2001; OMS, 2007; CIUFFO e RIBEIRO 2008; CARVALHO e SOUSA, 2013; RODRIGUES et al., 2013; ROVERE, 2015; ALÉSSIO e SOUSA, 2016).

Contudo, diversos autores entendem que essa diretriz constitucional não foi acompanhada do arranjo institucional, da regulamentação e dos instrumentos de política que permitissem sua operacionalização pelo SUS e que as Instituições de Educação Superior (IES) vêm formando profissionais para atuar na saúde sem considerar as necessidades do setor (FEUERWERKER, 1998; 2002; CAMPOS E BELISÁRIO, 2001; AMÂNCIO FILHO, 2004; MARINS et al., 2004; CIUFFO e RIBEIRO 2008; RODRIGUES et al., 2013; ROVERE, 2015). A legislação atribuiu o papel de articulação à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde, com participação do MS, MEC e Ministério do Trabalho, entre outros. Mas a atribuição prevista na lei não se concretizou suficientemente. O MEC seguiu sendo a instância estatal com a responsabilidade de decidir, implementar e gerir essas políticas e não houve uma ampliação efetiva da participação do SUS ou do MS no que se refere ao ensino em saúde, para além de um papel consultivo e, às vezes, indutor, quando cria programas com incentivos para as IES. Assim, o MS tem autonomia e poder para formular e implementar políticas de educação em serviço, mas se o formato for de um curso de graduação, residência ou outras pós-graduações, as decisões são tomadas pelo MEC, que formula e implementa as políticas educacionais, além de regular a formação superior no sistema público federal e no sistema privado, assessorado pelo Conselho Nacional de Educação.

O ator social com mais influência na área é o empresariado do setor privado de ensino superior. Aproximadamente 70% das 3,48 milhões vagas no ensino superior no Brasil em

2002 eram oferecidas em IES privadas, que representavam 89% de um total de 1.859 IES e movimentavam, aproximadamente, 1% do PIB (MEC; PINTO, 2004; AMARAL, 2016). Esses atores de mercado são representados coletivamente pela Associação Brasileira de Mantenedores do Ensino Superior (Abmes), pela Associação Brasileira de Instituições Comunitárias de Educação Superior (Abruc) e Associação Nacional das Universidades Particulares (Anup), mas sua atuação junto à mídia, especialistas, ao executivo, ao Congresso, compondo grupos de interesse vai muito além da ação dessas entidades (CARVALHO CHA, 2014; AMARAL, 2016).

A análise da literatura e do modo de construção de programas, resoluções e decisões relacionadas a diretrizes curriculares do ensino superior mostra que há uma tradição de, no caso das formações profissionais, considerar as posições e as orientações das entidades profissionais e compor instâncias técnicas de assessoramento e operacionalização com pessoas indicadas por elas ou com uma relação não conflituosa com elas. No Conselho Nacional de Educação existem órgãos subordinados responsáveis por analisar e deliberar sobre temas da saúde, mas não no MEC. Para contornar a falta de corpo técnico específico, existem no MEC comissões denominadas “Comissão de Especialistas”, órgãos consultivos que fazem estudos e opinam sobre temas relacionados aos respectivos cursos ou áreas de conhecimento. Decisões sobre diretrizes para a formação, instrumentos de avaliação ou critérios e medidas para abertura ou fechamento de cursos são tomadas com o apoio de comissões de assessoramento. Os decisores do MEC costumam demandar, ouvir e se aconselhar com essas comissões e, também, com instâncias estatais que se consolidaram como locais especializados em saúde, como é o caso do antigo Departamento de Hospitais Universitários que, desde 2011, foi deslocado para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) ligada ao MEC (SANTOS, 1998; FEUERWERKER, 1998; 2002; CRUZ, 2004; ROCHA, 2017).

No caso da graduação, o estudo dos arranjos institucionais dessa área no subsistema da educação mostra que o Conselho Nacional de Educação (CNE) define diretrizes junto ao MEC que devem ser consideradas pelas universidades, com bastante respeito à autonomia universitária, em um processo caracterizado por pouco ‘poder de veto’ do MEC e muita ‘discrecionabilidade’ na aplicação das diretrizes pelas universidades. Dentro das universidades, por sua vez, os órgãos superiores costumam ter ‘pouco poder de veto’ em assuntos específicos da Medicina e as direções das escolas de Medicina ‘grande discrecionabilidade’. Estas direções

são compostas, majoritariamente, por professores médicos. A autorização para a abertura de novos cursos também é prerrogativa do MEC, havendo, no caso de cursos da área da saúde, decisores do MEC que escutam mais ou menos o Conselho Nacional de Saúde, que reivindica o direito constitucional de poder participar na decisão sobre vagas nos cursos da área de saúde, mas que pouco acontece.

No caso da residência médica, as decisões normativas também cabem ao MEC, mas por meio da CNRM, uma instância colegiada de caráter deliberativo que tem a finalidade de regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de residência médica. É a CNRM que define as diretrizes de formação, para quais especialidades existem formação, autoriza novas vagas e os recursos das bolsas para os residentes. A criação da CNRM foi fruto de um processo ocorrido no período de democratização no fim da Ditadura Militar que contou com uma importante greve de residentes e com a ação de uma corrente política que disputava as entidades médicas na virada dos anos 1970 para 1980 que era mais próxima do Movimento Sanitário, o chamado Movimento de Renovação Médica (CAMPOS, 1988; FEUERWERKER, 1998; PETTA, 2013). De 1985 a 2011, a CNRM foi composta por nove membros dentre os quais quatro eram do governo – dois do MEC, incluindo seu presidente, um do MS e outro do então Ministério da Previdência e Assistência Social – e cinco eram representantes das organizações médicas - um do CFM, outro da Abem, outro da Associação Médica Brasileira (AMB), outro da Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e um último da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR). Com uma ideia inicial de ampliar os canais de participação da sociedade civil organizada nos espaços estatais, compartilhado pelo Movimento Sanitário no processo de construção da proposta do SUS, a CNRM acabou tornando-se um espaço institucional controlado pelas entidades médicas cujas decisões se orientam mais em função dos objetivos particulares da profissão médica que dos objetivos setoriais do SUS. Vale registrar que no fim do Governo FHC o poder da CNRM de definir quais são as especialidades médicas foi, na prática, delegado à Comissão Mista de Especialidades, uma instância criada pela AMB e CFM que, de consultada pela CNRM, passou a ter um representante desta comissão e a definir qual o desenho de especialidades que deveria ser aquele reconhecido concomitantemente pelas entidades médicas e pelo sistema de ensino superior (FEUERWERKER, 1998; 2002; ALÉSSIO, 2016; GOMES, 2016). Sabe-se a importância da regulação da expansão da formação de médicos especialistas para o mercado de trabalho, especialmente para a manutenção dos patamares de remuneração dos

especialistas em cada localidade: o aumento do número de profissionais tende, a partir de um certo patamar, a induzir redução dos valores pagos por horas de trabalho e/ou procedimentos realizados por aquela especialidade no mercado público e privado. As entidades médicas nunca esconderam que entre suas principais preocupações estava garantir uma remuneração adequada para o especialista, a fim de ter ganhos compatíveis com um dado padrão de consumo e com seu esforço de atualização (CAMPOS, 1988; MACHADO, 1997; FEUERWERKER, 1998; 2002; UFMG, 2009; ALÉSSIO, 2016; GOMES, 2016).

3.4.3 Os protagonismos das Comunidades de Políticas

Nos subsistemas educação e saúde há atuação relevante de atores como parlamentares, gestores de órgãos estatais responsáveis pelas políticas de regulação, provimento e formação médicas, pesquisadores, acadêmicos e que lideram organizações da sociedade civil, como sindicatos ou associações de usuários, de estudantes, de trabalhadores ou empresariais. No subsistema de educação, na área de ensino superior destacam-se os seguintes atores: aqueles que atuam nas diversas instâncias estatais, os proprietários e dirigentes das instituições de ensino privadas, os dirigentes das IES públicas, os docentes, estudantes e funcionários técnicos-administrativos (MESQUITA, 2003; ALMEIDA JÚNIOR, 2004; LUZ, 2011; CARVALHO CHA, 2014). Esses atores agem também por meio de organizações que os representam como organizações empresariais das IES privadas, organizações das IES públicas, como Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (Crub) e Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), e organizações de estudantes, como a União Nacional de Estudantes (UNE) e a Denem.

No subsistema de saúde os atores mais influentes são aqueles que: agem nos órgãos estatais e relacionados à gestão tripartite e controle social do SUS; estão à frente de organizações empresariais da indústria farmacêutica e de equipamentos de saúde, de prestadores privados de serviços de saúde, de seguradoras e operadoras de planos de saúde e associações e agrupamentos diversos constituídos por elas; dirigem organizações de profissionais de saúde; lideram organizações da sociedade civil, sejam de usuários ou as chamadas associações científicas ligadas historicamente ao Movimento da Reforma Sanitária, como Abrasco, Cebes e Rede Unida. (MENICUTTI, 2006; CÔRTES, 2009a; 2009b; PAIM, 2009; CÔRTES e SILVA, 2010). É relevante nesta pesquisa conhecer e compreender as

características, objetivos, recursos de poder, posições e dinâmicas de vários desses atores, mas, nesse momento, interessa identificar a participação dos mesmos em comunidades de políticas entendidas como grupos delimitados que compartilham valores e visões de quais deveriam ser os resultados da política setorial em análise (CÔRTEZ, 2009a). Com isso, é necessário identificar quais foram as comunidades de políticas que atuaram, influenciando a formulação das políticas de regulação, provimento e formação médicas e seus resultados.

Côrtes (2009a) identificou no subsistema saúde, desde os anos 1970, duas comunidades de políticas principais que exerciam forte influência sobre o processo de decisão política federal: a ‘Comunidade Movimento Sanitário’, bastante analisada na literatura (TEIXEIRA, 1995a; MENICUTTI, 2006; PAIM, 2009), e uma comunidade que era formada por dirigentes públicos do MS e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) que tinham conexões com o chamado complexo médico-industrial, com as seguradoras e operadoras de planos de saúde e entidades médicas. Esta comunidade atuou pela “consolidação e expansão de um modelo de atenção cuja característica central era a provisão privada oferecida nos centros urbanos, financiada com recursos da previdência social, controlada por mecanismos frágeis de regulação” (CÔRTEZ, 2009a, p. 34), denominado na Saúde Coletiva de “modelo médico-assistencial privatista” (PAIM, 2009).

Contudo, a pesquisa mostrou que, embora haja acordo político e ideológico nesta última comunidade quanto aos principais problemas e conjunto essencial de propostas para o subsistema saúde, não há em relação às questões que envolvem a regulação, provisão e formação médicas. Nesse aspecto, como visto neste capítulo, há divergências entre o grupo de atores ligado a entidades médicas e o ligado ao complexo médico-industrial e capital financeiro na saúde. Este defende que cabe ao mercado e seus mecanismos regular a distribuição e remunerações dos profissionais de saúde, o escopo de práticas e a formação, quantidade e perfil. Quanto à formação de médicos generalistas (graduados) e especialistas, quantidade e localização das vagas e conteúdo da formação, soma-se a este grupo as organizações das IES privadas que atuam no subsistema educação defendendo que a iniciativa privada na educação é garantia constitucional; que a regulação tem de ser do mercado; que o Estado tem que interferir o mínimo possível; e que não pode haver a imposição de condicionantes profissionais extra-mercado que visam à reserva de mercado e ao controle de preços da força de trabalho e dos serviços médicos. Consideramos que este grupo - composto por atores econômicos do complexo médico-industrial, do capital financeiro na saúde e das

mantenedoras e IES privadas, e seus apoiadores nos meios de comunicação, academia, poderes executivo, legislativo e judiciário - é uma 'comunidade de políticas' que denominamos comunidade de políticas de 'Defesa da Regulação pelo Mercado na Saúde e Ensino Superior' ou, simplesmente, Comunidade 'Regulação pelo Mercado'.

Em contraposição, a profissão médica busca manter os privilégios conquistados e se opõe a mudanças no *status quo* da formação, provimento e regulação da Medicina. Foi visto acima (seção 3.1) que a profissão médica, historicamente, ocupa posição dominante quando comparada às demais profissões da saúde e, por meio de suas organizações associativas privadas e estatais, conseguem controlar a regulação do exercício profissional mais do que o Estado brasileiro. Assim, quer conservar o poder de impor seus mecanismos 'extra-mercado' e posiciona-se contra regulações exclusivas do Estado ou do mercado. Defende que o Estado deva atuar controlando o mercado privado de educação e impedindo uma abertura de escolas que lhe pareça excessiva. Ao mesmo tempo, entende que o Estado não pode atuar na regulação profissional, na definição de qual o escopo de práticas que cabe a cada profissão, na distribuição dos médicos nem na regulação da formação médica. Defende a livre escolha dos médicos quanto à formação e atuação e a autonomia da profissão de dirigir, por meio de suas entidades, os sentidos da formação e da regulação profissional e de atuar para preservar seu mercado de trabalho. Consideramos esse grupo uma comunidade de políticas que denominamos Comunidade 'Defesa da Medicina Liberal' ou, simplesmente, 'Medicina Liberal'. É liderada pelas entidades médicas e defende os princípios, questões e as agendas políticas historicamente hegemônicas na profissão médica. É composta por sujeitos que atuam nessas próprias entidades, em espaços institucionais da gestão federal da saúde e da educação, em especial em órgãos colegiados, comissões e setores administrativos encarregados de discutir 'assuntos médicos'; no parlamento, em especial por meio de parlamentares médicos; na gestão de serviços de saúde, em especial os hospitalares; nas IES, tanto em locais de direção dos cursos de Medicina quanto no corpo docente e em grupos de pesquisa; e na direção e execução de programas de residência médica.

A comunidade de políticas denominada 'Movimento Sanitário' - formada por acadêmicos, pesquisadores, lideranças de trabalhadores de saúde, de movimentos e organizações sociais, lideranças que atuam na gestão do SUS e no parlamento nas três esferas de governo - teve importante papel na construção da legislação do SUS e do capítulo da saúde na Constituição de 1988 no processo da chamada 'Reforma Sanitária Brasileira' (TEIXEIRA,

1995a; MENICUTTI, 2006; PAIM, 2009) e que defende a saúde como direito de cidadania, garantida por meio de ações intersetoriais e pela estruturação de um sistema público de saúde com acesso universal e gratuito, que garanta atenção integral à saúde e seja guiado pelos princípios da equidade e participação popular. Com relação à questão foco dessa pesquisa, o princípio constitucional de que é o SUS que deve ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde é muito caro a esta comunidade. Também é a defesa de que a regulação, provimento e formação dos profissionais de saúde devem ser orientadas em função das necessidades da população e do SUS. Contudo, o estudo mostrou que, para analisar as políticas de regulação, formação e provimento de profissionais de saúde se faz necessário diferenciar analiticamente subgrupos dentro desta Comunidade que têm diferenças mais significativas quando consideramos os atores que os compõem, os modos de atuação e as prioridades que quando consideramos as ideias e propostas de políticas defendidas. Assim, foram identificadas três frações da Comunidade. A primeira fração é aquela mais comumente associada ao que se chama de “movimento sanitário” e que reúne especialistas e pesquisadores, docentes de pós-graduação em Saúde Coletiva e é liderada pelas chamadas entidades do ‘Movimento Sanitário’ – Abrasco, Cebes e Rede Unida. Esta valoriza especialmente a defesa de paradigmas cognitivos e quadros normativos mais amplos da Reforma Sanitária Brasileira, focando em nós críticos mais estruturais que condicionam a implementação do SUS tal como a imagem defendida há décadas desde a Reforma. A segunda fração é composta, majoritariamente, por sujeitos situados no Estado e que atuam pela saúde nas três esferas de governo, principalmente no executivo, mas também no legislativo. Esta seria liderada por gestores do SUS, com destaque para o papel de atores que dirigem o MS e organizações como Conass e Conasems e por lideranças da saúde no parlamento. Tem uma atuação mais voltada para a defesa de ideias programáticas e soluções que superem as dificuldades da gestão cotidiana do SUS. A terceira é aquela liderada pelas lideranças sindicais e de organizações e movimentos sociais de saúde e que, segundo Côrtes (2009a), a partir da década de 1990 focalizou nacionalmente sua atuação nos espaços de controle social do SUS e passou a defender propostas mais voltadas a objetivos específicos dos trabalhadores de saúde e de organizações de usuários no SUS. A pesquisa mostrou que a primeira e, principalmente, a segunda fração foram muito importantes na construção do PMM e que elas tiveram papeis, posições e comportamentos diferentes que justificam sua análise em separado em situações e processos específicos.

Além disso, é necessário identificar uma ‘rede temática’ que promoveu discussões e experiências que influenciaram muito a ação e ideias de diversos atores decisivos para que a entrada na agenda governamental e formulação do PMM. Rede temática é compreendida aqui como um grupo com participação, interação e acesso flutuantes de vários membros, que, por sua vez, se envolve, discute, estuda, formula e propõe diversas soluções relacionadas a um tema ou área, nos quais há ausência de consenso, presença de conflitos e de atores com relações muito desiguais de recursos (RHODES, 2008). Assim, será denominada ‘Rede Temática Educação Médica’ aquela rede que envolve sujeitos do subsistema saúde e educação, tanto da Comunidade Movimento Sanitário quanto da Comunidade Medicina Liberal, que têm se envolvido desde os anos 1970 com questões, problemas e soluções relacionadas ao tema da educação médica. Cyrino et al (2015) elencam uma série de autores e atores que, a partir dos anos 1970, tornaram-se referências na luta por mudanças na formação em saúde no Brasil, particularmente no esforço de torná-la mais próxima das necessidades de saúde da população. Estes contribuíram muito com as bases cognitivas e normativas desse grupo. Duas entidades médicas devem ser destacadas por sua importância nesse grupo: a Abem e a Denem. A primeira, criada em 1962, é uma entidade médica dedicada à educação que comporta sócios institucionais, as escolas médicas, e individuais, os docentes e estudantes de Medicina. A Denem foi criada em 1986 no processo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, nasceu com o objetivo de ser a entidade representativa dos estudantes de Medicina e com pautas como a garantia de acesso universal aos sistemas de saúde e educação públicos e orientação de ambos às necessidades populares e princípios da Reforma Sanitária. A Denem se colocou o papel de fazer uma reforma da Medicina e dos médicos para que ambos contribuíssem com a construção do SUS em vez de serem obstáculos. Principalmente nas décadas de 1990 e 2000, a Denem tornou-se um importante espaço de formação de quadros para a gestão do SUS, docência médica e pesquisa, especialmente nas áreas de Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade. Sedimentou ideias e projetos associados àquelas pautas que seguiram presentes em egressos do movimento estudantil a ponto de estes serem identificados pelos demais atores sociais do subsistema como um grupo no Movimento Sanitário apelidado de ‘ex-Denem’ ou ‘geração Denem’ (SANTOS, 1998; FEUERWERKER, 1998; 2002; PINTO, 2000a; PINTO, 2000b; CRUZ, 2004; GOMES, 2016; PINTO e GARCIA JR, 2017; ROCHA, 2017; OLIVEIRA, et al., 2019; E. 3; 12; 13).

Por fim, vale destacar que os acontecimentos e processos analisados na seção anterior relacionados à mudança da educação médica e a criação e atuação da Cinaem são muito importantes no estudo do PMM porque foram neles que os mais importantes empreendedores de políticas do PMM tornaram-se lideranças e estabeleceram alianças e conflitos com aqueles que foram depois os principais oponentes do Programa. Como reação à tentativa do governo federal de apontar as insuficiências da formação médica e o comportamento dos médicos servidores públicos como as causas da crise da saúde na transição para o SUS em 1990, a Comunidade Medicina Liberal uniu forças a atores da Comunidade Movimento Sanitário, especialmente aqueles integrantes da Rede Temática Educação Médica, no processo da Cinaem. Contudo, havia diferenças importantes no conteúdo da mudança pretendida. A maioria dos integrantes da Rede Temática Educação Médica defendia propostas de modernização da formação na linha da segunda geração de mudanças proposta por Frenk et al (2010). Aqueles integrantes mais próximos à Comunidade Movimento Sanitário, que incluía a Denem, defendiam uma reforma na linha de mudanças de terceira geração que reorientassem a formação em função das necessidades do SUS. Essa posição divergia dos integrantes mais próximos da Comunidade Medicina Liberal, que defendiam o papel das entidades médicas na definição de qual o padrão de prática médica e perfil de egresso que deveria ser buscado na formação. Seguindo a concepção predominante no subsistema educação, a maioria dos docentes que atuavam na Rede Temática Educação Médica entendiam que a mudança deveria ser uma concertação gerida pelo MEC, em diálogo com o MS e com as entidades médicas, respeitando a autonomia das IES. Apesar dessas contradições, esses atores conseguiram atuar juntos até o fim da Cinaem em 2001, quando lideranças da Comunidade Medicina Liberal entenderam que não havia mais sentido em mantê-la. Divergências e embates entre lideranças da Denem e da Comunidade Medicina Liberal foram se ampliando ao longo da década 1990 e 2000. E esse processo opôs justamente aqueles sujeitos que, na década de 2010, foram Empreendedores do PMM e aqueles que foram seus maiores adversários, tendo influências nos processos de entrada na agenda governamental e formulação do PMM, como tratado à frente (capítulos 5 e 6). Assim, essa duas gerações de lideranças médicas, antes de se conflitarem no PMM, tiveram embates no processo da Cinaem; na ruptura da Denem com o CFM no início dos anos 2000, devido ao fim da Cinaem e à oposição da Denem à Lei do Ato Médico; nos embates eleitorais pelas direções da Abem e ANMR e de suas seções estaduais, nos quais houve disputas entre chapas apoiadas pela Comunidade Medicina Liberal ou pela

Denem e seus egressos; quando membros dessa ‘geração Denem’, na condição de gestores do SUS, foram vistos pela Comunidade Medicina Liberal como gestores não alinhados às propostas, objetivos e ideias da profissão médica (SANTOS, 1998; FEUERWERKER, 1998; 2002; PINTO, 2000a; PINTO, 2000b; CRUZ, 2004; GOMES, 2016; PINTO e GARCIA JR, 2017; ROCHA, 2017; OLIVEIRA, et al., 2019; Es 3; 4; 5; 8; 10; 12; 13; 15; 16; 17; 18; 19). O Quadro 4 abaixo faz uma síntese desses grupos:

Quadro 4 - Comunidades de Políticas e Rede Temática

Comunidades de Políticas e Rede Temática	Quem compõe	O que defendem
Comunidade Movimento Sanitário	Acadêmicos, pesquisadores, lideranças de trabalhadores de saúde, de movimentos e organizações sociais, lideranças que atuam na gestão do SUS e no parlamento nas três esferas de governo.	Os princípios da Reforma Sanitária brasileira, o SUS e seus princípios: universalidade, gratuidade, integralidade, equidade. Que a formação, regulação e provimento da força de trabalho em saúde deva ser feita pelo Estado, pelo subsistema saúde e em função das necessidades da população e do SUS.
Comunidade Defesa da Medicina Liberal	Liderada pelas entidades médicas, é composta também por sujeitos que atuam em espaços institucionais da gestão federal da saúde e da educação, no parlamento, na gestão de serviços de saúde, nas IES, tanto em locais de direção dos cursos de Medicina quanto no corpo docente e em grupos de pesquisa, e na direção e execução de programas de residência médica.	Os princípios, questões e propostas políticas historicamente hegemônicas na profissão médica buscando manter os privilégios conquistados e se opondo a mudanças no <i>status quo</i> da formação, provimento e regulação da Medicina. Que o Estado atue controlando o mercado privado de educação, impedindo uma abertura de escolas que lhe pareça excessiva, mas é contra sua atuação na regulação profissional, na definição de qual o escopo de práticas que cabe a cada profissão, na distribuição dos médicos e na regulação da formação médica. A livre escolha dos médicos quanto à formação e atuação e a autonomia da profissão de dirigir, por meio de suas entidades, os sentidos da formação e da regulação profissional e de atuar para preservar seu mercado de trabalho.
Comunidade Defesa da Regulação pelo Mercado na Saúde e Ensino Superior	Atores econômicos do complexo médico-industrial, do capital financeiro na saúde e das mantenedoras e IES privadas, e seus apoiadores nos meios de comunicação, academia, poderes executivo, legislativo e judiciário.	Que cabe ao mercado e seus mecanismos regular a distribuição e remunerações dos profissionais de saúde, o escopo de práticas e a formação, quantidade e perfil. Que a iniciativa privada na educação é garantia constitucional, que a regulação tem de ser do mercado, que o Estado tem de interferir o mínimo possível e que não pode haver a imposição de condicionantes profissionais extramercado que visam a reserva de mercado e o controle de preços da força de trabalho e dos serviços médicos.
Rede Temática Educação Médica	Atores do subsistema saúde e educação, da Comunidade	Reformas educacionais de segunda ou terceira geração (FRENK et al., 2010). Integrantes próximos à Comunidade Movimento

	<p>Movimento Sanitário e da Comunidade Medicina Liberal que atuam na área de educação médica</p>	<p>Sanitário defendiam as posições dessa comunidade. Integrantes próximos à Comunidade Medicina Liberal defendiam o papel, não exclusivo, das entidades médicas na definição de qual o padrão de prática médica e perfil de egresso.</p> <p>Maioria dos integrantes defendiam que a mudança deveria ser uma concertação gerida pelo MEC em diálogo com o MS e com as entidades médicas, respeitando a autonomia das IES.</p>
--	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

O próximo capítulo analisa o período de 2003 a 2010 tendo como pergunta central por que algo similar ao PMM só foi possível depois?

4 POR QUE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS SÓ FOI POSSÍVEL DEPOIS?

Uma das questões desta pesquisa é por que algo similar ao Programa Mais Médicos (PMM) só foi possível depois? Ter respondido esta indagação ajudou a compreender porque ele só conseguiu entrar na agenda, pôde ser formulado e implementado em 2013. Este capítulo aborda o contexto macropolítico de 2003 a 2010, dos atores que dirigiram o executivo nacional e os subsistemas de saúde e educação, com destaque para o MEC e, principalmente, para o MS. Analisa-se os objetivos e ideias dos atores sobre a questão das insuficiências na oferta e formação de médicos, as soluções consideradas e analisadas para enfrentar essa questão e o que e como entrou na agenda de discussão e decisão. Há uma especial atenção à análise das circunstâncias de decisão dos atores, a fim de comparar o período de 2003 a 2010 com o de 2011 a 2013, período no qual o PMM foi criado. Por fim, busca-se identificar ‘legados históricos’ deixados por esse período de 2003 a 2010 que contribuíram e influenciaram na entrada na agenda governamental e formulação do PMM, anos depois.

4.1 O INÍCIO DO GOVERNO LULA EM 2003: CONTEXTO, OBJETIVOS, VALORES E AGENDA PRIORITÁRIA DOS DIRIGENTES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

O resultado da eleição presidencial em 2002, na qual o candidato Luís Inácio Lula da Silva (Lula) venceu no segundo turno com 61,3% dos votos válidos, gerou na população grande esperança de mudança, especialmente sobre a prioridade de que as políticas sociais ganhariam no novo governo, visto como portador de uma agenda de política social e identificado com o povo (FERREIRA, 2004). A eleição aconteceu em um contexto no qual as pesquisas de opinião mostravam grande insatisfação da população com o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) e o Brasil apresentava crescimento econômico insuficiente, baixas taxas de investimento, acentuada vulnerabilidade externa, redução da capacidade de intervenção e regulação do Estado, elevação do desemprego, precarização do trabalho e aprofundamento da desigualdade (MATTOSO, 2013). Para Chauí, na primeira entrevista dada pelo presidente Lula ao telejornal de maior audiência no país, embora o tema pautado pelo veículo tenha sido centrado na agenda econômica e em como o novo governo daria segurança e estabilidade ao mercado, o novo Presidente buscou demarcar simbolicamente uma nova

prioridade para a política nacional: os direitos econômicos e sociais da população comandando a ação do Estado (CHAUI, 2013). A defesa da prioridade das políticas sociais na ação do Estado, a partir de 2003, foi identificada como ‘valor’ e ‘preocupação’ no sentido atribuído por Fairclough e Fairclough (2013), presente no discurso de todos os dirigentes daquele período entrevistados nesta pesquisa.

Até o período imediatamente anterior à campanha de 2002, o Partido dos Trabalhadores (PT) defendia e era identificado com um “reformismo forte” (SINGER, 2012). Contudo, autores apontam que o governo Lula promoveu mudanças sem promover rupturas econômicas, sociais e políticas com o *status quo* (SINGER, 2012; SADER, 2013). Para Singer (2012), o Governo Lula soube aproveitar uma conjuntura econômica favorável, entre 2003 e 2008, por apresentar um ciclo de expansão capitalista mundial e um *boom* de *commodities*, para tomar decisões do primeiro mandato intensificadas no segundo, que canalizaram ‘o vento a favor na economia mundial’ para a redução da pobreza e da desigualdade no Brasil, para a ativação do mercado interno e para a ampliação de políticas e direitos sociais. Do ponto de vista político-eleitoral, Singer identifica a estabilização de uma clivagem eleitoral na qual a maior parte da população de baixa renda encontrou uma plataforma afeita a suas expectativas “um Estado capaz de ajudar os mais pobres sem confrontar a ordem” (SINGER, 2012 p. 21). Na mesma linha, Sader (2013) destaca que foi combinada estabilidade monetária e retomada do desenvolvimento econômico com distribuição de renda e políticas sociais.

No primeiro Programa de Governo da coligação vitoriosa, a saúde foi tratada com uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença. Conceito comum à Comunidade Movimento Sanitário para a qual a saúde é resultante de fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais, psicológicos e biológicos e deve, portanto, ser objeto não só de políticas sanitárias, mas também daquelas que interferem nos demais fatores que determinam o processo saúde-doença. A saúde foi afirmada no Programa como parte dos direitos sociais da seguridade social, que incluem assistência e previdência, e, junto com a educação, considerada “direito inalienável do cidadão” (PROGRAMA, 2002 p. 31). Afirmou também que a efetivação do direito à saúde deveria passar necessariamente por acesso universal, equânime e integral a ações e serviços de saúde de qualidade. De fato, a ampliação do acesso foi a questão que mais fortemente apareceu como agenda prioritária no discurso dos dirigentes do MS entrevistados. A educação, além de vista como um direito, figurou no Programa como um instrumento de

promoção da cidadania e condição fundamental para o desenvolvimento e inserção competitiva do país na economia mundial. Nele, foi declarado que a educação seria uma prioridade da creche à pós-graduação e que contaria com recursos progressivamente maiores. Foi feita uma análise de que menos de 10% dos jovens das camadas mais pobres tinham acesso à educação superior pública, de que 70% dos que estavam na universidade estudavam em estabelecimentos privados, de que era alta a inadimplência e evasão desses, e que, por tudo isso, seria uma tarefa inadiável a ampliação significativa das vagas nas universidades públicas e a reformulação do sistema de financiamento público do ingresso e manutenção de estudantes de baixa renda no sistema educacional privado (PROGRAMA, 2002). Com efeito, a expansão do acesso ao ensino superior, tanto de vagas públicas quanto de vagas privadas com pagamento subsidiado, foi a principal ação do MEC relacionada à questão das insuficiências na oferta e formação de médicos.

Pode-se identificar nos discursos de posse de Lula, em 2003 e 2007, elementos de uma agenda proposta pelo Presidente ao país. Contudo, foi tratado mais do que representava social, política e simbolicamente aquelas eleições para o país e quais valores e projeto de Brasil estavam sendo propostos à nação do que enfatizadas políticas específicas. Em ambos, o tema da saúde teve pouco relevo. Uma citação no primeiro e duas no segundo, ambas afirmando a saúde como direito de cidadania. Quanto à educação, merece destaque a mudança de tratamento do tema do discurso de posse do primeiro para o segundo mandato. No primeiro, educação também foi citada apenas uma vez e na mesma condição que a saúde, como direito de cidadania. No segundo, “educação” recebeu seis menções e o tema da expansão das universidades duas outras. Lula reiterou que educação seria uma prioridade do segundo mandato: prometeu que seria um governo de desenvolvimento com distribuição de renda e educação de qualidade. O discurso afirmou educação como direito, instrumento de libertação e fator decisivo para o desenvolvimento econômico e social do país por combater a desigualdade, qualificar as pessoas para o mundo do trabalho e criar alternativas de trabalho e produção, em especial para os beneficiários dos programas de transferência de renda. Lula comprometeu-se com a criação de novas universidades, de extensões universitárias e de escolas técnicas em todas as cidades-polo do país e declarou que seu sonho era ajudar a transformar o Brasil no país mais democrático do mundo no acesso à universidade (BRASIL, 2003; 2007).

Um indicador da importância dada a essas duas áreas (BATISTA, 2003) foi a decisão

no início do Governo de deixar o MEC e o MS sob a direção do partido do Presidente, pois, além de expressar o interesse direto do núcleo do governo nessas áreas, a princípio, teria menos custos e dificuldades fazer com que esses mistérios assumissem a agenda e executassem as decisões e ações de interesse do governo. Ambos Ministros tinham histórico de atuação no setor e papel importante no partido. O segundo e terceiro escalões de ambos foram compostos por quadros filiados ao PT ou próximos a ele que combinavam algumas dessas características: no MEC, com carreira em universidades públicas ou na própria burocracia do MEC, atuação como gestores nessas carreiras, com destaque para a atuação como reitor ou pró-reitor de universidades públicas, especialmente na Secretaria de Educação Superior (Sesu), a que mais importa para o que é analisado neste capítulo; e, no MS, ex-secretários municipais e estaduais de saúde de governos petistas, ou de governos de esquerda, e intelectuais reconhecidos e integrantes da Comunidade Movimento Sanitário (E. 2; 9; 12; 13; 17; 19). Em termos orçamentários, outra *proxy* para se analisar a importância de uma área em um dado governo, de 2003 a 2010 na saúde houve aumento real (acima da inflação) de significativos 74,2% e na educação de expressivos 187%¹⁷.

Além do programa de governo e do próprio discurso da autoridade máxima dessa nova coalizão governante afirmarem valores consolidados pela Comunidade Movimento Sanitário, membros dela passaram a dirigir o MS com a intenção explícita de tornar política pública diversos objetivos e valores desta Comunidade. Observa-se nesses dirigentes a afirmação do SUS como um direito constitucional conquistado pela luta do povo brasileiro cabendo ao Estado atuar para assegurar esse direito, efetivar suas diretrizes e consolidá-lo. Bem como a preocupação em garantir acesso universal e integral à população por fazerem parte do que, para eles, era o primeiro governo federal de esquerda da história do país e seria o primeiro grupo reformista na saúde que, nessas circunstâncias, poderia fazer avançar a Reforma Sanitária e consolidar o SUS. Indagados sobre a agenda prioritária da saúde, dirigentes do MS sintetizaram que era a ampliação dos serviços de atenção básica, com o investimento na estratégia de saúde da família (ESF); a implementação do Brasil Sorridente com ampliação dos serviços de saúde bucal na atenção básica e criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); a ampliação dos serviços de urgência com a criação e implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); a expansão de serviços de saúde

¹⁷ Análise de dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAF).

mental, com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), além da criação de várias medidas e dispositivos da política de saúde mental; a ampliação do acesso da população a insumos terapêuticos como os medicamentos e hemoderivados (E. 1; 2; 3; 9; 10; 12; 13; 17).

Em diálogo com as entidades médicas em 2003, o Ministro da Saúde Humberto Costa destacou a principal prioridade do MS da seguinte maneira: nossa “primeira preocupação” é a “ampliação do acesso da população à atenção de saúde em todos os seus níveis”, “na promoção, na prevenção, na recuperação, na reabilitação”. Hoje temos “50 milhões de pessoas” atendidas pela ESF e faremos “chegar a 100 milhões de pessoas” (JAMB, 2003d). Com efeito, a expansão da ESF de 2003 a 2006 saltou de 58 milhões (33% da população) para 85 milhões (46%) de pessoas cobertas, o que exigiu quase 11 mil novas equipes de saúde da família e, portanto, o preenchimento do mesmo número de postos de trabalho médico. Esse foi o período de maior expansão em valores absolutos da ESF, só comparáveis à expansão do primeiro triênio de implementação do PMM.

Na educação, a agenda do primeiro ano, período no qual o Ministro foi Cristovam Buarque, foi a expansão do acesso ao ensino fundamental, com medidas de apoio à permanência do estudante. A partir do segundo ano de governo e até o ano de 2016, somou-se a ela a expansão do acesso ao ensino superior realizada por meio da expansão de vagas e criação de novas unidades universitárias públicas, por meio do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), de políticas de subsídios e bolsas para a expansão das matrículas nas escolas pagas, com a criação do Programa Universidade para Todos (ProUni) e a mudança do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies), as medidas de otimização e equidade no ingresso, realizadas por meio do Sistema de Seleção Unificada (Sisu) e das cotas nas Instituições Federais, e, finalmente, aquelas de apoio à permanência do estudante de baixa renda, por meio do Plano Nacional de Assistência Estudantil (Pnaes). A combinação entre expansão de vagas e ações afirmativas ampliou o acesso proporcional de estudantes negros e de baixa renda (GENTILI e OLIVEIRA, 2013; UFMG, 2014; CARVALHO, CHA 2014; RISTOFF, 2014). O período de 2003 a 2010 foi o segundo com maior crescimento de vagas de graduação em Medicina, tanto em números absolutos quanto proporcionais, ficando atrás somente do período que vai de 2011 a 2016, especialmente o triênio após a criação do PMM, de 2014 a 2016 (OLIVEIRA, et al., 2019). Foram criadas de 2003 a 2010 6,5 mil vagas de graduação em Medicina com uma

média anual de 825 vagas¹⁸, ainda que não tenha havido uma decisão específica de expandir os cursos de Medicina, como discutido à frente.

Abordados os objetivos, valores e agenda do governo federal com relação aos subsistemas focalizados nesta tese, na próxima seção analisa-se como o Governo Lula tratou dos problemas e soluções relacionadas às políticas de regulação, provimento e formação de médicos.

4.2 AGENDA E RESPONSABILIDADES DOS SUBSISTEMAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO NA QUESTÃO DAS INSUFICIÊNCIAS NA OFERTA E FORMAÇÃO MÉDICAS

É possível afirmar que a regulação, provimento e formação da força de trabalho em saúde, assim como a garantia dos demais fatores necessários à expansão do acesso e efetivação do direito à saúde eram vistas pela direção do MS como uma obrigação do Estado e uma condição necessária para a consolidação do SUS. A questão das insuficiências na oferta e formação médicas era analisada à luz dos objetivos, valores e preocupações compartilhados pela Comunidade Movimento Sanitário (E. 9; 12; 13; 17). O grupo dirigente considerava que a implementação de novos serviços de saúde agravaria a já crítica insuficiência de médicos no SUS e tonaria mais perceptível a inadequação da formação dos mesmos para atuar nesses serviços. Essa compreensão era prévia à chegada no MS, resultado das experiências de gestão que esses dirigentes protagonizaram anteriormente e pelas pesquisas conhecidas ou conduzidas pelos mesmos (E. 1; 2; 3; 9; 10; 12; 13; 17).

O problema estava lá, naquele momento era principalmente nos lugares mais longe e na periferia das grandes cidades (...) não só na atenção básica, mas também nas portas de emergência (E. 12)

Assumimos o Ministério com a estratégia bastante ambiciosa de ampliar significativamente o Programa de Saúde da Família e entre os fatores limitadores desta ampliação estava o número de médicos. Então, desde o primeiro momento, este problema foi colocado para nós, e nós chegamos a pensar um pouco quais seriam as saídas, chegamos a escrever algumas ideias e a levar para o próprio governo [Casa Civil e Presidência] (E. 9)

¹⁸ Bases Públicas dos Departamentos de Desenvolvimento da Educação em Saúde-MEC, de Gestão da Educação na Saúde-MS e de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde- MS.

Duas medidas foram iniciadas ainda no primeiro ano relacionadas ao enfrentamento dessas questões: a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), com vistas a ampliar a capacidade de intervenção do MS nas políticas de regulação, provimento e formação da força de trabalho em saúde e atuar na interface dos subsistemas da saúde e educação; e a mobilização de especialistas e grupos de pesquisa ligados ao tema de ‘recursos humanos em saúde’ para subsidiar a análise do problema e a formulação de soluções. A reforma administrativa do MS no primeiro ano de governo foi uma oportunidade para fortalecer a atuação nessa área e fazer com que um espaço institucional situado no terceiro escalão do MS, a Coordenação de Recursos Humanos, fosse transformada em um espaço institucional do primeiro escalão, a Sgtes (E. 12; 13; 17). Isso expressou o aumento da importância do tema no MS, a tentativa de ampliar sua capacidade de intervenção nessa área e uma mudança simbólica importante, de uma imagem mais tradicional das pessoas como um dos recursos a serem administrados pela gestão, os trabalhadores passavam a ser representados como sujeitos do processo de trabalho com os quais a gestão deveria interagir e desenvolver políticas de educação e de gestão do trabalho (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; PIERANTONI et al., 2008; FIOCRUZ, 2009; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; PINTO, 2016). Foi à Sgtes que, em 2013, se deu a atribuição de implementar o PMM.

O citado envolvimento de especialistas e pesquisadores ganhou uma institucionalização em março de 2004 quando se redefiniu as finalidades da “Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (ObservaRH)”, lançada em 1999 por uma iniciativa do MS em conjunto com a OPAS. Sob a coordenação do MS, a Rede ObservaRH passou a ter o propósito de produzir estudos e pesquisas para propiciar o “mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País, com vistas a contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de Recursos Humanos” (BRASIL, 2004a). Seus objetos de estudo dão uma ideia de como o problema procurava ser explorado: a demografia das necessidade de saúde, a caracterização e distribuição das escolas de formação de profissionais de saúde no país, a análise da distribuição das vagas e o perfil da residência médica para a formação de especialistas, a concentração regional das vagas de residência e relação das mesmas com a oferta da saúde suplementar, os vínculos de trabalho, distribuição dos médicos, incluindo recorte por especialidade nos serviços de saúde públicos e privados. Foram também estudadas políticas internacionais de provimento. Esses estudos e a própria ObservaRH foi um legado

importante na criação do PMM contribuindo com ideias, evidências e informações que foram importantes para conformar os problemas, ‘enquadrar’ as ideias, fazer o debate técnico e político da questão e formular o PMM (E. 12; 17).

Contudo, embora a insuficiência de médicos fosse identificada como um condicionante, havia margem para expandir os serviços recrutando médicos no mercado de trabalho. Assim, foi utilizada a alternativa de aumentar o financiamento repassado aos municípios (E. 1; 9; 12; 13; 17):

Naquele momento inicial a gente tinha muita coisa para fazer. Ainda havia campo para ampliar o Saúde da Família sem que você tivesse que se debruçar sobre isso [a insuficiência de médicos]. Como é que a gente conseguiu ir aumentando? Ampliando os recursos, permitindo que os municípios pagassem um pouco mais aos médicos (E. 9)

Sabia-se que as soluções em estudo julgadas mais efetivas para o provimento de médicos teriam forte resistência da Comunidade Medicina Liberal e que a política de expansão de serviços em curso no MS não era conflituosa, tratava-se de uma política de baixo conflito do tipo ‘distributiva’, segundo a tipologia de Lowi (1972). Essa possibilidade de enfrentar parcialmente o problema, fazendo o que era prioridade para o governo e tendo retornos positivos, dificultou a entrada na agenda governamental de soluções que sofriam resistências e poderiam ter como consequências perdas e derrotas políticas. Dirigente do período ligado à gestão da atenção básica reforçou que essa foi a opção daquele momento e criticou insuficiências dessa solução, quando usada isoladamente, ao apontar que “a expansão rápida do acesso não acompanhou” a disponibilidade de profissionais “formados para atuar nessas equipes”, não conseguiu enfrentar a “escassez” de médicos e que faltou “uma política que regulasse essa expansão do acesso” com “a oferta profissionais” (E. 1).

No MEC, a expansão do ensino superior passou a ser prioridade central a partir do ano de 2004 e isso possibilitou grande expansão das vagas nas graduações da área da saúde, mas, na Medicina, esse aumento foi proporcionalmente menor devido à ação condicionante da Comunidade Medicina Liberal. Não foi dada prioridade à mudança na graduação ou na residência médica, de modo que, por parte do MEC, não houve mudança em relação ao que já

vinha acontecendo desde a década anterior¹⁹. Colocar na agenda a mudança da graduação em Medicina implicaria em construir políticas para intervenção também nos demais cursos da saúde e, quiçá, em diversos outros. Além de exigir a mobilização de muitos recursos, essa não era a prioridade do MEC, que havia publicado as novas diretrizes curriculares em 2001, e a mudança do Provão para o novo Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes²⁰), ocorrida em 2003, já era vista como uma intervenção na questão da qualidade da graduação e reorientação da mesma na perspectiva das novas diretrizes curriculares instituídas (E. 12; 13; 17).

A direção da Sgtes entendia que era prioritário assumir um lugar junto ao MEC na decisão de políticas de educação de profissionais de saúde e considerava necessário “colocar o dedo na formação médica” (E. 13). Contudo, identificava resistência no MEC, avaliava que atuar na formação era complexo, demandava muito tempo, consumia muitos recursos de poder, tinha consequências incertas e somente em médio e longo prazo. Ante uma atuação mais ampla da Sgtes, na linha que foi buscada com o lançamento da Política Nacional de Educação Permanente no SUS (BRASIL, 2004b) ou a tentativa de negociar e disputar com o MEC seu papel na decisão de políticas de formação em saúde, a direção do MS defendeu um terceiro caminho, a implementação de programas mais específicos, sob a governabilidade do subsistema saúde, com resultados mais imediatos, mais ligados à capacitação da força de trabalho recrutada para os novos serviços em expansão. Nessa linha, a atividade de educação teria foco em qualificar profissionais já formados para as competências exigidas nos serviços em expansão e, ao mesmo tempo, ser em si um atrativo para ajudar a recrutar esses profissionais apoiando o provimento – a exemplo de intervenções educacionais recomendadas pela OMS (2010) e utilizadas antes no Pits e, posteriormente, no Provac e PMM. A questão se apresentava nestes termos apontados por dirigente de então da Sgtes: “até resolver a questão da formação, como é que a gente faz para ter equipe de saúde da família (...) como é que a gente amplia?” (E. 13). Com isso, a mudança da formação médica não entrou no centro da agenda do governo nesse período, nem na direção do MS nem no núcleo do governo (E. 3; 13).

¹⁹ Para saber mais sobre o volume dessa expansão, a atuação dessa Comunidade na restrição da abertura de novas escolas médicas e a quem cabem as responsabilidades de gestão do ensino superior em saúde no Brasil, consulte o Capítulo 3.

²⁰ Embora as três avaliações (autoavaliação, avaliação externa e avaliação do estudante) só tenham começado a ser feitas plenamente na Medicina em 2007 (ROCHA, 2017).

Mesmo na Sgtes, o que ocupou mais a agenda da direção foi uma questão de regulação do trabalho, mas não relacionada aos médicos e sim aos agentes comunitários de saúde e agentes de combates às endemias. Alguns motivos apontam porque a regularização do trabalho dos agentes tornou-se agenda central: havia um processo no Ministério Público do Trabalho contra o MS e o próprio Ministro por causa dos vínculos de trabalho dos profissionais da ESF; a qualificação dos vínculos de trabalho, com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, era uma bandeira importante do PT junto à sua base social e, também, para o grupo que estava à frente do MS; no MS entendia-se que deveria ser iniciado o processo de qualificação dos vínculos de trabalho com o grupo de profissionais mais mal remunerado e que se considerava com a pior situação de trabalho; havia um forte movimento organizado dos agentes com influência no Congresso Nacional; havia simpatia à pauta pelos integrantes do núcleo do governo; e o objetivo poderia ser alcançado por meio de medidas regulatórias que, via legislação federal, passariam a exigir que os contratantes, os municípios, regularizassem os vínculos de trabalho, implicando, assim, em maiores custos de cofinanciamento à União, mas não na criação de uma carreira pelo governo federal, medida que sofria resistência da área econômica do governo. A fala a seguir da pessoa que era dirigente do MS no período sintetiza alguns desses elementos colhidos:

Eram mais gente, eram mais organizados e tinha-se menos resistência e daí a gente começa a fazer todo o processo, a gente regula, a gente consegue criar um fórum de todos eles, consegue passar [no Congresso], porque as principais coisas dos ACS [agentes comunitários de saúde] passam ainda com Humberto ministro” (E. 13)

A Comunidade Movimento Sanitário mantinha sua posição de que, tal como previsto na Constituição, cabia ao SUS a responsabilidade estatal pela ordenação da formação da força de trabalho em saúde. A criação da Sgtes gerou nos integrantes desta Comunidade a expectativa de que, finalmente, o MS reposicionaria o lugar do SUS na regulação dessa área na interface entre os subsistemas de saúde e educação - entendendo SUS não somente como MS, mas dirigentes de um arranjo institucional no qual interagem as três esferas de governo da federação, os trabalhadores da saúde e representantes da sociedade. Essa ideia geral do papel do SUS na regulação e formação em saúde fica explícita nesta Portaria de 2004 da Sgtes que institui a Política Nacional de Educação Permanente em 2004 (BRASIL, 2004b):

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da reforma sanitária brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da

gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS); considerando a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde (...); considerando a necessidade do gestor federal do SUS de formular e executar políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor (...); considerando a importância da integração entre o ensino da saúde (...).

Os dirigentes da Sgtes intencionavam esse lugar, consideravam que essa era a norma constitucional e reafirmavam isso em instrumentos como a citada portaria, mas não exerciam ele de fato porque as instituições de regulação dessas ações estavam sob a decisão e gestão do MEC (conforme tratado no capítulo anterior). À Comunidade Medicina Liberal interessava preservar o *status quo*, tendo em vista as posições institucionais que já ocupava no subsistema educação e a avaliação de que, se o MS tivesse mais poder, aumentaria a intervenção estatal em uma regulação que esta Comunidade entendia que, idealmente, deveria estar sob sua direção. Mesmo na Rede Temática Educação Médica predominava a visão de que a ordenação da formação deveria resultar de uma concertação entre MEC, SUS e comunidade acadêmica. No MEC predominava entre os dirigentes um valor muito caro ao subsistema educação também estabelecido na Constituição: a autonomia universitária. As instituições de ensino superior (IES) tinham sua autonomia respeitada pelos dirigentes e instituições do MEC, assim caberia às mesmas orientar a formação em diálogo com as diretrizes curriculares instituídas e com a sociedade, o que incluía os conselhos profissionais e gestores locais do SUS. O MEC entendia que cabia a ele mediar com as IES as necessidades, objetivos e políticas do governo, sem ‘desrespeitar’ a autonomia, e que o papel pretendido pelo MS de ordenar a formação não era visto como razoável (E. 2; 3; 4; 5; 6; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 16; 17; 19).

Dirigente do MS falou sobre a reação do MEC às investidas do MS para assumir também a direção da formação em saúde no início do Governo Lula: “o MEC se sentia invadido nas suas atribuições e prerrogativas, por essa tentativa da gente [MS] interferir na formação em nível de graduação e na formação em nível de pós-graduação” (E. 9). Até mesmo a criação da Sgtes foi criticada nesse aspecto (E. 3; 9; 12; 13; 17) e essa divergência pode ser identificada nos trechos da fala que segue de dirigente responsável por esse tema no MS:

Quando a gente começou a ir lá [no MEC apresentar que tipo de profissional médico precisávamos formar], falar que queremos fazer coisas na saúde, eles [MEC] falavam só: não dá! (...)A gente falava [que] a saúde é muito diferente das outras

[áreas], que tem um sistema público que recebe, é totalmente diferente do mercado que recebe os advogados, [por exemplo] (...) Como as nossas universidades são profissionalizantes, para eles estava historicamente construída a associação com as corporações profissionais (...) eles tinham uma aliança estrutural com as corporações (...) [e, para eles, elas que deveriam] ajudar a ver se está formando bem, se está formando mal. E a gente falava: - não querido, na saúde quem tem que ver é o SUS (...). Eles falavam que a gente tinha feito uma SESU [Secretaria de Educação Superior] paralela [quando criamos a Sgtes] (E. 12).

Contudo, alguns acontecimentos ainda em 2003 abriram a possibilidade de o MS ter um papel maior na ordenação da formação: a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde; uma missão presidencial internacional ao México e Cuba, dois países nos quais são seus Ministérios da Saúde que fazem a gestão das políticas de formação da força de trabalho em saúde; e avanços nos diálogos de dirigentes dos MS com o Ministro da Educação Cristóvam Buarque. Segundo esses dirigentes, o Ministro da Educação discordava no início, mas ao longo do ano foi sendo convencido de que o MS deveria assumir mais protagonismo na educação, mais com relação à residência médica que com a graduação (E.13; 17). Um dirigente lembra da posição do então Ministro: “O Cristóvam dizia que o problema dele era a educação básica, qualquer outra coisa que não fosse educação básica (...) não ia priorizar. (...) Ele considerava possível tirar [a CNRM] do Ministério da Educação” e passar para a estrutura do MS (E.17). Essa negociação interna chegou ao conhecimento das entidades médicas e isso fez com que passassem a atuar fortemente para bloquear a medida e evitar qualquer mudança em um fórum no qual tinham maioria e controlavam desde sua criação. A situação de controle exercido pela Comunidade Medicina Liberal e de ‘delegação informal’ que o governo dava à esta Comunidade na regulação da residência foi expressa nesta fala de dirigente do MS do período:

[a CNRM] era uma ‘salinha’ das entidades médicas. [Eles] se reuniam e os representantes do governo não participavam das reuniões. Era cargo previsto, mas não participavam da comissão (...) a gente brigava muito com isso (E.17)

Publicação da AMB na ocasião tratou do tema mostrando que a forte reação contra essa mudança decorria do entendimento do que estava em jogo: quem passaria a dirigir as decisões na CNRM, as entidades médicas ou o Estado?

Denunciar uma negociação que estava sendo feita nos bastidores da Comissão Nacional de Residência Médica (...) Informou que documentos elaborados pelo Ministério da Saúde e encaminhados para o Ministério da Educação propunham a

transferência da Comissão Nacional de Residência Médica do MEC para o Ministério da Saúde. Além do mais, seria dada nova composição à Comissão, na qual os representantes do governo federal passariam a constituir a maioria (JAMB, 2003c).

Esta mesma matéria relatou que dirigente de escalão superior do MS foi pressionado e interrogado sobre essa negociação, tendo negado publicamente que ela existisse e que isso fosse uma pretensão do MS. Tal declaração expressa a dificuldade do MS de defender abertamente essa posição contra a oposição da Comunidade Medicina Liberal. Porém, no início de 2004, o diálogo com o Ministro da Educação seguiu avançado e chegou-se em um acordo, como relata dirigente do MS:

Com o Cristóvam a gente chegou a montar uma [normatização] que ia ser assinada (...) passando tudo para a gente. (...) Vinha tudo, CNRM, vinham todas as questões de direção [áreas do MEC responsáveis pela formação em saúde]. Ele topou. No início ele não topava. Antes de viajar ele topou, mas aí o Lula demitiu ele (E.13).

Assim, segundo este entendimento compartilhado por outras pessoas entrevistadas (E.9; 12; 17), um fato alheio ao processo – a demissão do Ministro da Educação – interrompeu uma mudança que reposicionaria o MS e o SUS neste espaço de interface entre os subsistemas saúde e educação. A partir daí essa questão saiu da agenda de discussão devido à forte atuação de atores da Comunidade Medicina Liberal, inclusive dentro da estrutura do MEC, e devido à nova direção do MEC reproduzir a compreensão hegemônica do subsistema educação: que a regulação deveria ser exercida pelo MEC, respeitando a autonomia das IES, que deveriam, cada uma, dialogar com a sociedade sobre a formação necessária, incluindo nesse diálogo as organizações profissionais e gestores do SUS.

Com isso, apesar dos esforços de dirigentes do MS para uma mudança na qual o mesmo passasse a coordenar a gestão das políticas de formação em saúde na interface dos subsistemas saúde e educação, a situação permaneceu como era. A mudança de governo e entrada de novos dirigentes deu oportunidade à esta mudança. A direção do MS conseguiu colocar esse tema na agenda de discussão, sensibilizar e convencer o Ministro da Educação e o núcleo do governo. Para o Ministro da Educação, o tema não era central e como não pretendia mobilizar recursos extras para essa questão, parecia razoável transferir parte da coordenação da política ao MS, que tinha propostas para a área e disposição de empregar os recursos necessários de tempo, estrutura, financeiros e políticos para viabilizá-las. Para o núcleo do governo, a experiência de outros países e os diálogos com a direção do MS foram suficientes para tomar a decisão de apoiar uma mudança nos termos de um acordo entre MEC

e MS, publicando um decreto transferindo responsabilidades e espaços institucionais. Quando deixou de ser um acordo e virou uma controvérsia, o núcleo do governo não quis arbitrar. A questão não saiu dos subsistemas nos quais ela estava, e, com a saída do Ministro da Educação, voltou a predominar a posição consolidada no subsistema educação sobre o tema que passava pela manutenção do *status quo*. Tiveram papel nessa manutenção o arranjo institucional vigente, atores do subsistema educação, incluindo dirigentes e a tecnoburocracia, e a Comunidade Medicina Liberal. Esta última atuou por dentro de espaços institucionais do MEC e pressionou a direção do MS. A própria direção do MS não insistiu mais na mudança depois do revés sofrido e com a negativa da nova direção do MEC. Esse objetivo deixou de ser prioridade, houve uma acomodação à circunstância, decidiu-se agir somente naquilo que se tinha governabilidade e, no que era de governabilidade do MEC, agir de acordo com as condições oferecidas pelo MEC.

4.3 SITUAÇÃO CONJUNTURAL E CIRCUNSTÂNCIAS DE DECISÃO DOS DIRIGENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE O QUE PODERIA SER FEITO

Quando o novo Governo tomou posse em 2003 existia uma política de estímulos à mudança da graduação em Medicina, o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), e outra de provisão de profissionais, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits)²¹. O Promed tinha o objetivo de apoiar as direções das escolas com recursos que deveriam ser usados para promover mudanças que orientassem a formação rumo às Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas no Conselho Nacional de Educação no ano 2001. Foi mantido, enquanto formulavam-se políticas que, na visão dos dirigentes do MS, teriam maior resultado. Na sequência entraram na agenda outras iniciativas voltadas à mudança da graduação e, junto com o MEC, o MS tomou a decisão de ampliar o Promed para atender ao conjunto das profissões da saúde. Tratava-se de uma decisão que podia ser tomada pelos dois Ministérios, por ser um programa desenvolvido por ambos normatizado por Portaria Interministerial. Foi rebatizado com o nome de Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde): em 2006, passou de 20 cursos de Medicina para 89 cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, as mesmas

²¹ Para mais informações sobre ambos veja o capítulo 3.

profissões da equipe mínima da ESF e, em 2007, alcançou 359 cursos das quatorze profissões da área da saúde, seguindo a recomendação do Conselho Nacional de Saúde e o movimento de criação dos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (Nasf), que promoveram a inserção de outros profissionais da saúde na atenção básica (HADDAD, 2012).

O Pits foi descontinuado porque, segundo os dirigentes entrevistados que tomaram essa decisão, entendeu-se que ele nem era uma política efetiva de formação nem de provimento. Na avaliação deles, havia sido pensado para o provimento dos profissionais de saúde da equipe mínima da ESF, mas não conseguia recrutar médicos na quantidade necessária, especialmente para as áreas mais vulneráveis e com maior dificuldade de atração (E.12; 13; 17). Com isso, tornava-se um programa mais focalizado de formação em áreas subatendidas e cuja formação era somente uma justificativa para o pagamento de bolsa, segundo dirigente de então do MS

O Pits (...) tinha a ideia da especialização para justificar o pagamento de bolsa, porque não tinha como o governo federal pagar o salário, criar vínculo empregatício. Então tinha o curso de especialização, que era à distância e tinha uma tutoria que era presencial uma vez por mês (E.12).

Os novos dirigentes do MS entendiam que a relação dos médicos do Pits com os municípios era problemática porque aqueles resistiam à tentativa de gestão de seu trabalho por estes, havia duplicidade de comando entre gestão federal e municipal, mesmo em questões simples como gestão de feriados e folgas e os médicos ficavam pouco tempo, desligando-se do Programa antes mesmo de concluir a formação proposta. Mas foi a dificuldade crescente de recrutar médicos para onde havia mais necessidade que inviabilizou o Pits e fez com que fosse tomada a decisão de encerrá-lo, mesmo antes de se ter outra iniciativa para substituí-lo (E.12; 13; 17).

Vale notar que a circunstância inicial de decisão era caracterizada por um governo novo, com um grupo motivado, com novos projetos e com a expectativa de desenvolver ações mais efetivas e em acordo com os valores e objetivos que gostariam que fossem a tônica da política nacional. O Promed tinha pouco impacto, mas dele passaram a depender diversas iniciativas de qualificação da graduação em Medicina das universidades públicas. Extingui-lo resultaria em consequências indesejadas. Comunicaria a docentes e dirigentes universitários o inverso do que se queria, além de se indispor com atores importantes na Rede Temática Educação Médica e no subsistema educação. Assim, ao invés de extinto, foi ampliado, e o MS desenvolveu outras ações que julgava mais em acordo com seus valores e objetivos, como as

iniciativas do Aprender-SUS, tratado à frente. O Pits, por sua vez, era visto como insuficiente. Julgava-se que o investimento na expansão e qualificação das residências em Medicina de Família e Comunidade superariam seus resultados, tanto em termos de provimento quanto de formação (E.12; 17). Além disso, podia ser encerrado por decisão unilateral do MS e seu encerramento não enfrentaria resistência, por não ter nem grande magnitude nem funcionamento regular de provisão. Sua continuidade, porém, enfrentaria dificuldades pela forma não sustentável como era paga sua bolsa, como relata dirigente que participou de seu encerramento:

O Pits ia terminar de qualquer forma porque ele era um projeto de financiamento do CNPQ [Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico] (...) E, de verdade ele não era em formato de pesquisa, ele era em formato de trabalho (E.17).

Duas outras soluções relacionadas à questão da insuficiência na oferta de médicos entraram na agenda de discussão do governo e são reveladoras daquela situação conjuntural: o Serviço Civil Obrigatório (SCO) e a revalidação de diplomas de médicos formados fora do Brasil. A demanda pelo reconhecimento do diploma de médicos brasileiros formados no exterior e a possibilidade de relação e intercâmbio com Cuba já havia surgido no segundo turno da eleição presidencial de 2002, quando passaram a fazer parte da coalizão liderada pelo PT, o Partido Popular Socialista (PPS) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT), que disputaram o primeiro turno da eleição apoiando o então candidato Ciro Gomes. O PDT, que administrava o município de Niterói-RJ com uma cooperação técnica com o país caribenho e tinha uma atenção básica estruturada nos moldes do modelo de médico de família cubano, propunha uma experiência semelhante em nível nacional. No PPS estava Sérgio Arouca, icônico quadro do Movimento Sanitário, que havia vivido anos na América Central e participado da reforma sanitária na Nicarágua, conhecia bem a experiência cubana e foi o primeiro Secretário de Gestão Participativa do MS, secretaria criada na reforma do organograma em 2003.

Contudo, o acontecimento que melhor representa a entrada efetiva de ambos temas na agenda de discussão do núcleo do governo é a missão presidencial internacional ao México e Cuba no segundo semestre de 2003, a qual foi acompanhada pelas direções do MS e Sgtes. No México e em Cuba existiam diferentes versões de serviço civil (SC) com formandos ou recém formados atuando em áreas subatendidas. Em Cuba havia, ainda, centenas de brasileiros estudando Medicina na Escola Latino-Americana de Medicina (Elam). Essas

experiências foram conhecidas pelo Presidente Lula e pela direção do governo, sendo que, em Cuba, a missão presidencial conheceu serviços de saúde, instituições de formação e ainda se encontrou e dialogou com estudantes brasileiros. Um dos temas abordados na reunião bilateral entre os governos foi a possibilidade de reconhecer o diploma cubano no Brasil devendo, para isso, simplificar o processo de revalidação dos diplomas e complementar a formação fazendo estágio no SUS e estudando temas específicos do Brasil. A base da justificação do pleito pôde ser assim formulada: um país com escassez de médicos e pouca oferta de formação não poderia dispensar a atuação de médicos brasileiros só porque formaram-se fora, usando, para isso, recursos próprios e de um outro país (E.12; 13; 17).

De volta ao Brasil, o núcleo do governo cobrou soluções relacionadas à atribuição ao MS do papel de ordenar a formação em saúde, tratada na seção anterior, à implementação do Serviço Civil Obrigatório em lugar do Pits, que era uma espécie de ‘serviço civil voluntário’, e ao reconhecimento de diplomas médicos estrangeiros. Assim, três anos após o recuo do Governo FHC de implementar o Serviço Civil Obrigatório e decidir não ampliar a experiência do estado do Pará com os médicos cubanos, devido à resistência da Comunidade Medicina Liberal associada às dificuldades institucionais de viabilizá-las, as mesmas soluções voltavam a ser consideradas como políticas de provimento médico. O Serviço Civil Obrigatório foi incluído como ação prioritária no planejamento do governo e coube ao MS, mais especificamente à Sgtes, a responsabilidade de formulá-lo e implementá-lo (E. 9; 12; 13; 17). A análise seguia sendo que a implementação do Serviço Civil Obrigatório era pouco viável institucionalmente, porque ela, a depender do formato proposto, exigiria deslocar a decisão para a arena do Congresso Nacional onde seria necessário aprovar uma lei ordinária ou mesmo uma emenda constitucional, que exige maioria sobredimensionadas para a aprovação (três quintos dos parlamentares em dois turnos de votação na Câmara e no Senado). Precisaria, portanto, vencer no parlamento um debate com provável opinião pública desfavorável. A direção do MS conhecia a posição contrária à medida da Rede Temática Educação Médica e da Comunidade da Medicina Liberal, como mostra essa fala de dirigentes de então do MS

[O SCO] a gente avaliou que seria muito baixo o respaldo na sociedade. (...) Não tinha como fazer, porque para fazer uma coisa dessa precisava de legislação, precisava apoio das entidades [médicas] e ninguém apoiava isso. (...) Os estudantes de Medicina não vão concordar, as famílias dos estudantes não vão concordar, como não concordam até hoje, continuarão não concordando e não concordarão com isso nunca, então não dá para ser essa ideia. E era difícil para se executar. (E.17)

Essa dificuldade foi considerada no núcleo do governo, em especial na Casa Civil, que, além de um papel de coordenação da agenda política do governo, atua na supervisão e monitoramento da produção legislativa do Poder Executivo, sendo uma de suas funções fazer a avaliação jurídica, de mérito e de viabilidade política do conteúdo das iniciativas legislativas do Executivo (BATISTA, 2003). A Comunidade Medicina Liberal vinha, há anos, conseguindo explorar bem esse obstáculo institucional no legislativo para bloquear a medida. Dirigente responsável pela solução no MS relatou que, depois de um levantamento minucioso, “a gente viu que no Congresso Nacional tinham mais de 50 projetos de lei de SCO e que todos paravam em alguma comissão porque os médicos faziam *Lobby* e o negócio não andava” (E.12). A Comunidade Medicina Liberal conseguia influenciar, especialmente, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara, por onde passavam essas propostas quando envolviam cursos, profissionais ou efeitos no sistema de saúde. A posição contrária das entidades médicas foi o entrave apontado pelos dirigentes como o mais importante para a inviabilização dessa solução, tanto no primeiro quanto no segundo mandato do Governo Lula, quando a solução foi novamente aventada (E.3; 6).

Houve também outro fator relevante, que não foi identificado nas entrevistas dos dirigentes dos escalões superiores do MS e sim naquelas dos escalões intermediários²²: na direção intermediária e na tecnoburocracia do MS não havia sujeitos dispostos a serem ‘empreendedores’ do Serviço Civil Obrigatório. Compreendiam que se tratava de uma solução efetiva para o alcance do objetivo específico de prover, temporariamente, médicos nas áreas subatendidas, mas tinham críticas importantes à medida e eram céticos quanto à sua viabilidade política. Comentando uma visita de membros do MS às experiências similares no México e Colômbia, uma pessoa do escalão intermediário de então disse:

Aqueles lugares eram condenados, eternamente, a sempre terem pessoas que iam se formar, ou recém-formados que eram abandonados lá e enfim, um ciclo infinito de assistência precária. Era péssimo, era sacanagem com a população e era sacanagem com os caras, porque também eles ficavam abandonados lá, não tinha apoio (E.12).

²² Chamaremos os ocupantes dos cargos de Ministro, Chefe de Gabinete e Secretário de dirigentes de ‘escalões superiores’ e ocupantes de cargos de diretor e coordenador de dirigentes de escalões intermediários.

A crítica era que um profissional recém formado e pouco experiente ficaria isolado e sem suporte adequado nas áreas mais vulneráveis e com maior necessidade por um período muito curto, que nem possibilitaria a ele adquirir mais conhecimento e experiência nem faria com que a qualidade da atenção ao usuário melhorasse, uma vez que a cada seis meses ou, no máximo, um ano, o profissional seria novamente trocado por outro nas mesmas condições nas quais o primeiro chegou. Além disso, avaliava-se que os profissionais atuariam insatisfeitos por só estarem fazendo aquilo e naquele local por terem sido obrigados, o que prejudicaria o vínculo com a população, a qualidade do trabalho e a imagem do SUS entre esses novos profissionais (E. 12; 17). Posição com vários pontos de convergência com a hegemônica na Rede Temática Educação Médica e na Comunidade Medicina Liberal. A direção intermediária do MS fez ainda mais, convenceu a Casa Civil de que o Serviço Civil Obrigatório não seria aprovado no Congresso (E. 12; 17) tirando essa solução da agenda do núcleo do governo naquele momento.

Assim, embora figurasse como objetivo prioritário no planejamento do governo como uma das metas de maior visibilidade do MS, e a principal da Sgtes, identificamos três fatores principais que bloquearam a implementação dessa política que ressurgia periodicamente na agenda de discussão desde o fim dos anos 1970: 1- a forte resistência de atores sociais com potencial desgaste político ao governo, em uma luta que teria o Congresso Nacional e o debate público geral como arena; 2- o modo institucional de viabilizar a medida, por exigir uma aprovação no Congresso que demandaria a mobilização de muitos recursos no convencimento dos parlamentares e contra a atuação da Comunidade Medicina Liberal, sendo que, há anos, tentativas semelhantes não haviam tido sucesso e, por fim, 3 - a ausência de empreendedores de políticas nos próprios espaços institucionais responsáveis pela sua formulação e implementação. A fragilização do governo em 2005, na opinião pública e no Congresso Nacional, devido à crise do que passou a ser chamado ‘mensalão’ (SINGER, 2012; 2016), sepultou de vez no primeiro mandato a possibilidade do Serviço Civil Obrigatório entrar na agenda legislativa do Executivo (BATISTA, 2013). Porém, mesmo com o crescente apoio popular do Presidente Lula no segundo mandato, percebido por meio das pesquisas de opinião, os demais fatores continuaram operando e a medida sequer conseguiu ter novamente a presença que teve na agenda de discussões em 2003-2004 (E.3; 9; 12; 13; 17).

Como alternativa ao Serviço Civil Obrigatório, o Ministério da Defesa chegou a propor a expansão da convocação obrigatória de médicos para o exército, o que aconteceu de

forma recorrente ao longo período estudado. Contudo, em todas as ocasiões, o MS foi contra. Entre as razões destacam-se: a limitação da cobertura populacional da medida, uma vez que o médico convocado só poder atuar nas localidades que existem unidades do exército; a exigência do médico cumprir parte da carga horária nessas unidades militares e, assim, não poder se integrar efetivamente à equipe de saúde da família; e, principalmente, pelos custos elevados da proposta, uma vez que para ampliar a quantidade de médicos militares precisava ampliar o quadro de patentes nas quais eles são nomeados e, devido à Lei Militar, isso só se faz ampliando outras tantas patentes em cascata. Esse impacto financeiro mostrou-se uma limitação permanente dessa proposta na área econômica do governo que, somada à resistência do MS, tem bloqueado a proposta ao longo do tempo, mesmo quando aventada recentemente em um governo militarizado como o de Bolsonaro (E. 3; 15; 17).

A proposta de reconhecimento de diplomas de médicos estrangeiros exigia acordos bilaterais ou regionais²³ com os países em questão, análogos ao acordo de reconhecimento de diplomas na América Latina e Caribe, homologado pelo Congresso em 1977 e revogado em 1999, depois de forte atuação da Comunidade Medicina Liberal no embate contra a atuação dos médicos cubanos nos estados do Pará, Acre, Pernambuco e Roraima. Depois da missão presidencial internacional no México e em Cuba, o núcleo do governo demandou um projeto de implementação ao MS e MEC. Foram organizadas visitas à Cuba envolvendo indicados de ambos ministérios, incluindo docentes e reitor, para conhecer mais de perto a formação dos médicos e os serviços que constituíam campos de estágio. Foi elaborado um relatório conjunto e formulada uma primeira proposta de revalidação. Abriu-se o diálogo com as entidades médicas sobre a proposta construída, mas elas se mostram extremamente contrárias a qualquer uma das possibilidades apresentadas (E.12;13).

A mudança de Ministro da Educação, em janeiro de 2004, foi decisiva para que o tema perdesse força na agenda. Espaços institucionais do MEC importantes na formulação e decisão dessa solução passaram a bloquear essa agenda. Tratando disso, dirigente de então do MS revelou que havia “um relatório que foi construído conjuntamente”, MS e MEC, mas que “quando você vai para a prática, daí você encontra resistência no MEC” (E. 13). E que uma “figura” com papel de destaque na Comunidade Medicina Liberal, que passou a ocupar local

²³ Em 2005 foi formulada a possibilidade de fazer uma cooperação ampla envolvendo vários países da América, diversas de suas universidades e a Organização Pan-Americana da Saúde.

importante de decisão no MEC, começou a atuar e ter ascendência nesses temas, influenciando a posição do Ministro e Secretário Executivo de então, Tarso Genro e Fernando Haddad, respectivamente: “daí não consegue mais negociar nada (...) nem resolver a Elam, nem encaminhar as coisas” (E. 13).

Os fatores responsáveis pela não implementação de nenhuma proposta de revalidação de diplomas de médicos estrangeiros até a criação do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida), cujo lançamento foi feito em março de 2011 como resultado de uma pauta retomada na segunda metade do segundo Governo Lula, são similares aos que bloquearam a implementação do Serviço Civil Obrigatório, mas com algumas diferenças importantes. A solução não era considerada pelo governo como uma alternativa de provimento com impacto no problema de insuficiência de médicos, apenas como uma medida justa e razoável: permitir que médicos que são formados e não exercem a Medicina no Brasil por não terem seus diplomas reconhecidos, atuem atendendo a população em uma país com insuficiência de médicos. Mas tinha a oposição de espaços institucionais do MEC, que sofriam muita influência e tinham a presença de sujeitos da Comunidade Medicina Liberal. Também não contou no primeiro Governo Lula com empreendedores no MS. As organizações de médicos formados no exterior e alguns parlamentares eram a favor da medida e pressionavam o governo em prol dela. Em contrapartida, as entidades médicas eram ainda mais contrárias a ela que ao Serviço Civil Obrigatório. A Comunidade Medicina Liberal atuou contra a medida por meio de espaços institucionais bem posicionados no subsistema educação, tais como os cursos de Medicina e as áreas de ‘assuntos médicos’²⁴ do MEC.

Mas o que foi apontado como o fator mais decisivo pelas pessoas entrevistadas foi a análise que o governo fez sobre a possibilidade de implementação. A medida exigiria a celebração de acordos bilaterais entre países e isso, legalmente, dependia da aprovação do Senado. Contudo, avaliava-se que os senadores da oposição tenderiam a explorar ideologicamente um acordo com Cuba, o que, além de deflagrar uma disputa da opinião pública, poderia levar à rejeição do acordo, um desfecho que o governo considerava um dano político muito maior que o potencial benefício da medida. Assim, o núcleo do governo que poderia desequilibrar a tendência de manutenção do *status quo* nos subsistemas saúde e

²⁴ Veja o capítulo 3 para mais informações sobre comissões e diretorias no MEC e no Conselho Nacional de Educação que assessoram outros espaços de gestão ou gerem políticas relacionadas à profissão médica.

educação, desistiu de ir adiante, ante os riscos do cenário político no parlamento (E.12; 13). Note-se que o que aconteceu depois validou esse cálculo sobre a provável estratégia dos adversários da medida: a oposição e as entidades médicas atuaram ideologicamente combatendo acordos do Brasil com Cuba, tanto o do PMM quanto outros celebrados no segundo Governo Lula, como o do Porto de Mariel (GOMES, 2016; MENEZES, 2018; SILVA, 2018; SILVA et al., 2018; E. 3; 9; 12; 13; 17).

O estudo do bloqueio dessas três soluções revela critérios e características das análises dos dirigentes do MS sobre as soluções possíveis naquelas circunstâncias de decisão: se eram aderentes aos objetivos e valores dos dirigentes; se tinham pertinência e efetividade informada pela literatura; se superavam a aprova da comparação com o que o MS já havia feito, levando em conta dificuldades, limites e possibilidades de experiências similares anteriores; o modo de institucionalização da medida e o grau de governabilidade que o MS teria para decidir e implementá-la; a necessidade de cooperação ou enfrentamento com outros espaços institucionais, do executivo ou legislativo, para viabilizar a solução; e a análise dos opositores, em especial, do quanto a iniciativa sofreria resistência da Comunidade Medicina Liberal (E. 3; 12; 13; 17). A fala seguinte explicita parte desse cálculo estratégico:

[Fizemos] no primeiro momento (...) a avaliação de todas as coisas que já tinham sido feitas no Ministério que envolviam formação e provimento, (...) quais iniciativas a gente achava que eram mais negociáveis com as entidades médicas. (...) A gente foi avaliando essas possibilidades que não tinham um enfrentamento drástico (E.17).

Percebe-se que medidas consideradas adequadas aos objetivos e valores dos dirigentes governamentais e efetivas para enfrentar a questão priorizada, mesmo assim foram descartadas pelos decisores por geraram ‘consequências’ negativas no sistema político (FAIRCLOUGH e FAIRCLOUGH, 2013). Nos casos da revalidação de diplomas e do Serviço Civil Obrigatório, as direções do MEC e do MS, respectivamente, ordenaram a formulação das soluções, mas não conseguiram ‘conformar’ a ação dos atores situados nos níveis intermediários de gestão e tecnoburocracia desses espaços institucionais. Estes não atuaram como empreendedores dessas soluções e, em alguns casos, passaram a bloquear seu avanço apoiados no arranjo institucional vigente e no apoio externo de atores sociais contrários à medida. Por fim, dentre os quatro elementos constitutivos dos processos de formação da agenda, segundo Zahariadis (2016), o que seria mais importante, o ‘poder’, operou em sentido contrário a estas soluções, pois o resultado refletiu o poder da Comunidade

Medicina Liberal em impedir que essa questão transformasse em política pública. Além disso, a questão não contou com nenhuma ampliação social de sua ‘percepção’ e ‘potência’, ficou restrita aos mesmos espaços de discussão que já a conheciam e tratavam desde os anos 1970. Com efeito, dirigentes dos escalões intermediários da Sgtes relataram que os temas que potencialmente tivessem a oposição da Comunidade Medicina Liberal deveriam ser analisados em conjunto com as direções superiores do MS, antes de se tomarem iniciativas de conhecimento público. Um relato expõe um alerta dado por dirigente de escalão superior a dirigente intermediário quando analisaram iniciativas com provável oposição dessa Comunidade: “esses moços são muito poderosos e nós não vamos brigar com eles” (E.12). Por ser um fator importante no cálculo estratégico das direções do MS e MEC e exercer efeito de antecipação de reações, são analisadas na próxima seção as propostas da Comunidade Medicina Liberal e a relação e conflitos desta com os Ministérios da Saúde e Educação no Governo Lula.

4.4 COMUNIDADE DEFESA DA MEDICINA LIBERAL: SOLUÇÕES PROPOSTAS E CONFLITOS

Logo no início do Governo Lula houve esforço de diálogo de ambos os lados entre o MS e as entidades médicas. Dirigentes do MS buscaram um acordo mínimo sobre quais questões e soluções poderiam compor uma agenda política pactuada (E. 6; 13). A análise documental das publicações oficiais das entidades médicas no ano de 2003 mostra diversas reuniões e eventos com dirigentes do MS. Mostra também as questões prioritárias para essas organizações que, inclusive, tornaram-se objeto de reuniões com o governo e de seminários, atos e manifestos, além de ocuparem espaço expressivo em seus veículos de comunicação próprios (JAMB, 2003a; 2003b; 2003c; 2003d; 2003e; 2003f). As três maiores prioridades eram a adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), como base para remuneração de procedimentos no SUS e pagamentos dos planos de saúde; a aprovação da lei que regulamenta o exercício da Medicina, chamada lei do ‘Ato Médico’; e a moratória e controle da abertura de novas escolas médicas. As três eram questões prioritárias para a Comunidade Medicina Liberal desde o fim dos anos 1970. Além delas, existiam também outras duas questões relevantes relacionadas com as políticas de regulação, provimento e formação médicas: a proposta de uma ‘Carreira Médica de Estado’ e

a exigência da participação das entidades médicas por meio da Comissão Mista de Especialidades²⁵ nas definições sobre a formação de médicos especialistas.

Havia limites claros à possibilidade de um diálogo com resultados aceitáveis para cada lado porque ao governo não interessava que nenhuma dessas propostas entrasse na agenda governamental e a Comunidade Medicina Liberal, de outro lado, era contrária às principais propostas do governo relacionadas às políticas de regulação, provimento e formação médicas. A adoção da CBHPM tinha altos custos de implementação, tal a diferença entre os valores propostos nela e a chamada ‘Tabela de Procedimentos do SUS’, além de diferenças de concepção e finalidade. Assim, ainda que o MS concordasse com os critérios e métricas propostas, não se comprometia com algo para além de declarar que estudaria procedimento a procedimento. Tampouco a Comunidade Medicina Liberal podia recorrer ao Congresso sem o aval do Executivo devido à restrição da Lei de Responsabilidade Fiscal no que diz respeito a Leis que gerem despesas adicionais. Até o presente momento, não foi feita a aproximação global entre CBHPM e a Tabela SUS.

O MS também não tinha a intenção de viabilizar uma carreira só para médicos. Por vezes, dirigentes do MS nesse período defenderam publicamente uma carreira nacional na linha da posição da Comunidade Movimento Sanitário, contemplando todas as profissões de saúde e como um modo de garantir direitos trabalhistas e previdenciários e vincular profissionais especializados e dedicados à atuação no SUS. Mas uma carreira da União tinha resistência tanto no subsistema saúde quanto na área econômica do governo. Nesta última, pesavam: a ideia de assumir como quadros federais funcionários que executavam ações que não eram da responsabilidade da União e atuavam em serviços geridos pelos demais entes federados; os custos elevados; a experiência negativa, em termos de efetividade e eficiência, da carreira dos médicos peritos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); e o juízo de que a relação custo-efetividade de uma carreira de médicos para o SUS seria negativa (E. 3; 9; 12). Mas mesmo que a posição contrária da área econômica fosse superável, nas direções do MS, Conass e Conasems não havia acordo de que se tratava de uma solução efetiva. Pesavam a falta de evidências de que garantiria o provimento e a fixação; a defesa da municipalização e de que o gestor local tinha de ter a gestão sobre o conjunto dos fatores necessários à produção

²⁵ Câmara conjunta entre AMB e o CFM que normaliza para essas instituições o reconhecimento de especialidades médicas. Maiores informações podem ser encontradas no capítulo 3.

do serviço de saúde, o que incluía a força de trabalho; e as experiências negativas, em termos de gestão do trabalho, com os funcionários de carreira municipalizados da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que, criada em 1942 e extinta em 1990, passou a integrar a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (E. 3; 6; 12; 16).

Apesar disso, a questão não saiu da agenda de discussão. De 2004 a 2006 funcionou a Comissão Especial do Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS (PCCS-SUS), sob coordenação da Sgtes e incluindo a participação de entidades médicas e representações de diversas outras profissões de saúde. Os debates avançaram e, em 2006, foi assinado o Protocolo 6 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS²⁶ com Diretrizes Nacionais para a Instituição de PCCS-SUS, que tornou-se um documento de referência do movimento sindical da saúde para modelar propostas de carreira nos três entes federados. Contudo, no âmbito federal, a proposta não evoluiu concretamente para a criação de uma carreira. No fim do segundo Governo Lula, o MS propôs a criação da Força Nacional de Saúde. Seu nome foi inspirado na Força Nacional de Segurança Pública, instituída em 2004, e sua estrutura e função inspiradas na experiência estadunidense da *National Health Service Corps* (OMS, 2010; OLIVEIRA et al., 2015; E.3). A ideia era ter um quadro fixo de profissionais para atuação em áreas subatendidas e um quadro recrutável para situações especiais. Mas, mesmo havendo a concordância do MS e das entidades médicas, que discutiram o tema em uma agenda de reuniões que envolveu a participação de integrantes da Mesa Nacional de Negociação, essa proposta como a da carreira, foi vetada pela área econômica do governo, como relata dirigente do período:

Uma Força Nacional de Saúde composta pelo menos de três pedaços, (...) urgência e emergência, (...) a questão da saúde indígena, (...) e o terceiro pedaço (...) nessas regiões que você não consegue deslocar médico de jeito nenhum e que nós calculávamos naquele momento como 700 a 800 municípios que não conseguem mobilizar médico. (...) [Mas] você trabalha, trabalha, mas na hora que chega lá no planejamento ou na economia... você sabe a reação que tem (E.3).

²⁶ A Mesa Nacional foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1993 pela Resolução nº 52/1993, mas, desativada logo na sequência, foi retomada só 10 anos depois em 2003, com a resolução nº 331/2003, no primeiro ano do Governo Lula e com o tema sendo pautado como prioridade pela recém criada Sgtes. Tratava-se de um fórum paritário e permanente de negociação, que reúne gestores públicos das três esferas de governo, prestadores de serviços privados da saúde e entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores da saúde das diversas profissões. Foi desativada em 2019, primeiro ano do Governo Bolsonaro.

A intenção de aprovar a Lei do Ato Médico, que buscava assegurar o monopólio de exercício da profissão e limitar a atuação de ‘leigos’ e das demais profissões de saúde, ia em sentido contrário à posição da Comunidade Movimento Sanitário. Esta era contrária ao aumento das restrições impostas aos demais profissionais de saúde, ao reforço do caráter já médico-centrado do sistema de saúde e a favor da ampliação do escopo de práticas dos profissionais de saúde, ainda mais em um contexto de insuficiência de médicos. As Resoluções da 12ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em novembro de 2003, com mais de quatro mil participantes na etapa nacional, explicitaram isso. No tópico de “Regulação das Profissões” há a resolução nº 53 “Contra o Projeto de Lei do Ato Médico” e nas de nº 54 à nº 62 encontra-se diretrizes de reconhecimento de diversos exercícios profissionais, como por exemplo: facilitadores das práticas integrativas de saúde, parteiras, técnico de farmácia ou auxiliar de farmácia, técnico em higiene dental, especialista em ortóptica e agentes de saúde ambiental, de redução de danos e de saúde indígena (CNS, 2004). Após a derrota da posição da Comunidade Medicina Liberal na deliberação da Conferência, uma publicação da AMB destacou duas falas de membros do CFM sobre a votação do Ato Médico e sobre a posição contrária ao mesmo tomada pela Denem, considerada à época como uma traição à ‘classe médica’ (JAMB, 2003f)

(...) consideramos lamentável a aprovação de proposta contrária ao projeto, defendida por alguns estudantes (inclusive de Medicina) e profissionais não-médicos (...) um fórum da magnitude de uma Conferência Nacional de Saúde foi equiparado a uma assembleia estudantil, movida por paixões de uma claqué enfurecida, que deixou de lado os interesses da saúde da população para abraçar causas particulares de interesse social discutível

estes ‘líderes’ dos estudantes de Medicina participantes da Conferência não representam o pensamento de seus pares. Em recente pesquisa realizada pelo CFM entre os estudantes de Medicina de dez faculdades - públicas e privadas -, o resultado mostra que a esmagadora maioria dos futuros médicos defende a regulamentação, por lei, dos atos médicos.

Com efeito, o governo não apoiou o projeto de Lei do Ato Médico em nenhum momento de 2003 a 2010. Transitou de uma posição de estudo crítico até uma explicitamente contrária, com manifestação pública do Presidente Lula em 2009 no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o ‘Abrascão’, criticando a lei e comprometendo-se em não a aprovar. Assim, sua tramitação no Congresso foi lenta e por vezes interrompida, não chegando ao ponto de votação nesse período, o que só veio a acontecer em 2013, como trata-se no próximo capítulo.

Com relação à formação, a Comunidade Medicina Liberal queria aumentar ainda mais sua influência nas decisões nessa interface entre os subsistemas saúde e educação. Na residência médica pleiteava formalmente que a CNRM reproduzisse o desenho de especialidades proposto pela Comissão Mista de Especialidades e atuava para que a autorização da expansão dos programas de residência em cada especialidade atendesse aos interesses de cada sociedade de especialidade médica filiada à AMB. O MS alinhava-se à Comunidade Movimento Sanitário na defesa de que essa regulação fosse feita pelas instâncias do SUS com um planejamento orientado pelas necessidades da população e do sistema de saúde. Com o fim da Cinaem em 2002, a mudança da graduação na linha proposta pela Rede Temática Educação Médica havia saído do leque de questões prioritárias das entidades médicas, mas seguiam propondo moratória de dez anos na abertura de novas escolas e vagas de Medicina, além de regras mais rígidas para fechar cursos existentes. Naquele momento, não era prioridade do MS a expansão de vagas de graduação em Medicina (E.12; 17). Em diálogo com as entidades médicas o MS se comprometeu com a moratória da abertura de escolas e, com esse acordo parcial, tentou colocar na agenda de discussão com as entidades médicas o levantamento e análise da quantidade de médicos generalistas e especialistas no país, para, então, partindo de uma construção do problema sustentada na análise das evidências, propor políticas de regulação, provimento e formação (JAMB, 2003c). Mas a regulação da expansão de vagas no sistema federal de ensino, que inclui as IES públicas federais e privadas, era realizada pelo MEC, sob ação permanente da Comunidade Regulação pelo Mercado, que pressionava pela autorização e subsídio a uma expansão massiva do setor privado. E, embora a expansão de vagas de Medicina não fosse prioridade do governo, esse foi um dos efeitos da expansão dos *campi* universitários, pelo Reuni, e das políticas de financiamento e bolsa estudantis, pelos Fies e Prouni. Então, ainda que o MS não tenha sido adversário das entidades médicas nessa questão, o resultado da ação do governo foi o contrário do que estas queriam, e isso foi outro ponto de tensão nessa relação.

Com isso, as principais soluções propostas nesse período pelo MS relacionadas à regulação, provimento e formação de médicos, com exceção daquelas que disponibilizavam incentivos para que as IES efetuassem melhorias e mudanças na graduação, sofriam oposição da Comunidade Medicina Liberal. Na avaliação de dirigentes do MS do período, as entidades médicas não admitiam quaisquer soluções intermediárias para negociação (E.9; 12; 13)

a gente teve reunião com a AMB, eu e Humberto [Costa], com todas as sociedades [de especialidade]. Uma conversa [sobre] qual era a necessidade de mudança da formação, (...) como é que a gente iria ter profissional [nas áreas com necessidade, (...) como é que a gente estava pensando, qual era a solução que eles davam... para vermos o quanto a gente ia mexer. (...) E a resposta sempre era a bendita carreira médica... (...) Mas eles eram absolutamente fortes (E.13)

Na direção do MS havia a identificação de ‘níveis’ nos quais poderiam ser agrupadas as políticas nessa área em função do grau de mudança no *status quo* com relação aos arranjos institucionais vigentes, ao mercado de trabalho estabelecido, ao grau esperado de conflito com aqueles que atuavam para a manutenção das regras e relações instituídas. Consideravam a Comunidade Medicina Liberal como o ator mais atento e engajado nessa manutenção. Estavam no primeiro nível a criação de incentivos dentro das normas vigentes como estímulos à atuação de médicos em áreas subatendidas, a mudanças na formação ou à ampliação de programas de residência em uma determinada região e especialidade. Estas todas são medidas, senão apoiadas, toleradas pela Comunidade Medicina Liberal. Em um segundo nível estavam soluções que afetavam regras vigentes de regulação profissional responsáveis pela preservação de privilégios da profissão médica. São exemplos o Serviço Civil Obrigatório e qualquer mudança na regulação da formação e do exercício das profissões de saúde. Na visão de dirigentes do MS, estas soluções sempre sofriam oposição, cuja intensidade dependia do impacto da ação no mercado de trabalho, no prestígio profissional e do receio da Comunidade de a ação em questão ser um precedente ou primeiro movimento de um processo de mudança mais profundo nas regras de regulação profissional. E o maior rechaço era com as soluções de um terceiro nível, que combinavam mudanças das regras vigentes com potenciais impactos significativos no mercado de trabalho. Dentre estas últimas estavam a autorização do exercício profissional de médicos formados fora do país, a ampliação do escopo de práticas das profissões da saúde (*task shifting*) e medidas que resultassem na ampliação massiva de generalistas e especialistas no mercado de trabalho (E.3; 17).

Essa situação conjuntural tendia a certa reprodução do estabelecido, porque resultava em um ‘empate’ de forças que, sem alternativas de mediação, apontavam em direções contrárias e impediam mudanças. Não se conseguia implementar as políticas propostas pelo MS nem as desejadas pela Comunidade Medicina Liberal. Além da ação da Comunidade Medicina Liberal, o bloqueio estava relacionado também à pouca capacidade de conduzir a agenda no Congresso Nacional, às restrições no MEC e, para algumas soluções, também na

área econômica do governo. O MS, a partir de 2005 acomodou-se a essa situação, descrita da seguinte maneira por um dirigente de então:

é aquela história do círculo de giz que você traça e o peru se sente preso ali dentro. Ele não pula fora do círculo (...) você não sai fora do círculo (...) todas as ações [que escolhemos fazer e que conseguimos fazer] se colocam ainda dentro do círculo (E.3).

De 2005 a 2010, o PMDB esteve à frente do MS. A análise de dirigentes sobre esse período e de dirigentes desse período é que o MS não desenvolveu ações ‘fora do círculo’, ou seja, ações que chegassem ao nível que exigia mudanças nos arranjos institucionais vigentes (E.3; 8; 12). E, quando a medida tocava na ‘borda do círculo’, ela tinha de ser ‘enquadrada’ (CAMPBELL, 2002) em um formato que compartilhasse ideias e regras já estabelecidas, para ter alguma chance de ganhar viabilidade. Isso vale para a relação com a Comunidade Medicina Liberal e, também, com o MEC. O MS decidiu não mais tensionar os papéis e poderes na interface dos subsistemas saúde e educação relacionada às políticas de regulação, provimento e formação. Houve pactos relacionados à atuação de cada ministério com a criação de instâncias interministeriais para conduzir certas pautas, como veremos a seguir, ao analisar o que foi possível implementar nesse período.

4.5 O QUE FOI POSSÍVEL FAZER NA REGULAÇÃO, PROVIMENTO E FORMAÇÃO DE MÉDICOS NA PERSPECTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Nesta seção identifica-se e analisa-se as soluções que foram implementadas com o duplo objetivo de compreender fatores associados à sua implementação e identificar legados institucionais e ideacionais que foram importantes para a criação posterior dos PMM. Está subdividida em função do objetivo das soluções e não por sua cronologia de implementação.

4.5.1 Soluções de regulação e provimento médicos

O Revalida (Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira) é um programa que interfere mais na regulação do exercício profissional que no provimento médico. Ele conseguiu ser formulado, decidido e ter sua implementação iniciada no segundo Governo Lula, embora só tenha sido lançado no

primeiro Governo Dilma, em março de 2011 quando foi publicada a Portaria Interministerial nº 278/2011. Tratamos acima de como a possibilidade de autorizar o exercício profissional de médicos formados no exterior foi rechaçada pelas entidades médicas e sofreu resistência no MEC. Contudo, ela seguiu sendo cobrada pelo Presidente Lula. Segundo dirigentes do MS entrevistados, para o Presidente, toda a população deveria ter acesso gratuito aos serviços de saúde e o Brasil precisava de mais médicos. Lula achava também que era contraditório ter médicos brasileiros residindo no Brasil sem poder atuar, só porque tinham se formado no exterior. E compreendia que o empecilho a essa atuação era a institucionalização de um bloqueio cuja finalidade era promover uma reserva de mercado corporativa. O Presidente, segundo os entrevistados, percebia que a maioria dos egressos da Elam tinham origem nas classes populares. Isso o sensibilizava ainda mais fortemente quando contrastava este perfil com o dos estudantes e médicos brasileiros e a ação destes para impedir a atuação daqueles (E.3; 6; 12; 13).

não era mais o ‘menino da ópera’, era pessoal mais de comunidade, era indígena, era quilombola, então o Presidente demonstrava uma enorme sensibilidade com isso. Todo dia que eles faziam pressão, e eles foram lá várias vezes no gabinete [do Presidente], ele ligava para o Ministro e falava: ‘você não vai desembolar isso aí não?’ (...) Acontecia um rechaço corporativo que eu acho que o governo sentia (...) [e] provavelmente isso vinha do Presidente como uma forma de reação dele, e batia no gabinete do Ministro e batia na Sgtes (E. 3)

Vimos neste capítulo que a primeira solução proposta para operacionalizar a autorização do exercício, por meio de acordos bilaterais ou regionais com os países, não seguiu adiante. Contudo, na segunda metade do segundo Governo Lula, MS e MEC construíram outra solução: uma avaliação nacional que resultaria em um processo de revalidação dos diplomas para aqueles que superassem um desempenho mínimo exigido. A avaliação seria realizada pelo MEC, tendo a participação na elaboração da prova de uma comissão que teria membros indicados pelas entidades médicas, incluindo a Abem. O processo em si de revalidação do diploma seria feito pelas IES públicas que aderissem ao Revalida. Contudo, embora o Revalida tenha sido apresentado e negociado com as entidades médicas, a decisão de criá-lo foi tomada “sem acordo prévio com os médicos” (E.3). Sobre isso, dirigente do MS responsável por sua formulação e implementação comentou que era curioso “pensar como é que os médicos hoje defendem o Revalida da forma que defendem, tendo sido tão contrários a ele quanto foram no início” (E. 3). Embora as entidades médicas

achassem o Revalida uma solução ‘menos pior’ do que qualquer outra aventada pelo governo para enfrentar o mesmo problema, em nenhum momento deram aval a seu lançamento. Afinal, opunham-se a qualquer processo que facilitasse o acesso ao mercado de trabalho brasileiro de médicos, brasileiros ou não, formados no exterior. A quantidade de médicos formados no exterior não era uma variável na qual pudessem interferir. Mas a quantidade de médicos aprovados no Revalida era passível de intervenção. Com efeito, depois da aprovação, “a corporação ao invés de resistir por fora infiltrou por dentro e fez uma prova tão difícil que poucos passaram” (E. 3), analisou o dirigente²⁷.

Para superar as resistências enfrentadas pela solução anterior, esse dirigente relata que o Revalida foi “uma forma intermediária”, “dentro do círculo”, porque não mudava a norma vigente sobre “quem podia reconhecer” a validade dos diplomas e construía uma solução geral baseada na avaliação, fugindo assim de qualquer regra “casuística” (E. 3). Alguns elementos permitem compreender o fracasso da primeira solução e o sucesso da segunda. Esta, diferentemente da primeira, fez a opção estratégica de não enfrentar, ou ao menos reduzir o conflito, com alguns condicionantes tais como: os arranjos institucionais vigentes, o subsistema educação (MEC e IES), o Congresso Nacional e a Comunidade Medicina Liberal. O contexto político também era diferente, a segunda metade do Governo Lula foi seu momento de maior popularidade, fator que amplia o ‘poder de agenda’ do Presidente, entendida aqui como capacidade de excluir ou selecionar temas na agenda política (LIMONGI e FIGUEIREDO, 2009; RUTLEDGE, 2016; PANAIT e MELO, 2018; MARENCO, 2020). Isso é importante para impedir que prosperem propostas indesejadas pelo Presidente nos Ministérios e fazer com que aprovem propostas priorizadas pelo mesmo, para propor e aprovar mudanças legislativas e, também, para resistir a reações do Congresso como, por exemplo, decretos legislativos que podem tornar sem efeito ações do executivo, como decretos e portarias. Mesmo assim, optou-se por uma solução que não mudava a legislação vigente, evitando a necessidade de aprovação da solução no Congresso Nacional e mantendo sua governabilidade no Poder Executivo. A questão subiu da interface entre os subsistemas saúde e educação e passou a ser uma agenda acompanhada pela Presidência. Isso desequilibrou o arranjo de forças no subsistema educação que vinha conseguindo bloquear o

²⁷ Segundo dados do MEC, no primeiro ano do Revalida, em 2011, a taxa de aprovação foi de 12,13%, passando por 6,83% em 2013 e, depois de um aumento nos anos de 2014 e 2015 cuja causa será tratada no próximo capítulo, caiu ao mínimo de 5,27% em 2017, último ano no qual o exame foi realizado.

avanço de iniciativas similares. A não interferência na atribuição das universidades e a possibilidade de aderirem ou não ao exame nacional, conforme suas deliberações internas, ajudou a fraturar essa resistência. Também foi importante o ‘enquadramento’ (CAMPBELL, 2002) da proposta, quando sua defesa sai do discurso da concessão de um direito para a realização de uma avaliação que, em última análise, dialoga com uma ideia muito forte na ideologia liberal de mérito individual, a meritocracia.

A única medida que foi formulada e que conseguiu iniciar sua implementação nesse período²⁸, com foco especificamente no provimento médico, foi a mudança da Lei do Fies. Esta concedeu estímulos – moratória e abatimento da dívida em 1% ao mês – para que médicos que usaram o Fies optassem pela atuação na ESF em áreas subatendidas ou fizessem residência médica em especialidades consideradas prioritárias pelo MS devido ao déficit de especialistas. A ideia foi inspirada na *National Health Service Corps* dos EUA que, dentre os incentivos que concede aos médicos estadunidenses, está a renegociação e pagamento, por parte do governo, do financiamento assumido pelos estudantes para custear seu curso de Medicina (OLIVEIRA et al., 2015). Articulação do MS, MEC e deputado da base do governo resultou na aprovação de uma Lei que não alterava a institucionalidade vigente nem interferia no *status quo*, apenas criava mais um estímulo para a ‘livre’ decisão do médico. A medida foi aceita sem oposição e crítica da Comunidade Medicina Liberal, mas teve efeitos limitados, dado que o valor do incentivo era pouco atrativo. O MS havia antecipado isso e propôs um abatimento maior, levando em conta a proporção do mesmo em relação à remuneração média de um recém formado no mercado de trabalho médico. Mas o MEC, que custeou e protagonizou a medida, não quis enfrentar o desgaste de conceder 1% ao profissional que atuaria no magistério público, integrante de seu subsistema, e um valor maior ao médico que atuaria na ESF ou que faria a residência (E. 3).

4.5.2 Expansão da formação e provimento de médicos

²⁸ Essa medida foi prevista na Lei nº 12.202 de janeiro de 2010, mas só teve sua regulamentação concluída no Governo Dilma quando foi publicada a Portaria nº 1.377, em junho de 2011, que estabeleceu os critérios para definição das áreas e regiões prioritárias e as especialidades médicas prioritárias para a concessão do benefício. A operacionalização demorou ainda um tempo longo envolvendo tratativas entre as áreas e sistemas de informação envolvidos: da educação, da saúde, dos bancos etc.

A expansão da oferta de vagas de graduação em Medicina e residência médica apresentam evidentes efeitos na oferta disponível de médicos generalistas e especialistas e, portanto, têm alguma interferência no provimento. A expansão da graduação em Medicina não era, especificamente, agenda do MS nem do MEC, mas um efeito da expansão geral do acesso ao ensino superior via Reuni, Fies e ProUni. Não havia discordância no MS quanto à expansão, mas a oposição da Comunidade Medicina Liberal na situação conjuntural analisada fê-lo posicionar-se criticamente e não assumir essa pauta em nenhum momento até o fim do Governo Lula em 2010. Dirigente da Sgtes refletiu sobre isso e comparou sua posição na época com a sua posição atual ante a centralidade que essa agenda ganhou no PMM: “a gente concordou depois com a expansão dos cursos de Medicina” porque, “de fato a gente não defendia” na época, “não estava na nossa pauta” (E.17).

A expansão das vagas de residência estava articulada à sua mudança, porque induzia-se a criação de novos programas de residência orientados por diretrizes de formação coerentes com o modelo de atenção defendido pelo SUS. Se no MS havia discordâncias sobre o caráter estratégico ou não de tentar mudar a graduação, era consenso a necessidade de promover mudanças na residência. Entendia-se que mudar a residência era menos difícil. Ao invés de tentar mudar arranjos institucionais bem consolidados, com atores contrários à mudança e que operavam com grande discricionariedade, criava-se novos arranjos institucionais com docentes e dirigentes dos novos programas mobilizados por um novo modo de fazer. Assim, mudar a residência produzia resultados mais rápidos e efetivos, acontecia em serviços sob a governabilidade do subsistema saúde e com uma força de trabalho já inserida no mercado (E. 12; 17), como explicita dirigente responsável pelas duas questões no MS

Eu sinceramente me convenci. Mudança na graduação? Esquece. (...)Tudo bem, vamos fazer mas, é briga demais, demora demais, é tudo demais. Residência é bem mais rápido, então era bem mais estratégico para mudar a formação de todo mundo, apostar mais em residência, porque já era no serviço, já mudava o serviço junto e era mais depressa. Você briga menos, os caras que estão instalados vão fazendo...e ali a gente estava propondo expandir, então não precisava mexer com quem estava. Era fazer coisa nova nos novos, não preciso mudar os problemas que já existem, dos ‘reis’, ‘imperadores’, deixa eles lá... (E.12)

A direção do MS via a ampliação da residência como formação, mas também como provimento. Era um fator “de fixação das pessoas vinculado a um processo de formação” orientado em função da “necessidade de saúde” do sistema (E. 9). O objetivo era desconcentrar a oferta de vagas e expandir seletivamente as residências nas especialidades

com maior necessidade, formando os especialistas próximos aos locais nos quais se queria que eles atuassem e se fixassem: “tem que criar lá, porque se saírem de lá” para se formarem no Sudeste ou na capital do estado, por exemplo, “não vão voltar para lá” (E. 17). A Sgtes passou a investir na ampliação de bolsas para as residências, estimulando a criação de novos programas em especialidades tidas como prioritárias com programas que seguissem as diretrizes propostas para o SUS (E. 8; 12; 17).

Mas ainda que custeasse a expansão, quem fazia a regulação era a CNRM, cujos membros, em sua maioria, eram representantes das entidades médicas. Além disso, a secretaria executiva da CNRM, um cargo de confiança do MEC, esteve todo o tempo sob a direção de quadros muito vinculados à Comunidade Medicina Liberal. Então, o MS passou a mobilizar o governo para fazer-se presente com seus representantes na CNRM, provocá-la com estudos acerca da necessidade de especialistas em algumas áreas e localidades e cobrar a construção de soluções. O MS estimulava e apoiava as secretarias de saúde e serviços do SUS a apresentarem propostas de novos programas e vagas e, na sequência, cobrava a aprovação célere da CNRM em áreas prioritárias definidas conforme as prioridades do governo para a expansão de serviços (E. 8; 12; 17). Os estudos e debates resultaram em critérios de prioridade que passaram a ser registrados e normatizados em notas técnicas, resoluções e portarias das instâncias estatais de ambos os subsistemas envolvidos com a regulação da residência (E. 8; 12; 17). A fala de dirigente que representava o MS na CNRM explicita a tensão no embate com a Comunidade Medicina Liberal

as entidades médicas queriam matar a gente. (...) A gente estava querendo se intrometer na lógica da CNRM onde eles sempre tinham mandado soberanos. Era uma tentativa de fazer a residência virar uma política pública e não um troço que o governo financiava, mas só servia aos interesses da corporação. Então era muito tenso, bem difícil (E.12)

Porém, o contexto da regulação das residências se caracteriza por fraco poder de veto do Governo, alta discricionariedade na interpretação e aplicação das normas pelos quadros tecnoburocráticos do MEC - os permanentes, das comissões de assuntos médicos ou recrutados *ad hoc*. Além disso, muitos operadores dessas normas - no âmbito nacional, nas comissões estaduais e na gestão dos próprios programas de residência - eram da Comunidade Medicina Liberal. A ação destes ‘operadores das normas’ assemelha-se à estratégia de ‘conversão’ (MAHONEY e THELEN, 2010), aquela que o ator não precisa mudar ou bloquear a nova regra porque ele pode promover mudanças na interpretação, implementação e

cumprimento da mesma. Além disso, não está submetido a uma supervisão minuciosa que tem poder para lhe aplicar vetos, corrigir a conduta e conformar seu comportamento subsequente. Assim, esses agentes eram coautores das regras anteriores e da maior parte das vigentes, eram comprometidos com a reprodução das instituições vigentes e, por isso, resistiam às mudanças requeridas pelos novos dirigentes. Exploravam possibilidades existentes, alterando ou mesmo não cumprindo as novas regras, mas sem enfrentar abertamente a nova direção.

Dois acontecimentos foram decisivos para que não fossem implementadas as novas regras que disciplinariam a abertura de vagas de residência médica somente nas localidades e especialidades com necessidade social. Um foi o conflito aberto com a direção do MS por causa da criação, normatização e financiamento das residências multiprofissionais. A análise permite afirmar que as entidades médicas faziam oposição às residências multiprofissionais por quatro motivos principais: a formação dos médicos com outros profissionais de saúde em equipes multiprofissionais criava espaços oficiais nos quais ‘saberes médicos’ eram compartilhados e ensinados a ‘não médicos’, um ‘risco’ e ‘desvio’ que a Lei do Ato Médico pretendia proibir; receava-se que desse base a um movimento posterior do governo de reconhecer essa formação multiprofissional e iniciar no Brasil um processo de *task shifting*; o problema simbólico do uso do nome de uma modalidade de formação ‘tipicamente da Medicina’ para formar ‘não médicos’; e, por fim, como o MS era o protagonista na criação, construção de diretrizes e financiamento das residências multiprofissionais e como deveriam ser chamados representantes docentes, estudantes, associações de ensino e de organizações das outras profissões para compor a regulação dessas residências, isso poderia ser um pretexto para mudar a composição da CNRM dando mais força ao MS e dividindo a força das entidades médicas com as de outras profissões. No período da criação da residência multiprofissional a tensão entre as organizações médicas e MS teve seus níveis máximos, só repetidos novamente quando da criação do PMM em 2013. A troca de dirigentes da Sgtes, não acatado pela direção do MS, passou a ser um pleito da Comunidade Medicina Liberal junto ao Ministro e ao núcleo do governo (E. 8; 12; 13; 17).

O MS conseguiu o apoio da Casa Civil para a regulamentação e implementação das residências multiprofissionais, mesmo ante a oposição da Comunidade Medicina Liberal e de espaços institucionais do MEC mais influenciados por ela. Segundo dirigente do MS neste período, “a Casa Civil mandou o MEC fazer”, “porque o MEC ficava aliado aos médicos, resistindo”, mas “falou que a gente ia ter que pagar”, arcar com os custos da política (E.12).

Para evitar ao máximo um embate no Congresso Nacional, arena na qual a Comunidade Medicina Liberal poderia mobilizar apoio suficiente para impor resistência, a Casa Civil tomou a iniciativa de inserir o tema em uma Medida Provisória (MP) que criava o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem) (E.12; 13). Uma tática conhecida no jargão legislativo como ‘Jabuti’, na qual um instrumento legislativo é utilizado para regulamentar outras matérias estranhas a seu objetivo inicial a fim de não chamar a atenção de possíveis opositores. Com efeito, a MP foi convertida na Lei nº 11.129/2005 chamando menos atenção do que se suporia. Mas Comunidade Medicina Liberal atuou no Congresso e conseguiu retirar a Medicina da lei, deixando que as residências médicas fossem reguladas exclusivamente pela Lei 6.932/1981, que não foi afetada pela nova. Ao impedir que se mudasse a composição da CNRM, teve-se que criar outra comissão nacional exclusiva para as residências multiprofissionais.

O outro acontecimento foi a mudança da direção do MS e da Sgtes no segundo semestre de 2005. Com isso, o principal ator que pressionava pelas mudanças foi alterado e o grupo que entrou, identificando o grande conflito estabelecido com a Comunidade Medicina Liberal, quis estabelecer uma espécie de ‘armistício’, que acabou por tirar as residências da prioridade até o ano de 2008, quando começou um novo processo que culminou na criação do Programa Pró-Residência, lançado em 2010 pelo MEC e MS (E. 4; 8). De 2005 a 2009 a expansão e mudança da residência médica não esteve na agenda prioritária do MS e, na Sgtes, não havia dirigente de escalão intermediário que tivesse a residência como prioridade, como expressa fala de pessoa tecnicamente responsável pelo tema no período

Ficava um trabalho meio marginalizado. E era um lugar que entrava no coração do negócio, porque era ali que as sociedades de especialistas, a AMB, as entidades médicas mais queriam ter um controle, né? Era onde mais precisaria ter tido uma postura política de todo o Ministério entender que isso era uma pauta chave e não teve (E.8).

A memória do conflito entre a Comunidade Medicina Liberal e o grupo anterior da Sgtes, não só pelas residências multiprofissionais, mas pelo ‘conjunto da obra’, desencorajava novo embate com as entidades médicas e essa foi a razão mais apontada pelos entrevistados para explicar por que havia saído da agenda (E.3; 8; 12; 17)

As entidades médicas reagiram com força, então agora a estratégia tinha virado... separou (...) vai ter a comissão de residência multiprofissional e nós vamos tentar fazer alguma coisa na médica por dentro da médica sem tocar no assunto (E.8)

Uma consequência prática dessa estratégia foi o esvaziamento também das iniciativas voltadas para as residências multiprofissionais, que teve como efeitos relevantes o abandono da perspectiva de promover uma formação mais interdisciplinar, interprofissional e colaborativa, envolvendo médicos junto com as demais profissões de saúde. Também a interrupção de um movimento que mobilizava atores das demais profissões em apoio à mudança da formação. Bem como a perda de apoio desses grupos ligados a organizações das demais profissões de saúde, que, em alguns casos, passaram também a se opor à Sgtes

sempre teve esse tensionamento com as multi né? [residência multiprofissional] Daí tinha uma parcela que eu acho que achava assim: vocês abandonaram a ideia de residência multiprofissional e agora só pensam em residência médica(...) A gente sempre achou que era central [promover uma formação multiprofissional], mas naquele momento a gente entendia que era mais estratégico não voltar a pôr isso, porque se não teria uma reação de novo muito forte (E.8)

Porém, a falta de solução para as insuficiências de médicos especialistas para os novos serviços obrigou o MS a “ressuscitar a pauta em 2008 e 2009, quando eles fizeram o Pro-Residência, porque o problema estava crescendo” (E.12). Os atores que mais influenciaram para que a questão voltasse à agenda foram os secretários municipais e estaduais de saúde, agindo por meio de suas representações no Conasems e Conass. Tendo a responsabilidade de gerir serviços de saúde que sofriam com a falta de médicos especialistas, exigiram medidas do MS (E. 8). A solução que o MS começou então a construir retomava o que havia sido tentado antes: definir em conjunto com o MEC e a CNRM “requisitos mínimos para abrir” e manter em funcionamento um programa de residência em uma dada especialidade e fazer com que a própria Comissão “obedecesse àquilo que escreveu” (E.8). Contudo, mais uma vez, a medida não teve o apoio da Comunidade Medicina Liberal. As sociedades de especialidades sequer aceitavam compartilhar os dados que tinham sobre quantos eram e onde estavam os médicos de cada especialidade. Essa experiência negativa será uma das justificativas para a proposição do Cadastro Nacional de Especialistas no PMM, como pode ser visto à frente. O MS recorreu novamente aos pesquisadores da Rede ObservaRH. Assim, junto ao MEC, foi constituída uma subcomissão interministerial de “Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil” (BRASIL, 2009), com reuniões mensais e envolvendo diversos pesquisadores. “Fazia reunião desse grupo uma vez por mês. (...) [A gente] organizava as pesquisas e tentava fazer uma estratégia para (atuar) dentro da CNRM” (E.8).

Ante a apresentação das evidências produzidas pelos pesquisadores, a Comunidade Medicina Liberal adotou a estratégia de desvalorizar o argumento da necessidade sanitária e social e opor a ele o da qualidade técnica, rejeitando as soluções que tentavam formar mais profissionais. Argumento similar ao utilizado na discussão sobre a ampliação das vagas de graduação. No discurso político as representações utilizadas pelos atores no processo de debate de soluções estão, na maioria das vezes, subordinadas aos objetivos desse ator naquele embate, sendo necessário analisar se não constituem também valores que limitam as possibilidades aceitáveis (FAIRCLOUGH e FAIRCLOUGH, 2013). Assim, apelar para a perda da qualidade da atuação médica, como uma consequência inevitável e indesejável das soluções apresentadas, visava criar uma rejeição de partida a estas soluções.

Essa construção foi avançando lentamente até o ano de 2010 quando, finalmente, em outubro, foi lançado pelos MS e MEC o Pró-Residência, ampliando a oferta de bolsas de residência médica em especialidades e regiões prioritárias para o SUS. O instrumento utilizado foi um edital interministerial, não exigindo, portanto, aprovação do Congresso. Neste primeiro edital foram oferecidas duas mil bolsas, mais que dobrando a oferta de bolsas que o MS custeava até aquele momento (1,7 mil bolsas). Priorizou-se as especialidades de Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Gineco-Obstetrícia, Geriatria, Psiquiatria, Oncologia e Emergência. Priorizou-se, também, as solicitações das regiões Norte e Nordeste, as mais deficitárias. As entidades médicas não se opuseram ao Programa, provavelmente porque não foi proposta expansão massiva de vagas em nenhuma especialidade e não foi impedido o aumento de vagas pleiteadas pela Comunidade Medicina Liberal, mesmo que fossem em áreas sem necessidade sanitária. O Pró-Residência foi mais que um legado importante na criação do PMM, ele foi remodelado e incorporado no PMM em 2015 com o nome de ‘Mais Médicos Residência’.

4.5.3 Formação e mudança da graduação

Nas ações de capacitação e educação permanente em serviço há muita liberdade para o subsistema da saúde formular soluções. Diferem da graduação e residência médica nesse aspecto por dois motivos: porque a regulação não cabe ao MEC e porque não chamam a atenção da Comunidade Medicina Liberal por não serem formações válidas como certificação para o exercício profissional não interferindo, assim, na relação entre a oferta e procura do

mercado de trabalho médico. Foi visto que a direção do MS cobrava da Sgtes que fosse desenvolvida uma política de formação em serviço imediata e massiva para qualificar os profissionais que atuavam no SUS, em especial, nos serviços em expansão. A prioridade da Sgtes até 2005, quando o MS foi assumido pelo PMDB, foi a Política Nacional de Educação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (Pnep). Esta tinha uma lógica de execução descentralizada que exigia pactuação em fóruns de decisão e coordenação das ações entre os entes da federação, instituições de saúde e de ensino, trabalhadores, gestores e usuários. Estava sob menos controle do governo federal pelo seu caráter mais descentralizado e participativo. Com a mudança da direção do MS, a Pnep perdeu a prioridade e houve uma centralização da proposição, autorização e financiamento de processos formativos em serviço. Buscou-se ofertar formações massivas para públicos específicos e o MS foi dirigindo seus recursos cada vez mais para formações semipresenciais e à distância, de capacitações curtas a curso de pós-graduação *latu sensu* (PINTO, 2016). Esse novo formato foi se desenvolvendo no segundo Governo Lula, tornou-se a maior prioridade da Sgtes nesse período e, em dezembro de 2010, ganhou um arranjo institucional com a criação da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) (BRASIL, 2010), por meio de decreto presidencial, inspirado na experiência de formação em larga escala da Universidade Aberta do Brasil do MEC. A UNA-SUS foi estruturada na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com recursos e instrumentos para a contratação em larga escala de especialização junto às universidades públicas. Este foi um legado importante na viabilização do PMM menos de três anos depois, como é discutido no capítulo seguinte (E. 3; 8).

Foi visto neste capítulo que, no início do Governo Lula, a Sgtes tentou construir, junto com o MEC, uma política para a mudança da graduação em saúde, incluindo a Medicina. Contudo, essa atuação intersetorial não teve êxito e o que estava estabelecido foi mantido devido a alguns fatores que podem ser resumidos assim: a mudança da graduação não era uma agenda prioritária para o MEC, que não queria abrir um precedente na Medicina com receio de ter de abrir diversos outros; os órgãos que tratavam dos ‘assuntos médicos’ no MEC eram influenciados pela Comunidade Medicina Liberal, que discordavam da linha que o MS queria imprimir; e o MEC resistia à perda de protagonismo e controle para o MS nessa questão (E.3; 9; 12; 13; 17). Com isso, o MS manteve o Promed e, com os instrumentos de política que tinha sob sua governabilidade, passou a desenvolver iniciativas dirigidas à mudança da graduação caracterizadas pelo fortalecimento de atores sociais nacionais que atuavam na

mudança da graduação em saúde e pela mobilização e/ou formação de coletivos de docentes e estudantes que protagonizassem processos locais de mudança. Isso gerou “um projeto inteiro de intervenção que chamou Aprender-SUS” (E.17). Essa atuação em ‘raia própria’ do MS é bem explicitada na fala de dirigente da Sgtes

Não acontecia nada o que a gente negociava com MEC (...) (então) os projetos não nasciam lá, todas as iniciativas nasciam no Ministério da Saúde. A Sgtes claramente era a liderança, claramente foi quem formulou as ideias, os projetos, colocou tudo isso na rua (E.17)

As iniciativas mais importantes do Aprender-SUS eram os projetos ‘Ativadores da Mudança na Graduação em Saúde’ (Ativadores) e o “Vivências e Estágios na Realidade do SUS” (VER-SUS). O projeto Ativadores foi uma iniciativa que contou com a participação da Fiocruz e da Rede Unida e que formou milhares de docentes. O VER-SUS, que era originalmente uma ação da Denem nos anos 1990 com o objetivo de engajar e formar quadros para atuar na mudança da educação médica e na integração da formação com o SUS local, tornou-se política do estado do Rio Grande do Sul no início dos anos 2000. O grupo responsável pela implementação no governo gaúcho foi justamente o que esteve à frente da Sgtes e que fez do VER-SUS um programa nacional construído em conjunto com as organizações estudantis da área da saúde. O VER-SUS carrega essa representação de mobilização, protagonismo e engajamento do movimento estudantil na luta da Reforma Sanitária. Diversos atores que atuaram na formulação e implementação do PMM, de dirigentes de escalões médios e superiores a quadros técnicos e operacionais, centralizados ou alocados nos estados, tiveram a experiência de vivenciar e organizar o VER-SUS, quando estudantes, fazendo dele uma referência importante para essa geração (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; PINTO e FERLA, 2015; PINTO 2016; FERLA; MARANHÃO; PINTO, 2017; PINTO e GARCIA JR, 2017).

A mudança da direção do MS e da Sgtes em 2005 descontinuou esses dois projetos. O VER-SUS deixou de ser um programa federal e continuou a ser desenvolvido pelo movimento estudantil da área da saúde em parceria com municípios e alguns governos estaduais, sendo retomado só em 2011 com a ida de uma geração que tinha sido protagonista dele no movimento estudantil à direção do MS (PINTO e GARCIA JR, 2017). No lugar dele, o MS criou o Programa de Educação Pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde) que ofertava bolsas de pesquisa e extensão para estimular atividades de integração ensino-serviço e de mudança na

graduação, desenvolvidas por grupos de alunos e seus professores orientadores (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; PINTO e FERLA, 2015; PINTO 2016). Além disso, deu-se sequência ao já tratado Pro-Saúde cuja construção iniciou-se em 2003 (E.17).

Ao longo do Governo Lula, houve articulação entre os MS e MEC e são evidências disso os diversos eventos e declarações conjuntas, a criação de vários grupos de trabalho e comissões por portarias interministeriais com o objetivo de realizar estudos, definir diretrizes, formular propostas voltadas à formação em saúde em geral e formação médica em particular, além da atuação conjunta dos dois ministérios no Pro-Saúde e Pet-Saúde (RODRIGUES et al., 2013). Contudo, é importante perceber que isso não mudou o fato de as iniciativas de mudança da graduação em saúde não terem envolvido, durante todo esse período, os instrumentos regulatórios de política do sistema federal de ensino à disposição do MEC. MS e MEC usaram instrumentos de política com mecanismos do tipo ‘premiação’ e ‘conscientização’ (SECHI, 2010). Em nenhum momento foram utilizados mecanismos regulatórios com poder de determinar e condicionar ações, como foi usado depois com o PMM.

4.6 POR QUE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NÃO FOI POSSÍVEL ENTRE 2003 E 2010?

Por que o PMM não foi criado no Governo Lula? Alguns elementos importantes relacionados à situação conjuntural são similares ao que pôde ser observado nos anos 2011 e 2013, por que o resultado foi diferente? Em linhas gerais, identifica-se que os novos atores na direção do Poder Executivo nacional tinham discurso e prioridades com objetivos e valores mais próximos à Comunidade Movimento Sanitário. A nova equipe de dirigentes do MS era composta por quadros dessa comunidade de políticas. A saúde foi afirmada como direito de cidadania, o fortalecimento do SUS foi declarado como prioridade e a garantia do acesso à saúde e expansão de serviços tornou-se agenda central do subsistema saúde. No subsistema educação também foram observadas grandes mudanças e a ampliação do acesso ao ensino fundamental, médio e superior tornou-se agenda central de governo.

A questão das insuficiências na oferta e formação de médicos era conhecida pela direção do governo e os problemas relacionados a ela eram estudados, aferidos e acompanhados pelas direções do MS e MEC. Diversas soluções eram conhecidas por meio da

literatura, da ação dos órgãos multilaterais, do levantamento do que já havia sido feito no Brasil e no mundo. Não tinha existido uma solução com uma combinação de elementos igual ao PMM, mas cada um dos elementos que o compõe pode ser associado a experiências internacionais e nacionais que já eram conhecidas por especialistas naquela época. Assim, há um contexto político favorável, um problema reconhecido socialmente e relevante para os atores situados no topo hierárquico do Poder Executivo e a existência de soluções para enfrentá-lo. Por que não aconteceu?

Essa questão foi feita a doze entrevistados relacionados ao período de 2003 a 2010. A maioria das respostas convergiram para dois fatores: 1) a resistência e atuação da Comunidade Medicina Liberal e 2) a falta de apoio, ou mesmo resistência, do MEC à agenda proposta pelo MS e a um maior protagonismo e poder de decisão do MS nas políticas de regulação, provimento e formação médicas. O bloqueio da Comunidade Medicina Liberal foi apontado como o fator mais importante. Ele foi percebido como um produto da ação das entidades médicas, mas, principalmente, como resultado da atuação de uma rede de atores em arranjos institucionais do Estado - incluindo espaços institucionais do MEC e MS, universidades, programas de residência médica, organizações estatais como os Conselhos - influenciando as decisões dos atores mais relevantes do sistema político e subsistemas saúde e educação. Alguns entrevistados apontaram a sinergia entre esses dois fatores. Para eles, a posição, atuação e resistência da Comunidade Medicina Liberal provocava a resistência do MEC e essas duas resistências se potencializavam. Um número menor de entrevistados destacou ainda a força da Comunidade Medicina Liberal no Congresso, observando que uma solução que precisasse de mudança legal e tivesse a oposição desta Comunidade, provavelmente era descartada. As falas seguintes são exemplos dessa explicação dominante entre os dirigentes do período, no MS e na gestão municipal:

As corporações médicas eram muito fortes, elas controlavam o aparelho formador, elas tinham um peso muito grande no Conselho Nacional de Educação, elas comandavam a formação no âmbito da residência médica. E elas se contrapuseram a isso [a tentativa de mudança]. Ao mesmo tempo, os ministros que estavam à frente da pasta da educação, especialmente Cristóvam Buarque e Tarso Genro, entenderam que essa nossa busca por vincular formação médica às necessidades de saúde e às necessidades do SUS, era uma interferência na autonomia do MEC, da política educacional. (...) [Assim], junto com o *lobby* das corporações, esse processo todo foi sendo adiado. (...) nós não conseguimos avançar, pela força da corporação e pela posição do MEC (E.9)

Tinha uma barreira corporativa importante da corporação médica e o *establishment* político. Uma visão de muita força e muito poder político da categoria médica, que

nunca quis confrontar com ela temendo as consequências que pudessem advir disso (E.6)

A análise da pesquisa converge com a percepção predominante das pessoas entrevistadas. O bloqueio à mudança no *status quo* da regulação, provimento e formação médicas aconteceu, principalmente, por três fatores: 1) a atuação contrária da Comunidade Medicina Liberal; 2) a posição institucional e posicionamento político da direção do MEC, influenciada e potencializada pela ação da Comunidade Medicina Liberal, de não querer mudanças nas normas e políticas sob sua responsabilidade e, tampouco, de querer repassar algumas dessas responsabilidades ao MS; 3) e pelo receio do governo e MS de proporem qualquer solução que tivesse de ser aprovada no Congresso Nacional, que não contasse com o apoio da opinião pública e que tivesse a rejeição da Comunidade Medicina Liberal. Mas também há outro fator com bastante relevância observado na pesquisa que está presente nas entrevistas, mas não figura entre as principais razões atribuídas pelos entrevistados. Viu-se que políticas de expansão do acesso à saúde e à educação é que estavam no centro da agenda do governo. Elas tinham mais identidade com os valores e objetivos dos dirigentes dos Ministérios e do núcleo do governo, eram mais importantes na legitimação do governo junto à população e sofriam menos resistência. As insuficiências na oferta e formação de médicos eram problemas cientificamente estabelecidos, presente na percepção dos atores e no senso comum, mas não se tornaram questões sociais objeto de amplo debate público no período. Ainda que pudessem condicionar a velocidade e efeitos da expansão dos serviços de saúde, a opção do MS foi por soluções que enfrentavam parcialmente os problemas e sem produzir conflito, tais como a oferta de capacitações que buscavam remediar os problemas de inadequação da formação e o aumento do financiamento repassado a municípios e estados para aumentar a capacidade dos mesmos de recrutar médicos no mercado de trabalho. Assim, protelou-se a um futuro a tomada de decisão sobre soluções que, embora se entendesse que eram necessárias, sofreriam resistência e exigiriam estratégias conflituosas, com grande mobilização de recursos e resultados políticos incertos. É possível identificar falas de dirigentes do MS, como a seguinte, nas quais afirma-se que uma solução similar ao PMM não era uma prioridade naquele momento porque o problema não era tão importante aos olhos dos dirigentes

A diferença (entre 2003 e 2013) é que esses problemas que a gente tinha naquela época, que eram fatores limitadores, por exemplo, da ampliação da atenção primária, ficaram sem solução nesse período todo. Na época do Padilha²⁹ isso transformou-se em um fator não só limitador, mas impeditivo de você fazer chegar [assistência médica]. Eu acho que, dentro do governo, foi-se construindo uma visão da necessidade disso. A sensibilização maior, mesmo que isso significasse bater de frente com um bocado de gente. (...) então eu acho que no momento em que o Mais Médicos foi criado, a ausência de profissionais era um gargalo maior para você avançar na saúde e a decisão política foi tomada (E.9).

Os entrevistados valorizaram também as estratégias adotadas pelo MS na explicação de porque o PMM não foi possível na Gestão Lula. Identificaram diferenças entre as estratégias de ação desenvolvidas pelo MS no período no qual estava à sua frente o PT, de 2003 a 2005, e o PMDB, de 2005 a 2010. No primeiro período teria havido esforço de promover mudanças no *status quo* da regulação, provimento e formação médicas, mas este se deparou com a resistência da Comunidade Medicina Liberal e do MEC. Houve tentativa de superar a resistência alterando o arranjo institucional que concentrava no MEC o poder de decisão sobre as políticas de regulação e formação. Contudo, isso não se concretizou em uma primeira oportunidade e não voltou a ser possível novamente devido à troca da direção do MEC em 2004 e à atuação de atores do subsistema educação e da Comunidade Medicina Liberal em prol da conservação do arranjo vigente. No período de 2005 a 2010, o destaque dado foi à acomodação da estratégia do MS a uma situação conjuntural que condicionava o universo de soluções possíveis. Nenhuma solução que pudesse afrontar mais fortemente a Comunidade Medicina Liberal e que não estivesse em acordo com o MEC, foi levada adiante. Assim, o MS fez mudanças incrementais que eram toleradas, mas descartou quaisquer soluções que interferissem efetivamente no *status quo*. Sem poder alterar o instituído, os efeitos das soluções ficaram limitados. Ou seja, segundo os entrevistados, na presença de outras condições tratadas acima, algo como o PMM poderia até surgir como resultado da primeira estratégia, mas não da segunda, por ela ter abdicado desse tipo de mudança.

É possível dizer que não houve mudança significativa no contexto político e nas características institucionais do espaço de interseção entre os subsistemas saúde e educação, mas houve mudanças no comportamento do ator e em suas estratégias (MAHONEY e THELEN, 2010). Os atores do MS do período de 2003 a 2005 comportaram-se como

²⁹ Alexandre Padilha que foi Ministro da Saúde de janeiro de 2011 a março de 2014. Foi o ministro responsável pela criação do PMM.

‘insurgentes’ – atores que objetivam mudar as instituições vigentes e o fazem mobilizando-se ativa e visivelmente contra elas – e tentaram implementar uma estratégia de ‘deslocamento’, aquela que busca deslocar regras existentes para substituir por novas. Já os do período de 2005 a 2010 atuaram mais como ‘subversivos’, atores que procuram fazer mudanças institucionais, mas evitam entrar em conflito com os atores mais bem posicionados no arranjo institucional e evitam explicitar o nível de discordância com a institucionalidade vigente. A estratégia que conseguiu ser implementada nesse último caso foi a de mudança em ‘camadas’, na qual novas regras foram implementadas sem alterar significativamente as anteriores. São exemplos desse tipo de mudança a criação da Una-SUS e de três programas, o Revalida, o Fies e o Pro-Residência. Todas mudanças que tiveram papel de legados históricos que contribuíram com a produção do PMM.

Outro elemento que merece destaque é que, apesar das diferenças entre os comportamentos e estratégias do MS nos períodos de 2003 a 2005 e de 2005 a 2010, em ambos dirigentes acreditavam que poderiam superar a resistência e produzir rupturas caso conseguissem provocar a atenção, decisão e intervenção do Presidente em seu favor. Como exemplo, apontou-se que a interferência do Presidente foi o fator mais importante na produção do Revalida, única das soluções citadas acima que contou com resistência importante da Comunidade Medicina Liberal. Entrevistados de ambos períodos concordaram que o Presidente Lula era sensível e que tinha interesse em superar a questão da insuficiência de médicos, contudo, analisaram que a Comunidade Medicina Liberal e o MEC haviam conseguido convencê-lo de que as soluções apresentadas naquele momento teriam mais consequências negativas que positivas no sistema político. Com base nisso, os dirigentes do MS não insistiram nestas soluções nem propuseram outras similares. Mas é curioso notar que nenhum dos entrevistados relatou qualquer episódio de veto proferido pelo Presidente ou por ordem dele. As falas seguintes de dirigentes de ambos períodos ilustram o abordado

O presidente Lula sempre se mostrou muito sensível a essa preocupação de garantir que tivesse médico em todo lugar (...) mas, do ponto de vista do governo era uma questão a mais [dentre outras], e era uma questão que enfrentava uma resistência por parte de outros setores do próprio governo. Então nós não conseguimos ganhar o Presidente Lula para essa ideia. Ele também sempre teve uma característica de, onde ele podia evitar conflito, ele evitava. A corporação médica é uma corporação forte. Ele tinha muitas relações com médicos em um âmbito privado, mas que também estavam o tempo inteiro emitindo opiniões para ele. Eu acho que ele achou melhor deixar para um outro momento ou esperar uma proposta que fosse mais palatável para o MEC e para a corporação médica (E.9)

Por que não se ousou mais? Eu acho que (...) ficou dentro do círculo de giz. Nós já escaramuçamos muito essas pessoas [médicos], já tem muita resposta negativa. (...) Muitos de nós pensávamos que provavelmente o Presidente não assumiria o risco de fazer. (...) É uma categoria que tem muita representação no parlamento e que você sabe a reação que teve. (...) Na verdade ninguém levou, não chegou a levar [propostas de políticas] nele [no Presidente] especificamente. (...) Naquele momento (...) nem se tentou agir fora do círculo (...) a gente não sentiu condição de fazer isso (E.3)

Além da revalidação de diplomas, o Serviço Civil Obrigatório (SCO) foi a única solução que entrou na agenda do Presidente e do núcleo do governo. Mas vimos que, além dos constrangimentos já apontados – resistência da Comunidade Medicina Liberal, provável recepção negativa na opinião pública e disputa e aprovação difíceis no Congresso Nacional – a solução careceu de empreendedores de política que atuassem pela sua produção e contou ainda com resistência na direção intermediária do próprio MS. O conflito de certas soluções com os objetivos e valores de dirigentes de espaços institucionais do Poder Executivo responsáveis pela sua formulação e implementação é identificado como um fator que impediu que certas soluções seguissem adiante. Mas isso só é identificado pelos dirigentes entrevistados como um fator que impediu mudanças no MEC. O papel dessa resistência no MS é ignorado pelos escalões superiores, mas é relatado pelos intermediários. O quadro à frente sintetiza os arranjos e soluções que foram propostos e implementados ou bloqueados e que constituíram legados históricos, institucionais e ideacionais, que influenciaram a produção do PMM.

Quadro 5 - Políticas, medidas e arranjos institucionais propostos entre 2003 a 2010 que influenciaram a produção do PMM

Política, medida ou arranjo institucional não implementado	Política, medida ou arranjo institucional implementado
Acordos internacionais bilaterais e regional de reconhecimento mútuo de diplomas médicos	Revalida
Serviço Civil Obrigatório	Fies
Política de mudança na graduação com uso dos instrumentos regulatórios do MEC	Pro-Saúde
Política de planejamento e regulação da formação de médicos especialistas	UNA-SUS
Carreira para profissionais de saúde (inclui uma integrada ou separada para os médicos)	Pro-Residência
SUS ‘ordenando a formação de recursos humano em saúde’	*VER-SUS, Ativadores e Pet-Saúde são iniciativas que fizeram mobilizações de atores na Rede Temática Educação Médica importantes depois no PMM no Eixo Formação

Fonte: Elaborado pelo autor.

Por fim, é importante perceber que a resultante do embate entre esses atores nessa situação conjuntural foi um certo equilíbrio que tendeu à conservação do que já estava instituído. A Comunidade Medicina Liberal não conseguiu avançar nos pleitos e soluções que eram centrais em sua agenda política. Nem os dirigentes do MS e Comunidade Movimento Sanitário conseguiram implementar as mais importantes mudanças e políticas pretendidas na área analisada. Com isso, não chegou a ser proposta e formulada nenhuma solução mais global, integrada e que enfrentasse o *status quo* como o PMM, a não ser no período seguinte pelas razões debatidas no próximo capítulo.

5 O QUE TORNOU O MAIS MÉDICOS POSSÍVEL?

Analisar no sistema político e subsistemas saúde e educação como vêm historicamente sendo tratadas as questões e propostas de políticas relacionadas às insuficiências na oferta e formação de médicos, quais foram os atores sociais interessados e afetados pelas mesmas e como atuaram para mudar ou manter o *status quo* foi necessário para que a nossa análise sobre a entrada na agenda governamental do PMM não ficasse restrita ao que era mais visível na conjuntura na qual o Programa foi lançado. Investigar por que algo similar ao PMM não foi possível no Governo Lula – um governo de um mesmo partido, parte da mesma coalizão governante e cuja orientação política, ideológica e projeto nas áreas de saúde e educação eram muito semelhantes aos do Governo Dilma - ajudou a analisar por que só conseguiu ser construído em 2013. É possível afirmar que a entrada na agenda governamental e formulação do PMM não podem ser adequadamente compreendidas sem a análise das mudanças dos atores em posições institucionais relevantes na produção da política e dos objetivos, ideias e projetos desses atores; de como foi a evolução do problema; de como foram as tentativas de enfrentar problemas semelhantes antes; de aspectos institucionais que foram entraves ou recursos para a entrada do Programa na agenda; e do contexto político de 2011 a 2013. Este capítulo trata justamente desses fatores e processos centrais da entrada na agenda governamental do PMM, incluindo a decisão de implementá-lo. Considera o período de outubro de 2010, a eleição de Dilma Rousseff para a Presidência da República, até julho de 2013, quando foi lançado o PMM. Analisa ‘por que o PMM foi possível’ e dialoga com a literatura que também buscou responder essa pergunta.

5.1 A MUDANÇA DE GOVERNO: CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS, IDEIAS E AGENDA PRIORITÁRIA DOS DIRIGENTES DOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO NO INÍCIO DO GOVERNO DILMA

O Presidente Lula terminou seu mandato com 87% de aprovação (BONIN, 2010) tendo sua candidata, Dilma Rousseff (Dilma), sido eleita com 56% dos votos válidos no segundo turno na terceira vitória consecutiva do PT na eleição presidencial. A candidatura de Dilma representou uma continuidade dos Governos Lula, assumindo compromissos tanto com a estabilidade monetária e a responsabilidade fiscal quanto com a distribuição da renda e

erradicação da pobreza (SINGER, 2012; MIGUEL, 2019). O Programa de Governo de Dilma defendeu crescimento com inclusão social, por meio da ampliação da transferência de renda, do crédito popular, do salário mínimo e da geração de empregos. Afirmou a saúde e a educação como direitos de cidadania, valorizou os aumentos reais de recursos para essas duas áreas nos Governos Lula, destacou realizações como a expansão das universidades, a ampliação e democratização do acesso ao ensino superior, defendeu o SUS e citou políticas de saúde de expansão do acesso. Comprometeu-se com o aumento do financiamento dessas duas áreas, com acesso à educação da creche à universidade, com a universalização da saúde, melhoria da qualidade no atendimento e ampliação de políticas como a ESF, SAMU e UPAS (DILMA 13, 2010). No discurso de posse no Congresso Nacional, a Presidenta reforçou esses compromissos, declarou que saúde e educação seriam prioridades de governo e afirmou que “a formação e a presença de profissionais de saúde, adequadamente distribuídos, em todas as regiões do País seria uma “meta essencial ao bom funcionamento do sistema [de saúde]” (BRASIL, 2011a). Assim, a questão da insuficiência da oferta de médicos foi anunciada como parte da agenda no primeiro dia de governo.

No MEC foi mantido o Ministro Haddad, do PT, que estava no cargo desde o primeiro Governo Lula. Houve continuidade dos objetivos, projeto e grupo que vinha dirigindo o subsistema educação. No subsistema saúde, a Presidenta não manteve nem o Ministro Temporão nem o MS sob a direção do PMDB. Foi nomeado Alexandre Padilha, do PT, que até então era o Ministro da Secretaria de Relações Institucionais (SRI) do Governo Lula. Padilha teve relativa autonomia na composição da equipe, promoveu ampla troca de dirigentes dos escalões superior e intermediário e tentou combinar a representação de certos grupos, objetivos e ideias (E. h; m; s; q) cuja análise é importante para compreender suas prioridades, dinâmica, alianças e conflitos. Ressalta-se que apenas um trabalho (PAULA, 2017) que se propôs a explicar a entrada na agenda governamental do PMM deu revelado à análise das características do grupo que assumiu o MS em 2011 e foi responsável por sua criação. Outros trabalhos que não tiveram esse objetivo (GOMES, 2016; ROCHA, 2017; SALES, 2017; SASSI, 2018), conseguem também apontar elementos importantes para compreendermos melhor esse grupo, como abordado à frente.

Os entrevistados identificaram semelhanças entre os Ministérios de 2003 e 2011, tanto nos valores e objetivos quanto na composição: estavam posicionados nos maiores escalões quadros filiados ou próximos ao PT que haviam atuado como dirigentes em gestões do SUS

ou eram integrantes da Comunidade Movimento Sanitário (E. a; b; c; h; i; j; k; l; m; n; q; s). Os entrevistados, situados nas três esferas de governo e nos períodos do Governo Lula e Dilma, observaram uma ‘sensibilidade’ maior desse MS às demandas municipais e uma ‘predisposição’ em buscar resolver problemas por meio de ação direta do MS e de relações diretas entre o mesmo e os municípios (E. h; j; k; l; m). A pesquisa mostra que o novo grupo tinha outras características que se mostraram muito importantes na análise, sendo duas delas a atuação prévia junto ao Ministro Padilha na SRI e uma identidade construída no movimento estudantil nos anos 1990 e 2000. Parte do grupo trabalhara com o Ministro Padilha na SRI e foi a seu convite para o MS. Indivíduos fieis a ele e que não tinham atuação prévia no subsistema saúde, com a exceção de Mozart Sales, que começou o governo como Chefe de Gabinete do Ministro e tornou-se o Secretário da Sgtes no período da criação do PMM. Identificados com a alcunha de ‘padilhando’, esses indivíduos foram alocados em pontos estratégicos como a Chefia de Gabinete, áreas meio do MS como a Consultoria Jurídica (Conjur), Assessoria de Comunicação e áreas de orçamento, administração e logística da Secretaria Executiva, que, posteriormente, foram decisivas na operacionalização do PMM. Além disso, outros sujeitos ligados a eles seguiram em postos de comando na SRI e assumiram cargos relevantes em outras áreas do governo ativas na relação com a Presidência, Casa Civil, Congresso Nacional e entes federados. Isso facilitou ainda mais as relações de Padilha com esses órgãos. Ele, por ter sido Ministro da SRI, havia feito parte do núcleo do governo e tinha tido o papel de ajudar a formatar iniciativas do Executivo, viabilizando sua aprovação, construindo maiorias parlamentares e conseguindo o apoio de dirigentes das esferas estaduais e municipais (E. h; m; q; o). Além disso, esses indivíduos priorizavam políticas que pudessem ser ‘marcas de sucesso’ da nova gestão do MS, legitimando-a junto à população. A seguinte fala de dirigente do MS trata desses indivíduos

era um grupo que tinha vindo com o Padilha(...) identificado dentro do Ministério [da Saúde] como ‘padilhando’ (...). Um grupo petista vindo da SRI (...) que não era da área da saúde (...) mas que tinha uma identificação muito forte com a necessidade de se construir uma marca para gestão do Padilha. (...) tinha a necessidade do Padilha se afirmar como Ministro, porque ele foi pra lá com uma dúvida sobre a capacidade dele de atuar na gestão [da saúde] porque ele sempre foi ‘o cara da política’, ‘o cara que veio da SRI’, ‘o Ministro do Lula’. Então quando ele vai pra lá, tem uma certa desconfiança dos sanitaristas (E. h).

A outra característica é a identidade construída na atuação no movimento estudantil de Medicina que fazia com que parte significativa do grupo tivesse vínculos anteriores e compartilhasse valores e objetivos. Paula (2017) caracteriza esses indivíduos como “médicos que fizeram escola nos movimentos sociais” e que “compartilhavam uma mesma visão de Medicina, de formação médica, de modelos assistenciais e de projetos de poder”, e observa que nos “mais importantes” cargos estratégicos do PMM foram colocados ex-dirigentes da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) (PAULA, 2017 p. 98). Gomes identificou que os sujeitos envolvidos com a produção do PMM no MS faziam parte de um “movimento médico” que atuava por fora das entidades médicas, uma geração mais nova do ‘Movimento Sanitário’ que priorizava a participação em experiências governamentais da esquerda e que compartilhou uma militância comum no movimento estudantil, influenciada pela iniciativa da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), que deu “relevância à temática da formação médica” e que se apropriou de “potentes formulações relativas” às “políticas públicas de formação e gestão do trabalho na saúde” (GOMES, 2016 p. 233). Sales (2017), em uma reflexão pessoal presente em sua dissertação de mestrado, observou que ele mesmo, Padilha e Rogério Carvalho, o deputado federal relator da Lei 12.871 do PMM, tinham em comum a mesma origem³⁰. Citou a atuação dos mesmos na Cinaem e na temática da educação médica e registrou que os três estavam “imbuídos” de não fazer “mais do mesmo, neste tema tão nevrálgico e, ao mesmo tempo, quase intocado que era” a “formação e provimento” de médicos, observando que não podiam deixar de aproveitar a oportunidade de estarem em “posições tão estratégicas naquele momento”. Identificou outras pessoas com origem similar e afirmou que a “trajetória político/acadêmica” desses sujeitos “foi fundamental na construção do PMM” (SALES, 2017, p. 62-63). Dirigente do MS comenta fala de dirigente do período de 2005-2010 que deixava o MS e, na ocasião, falou de características do novo grupo que substituíria o seu:

Ele disse: ‘junto com o Padilha é a turma que criou a Cinaem, uma turma que discute educação médica’. Ele tinha certeza que o debate da educação médica ia ser um debate puxado por nós. (...) Um conjunto de pessoas que tinha na sua história o debate de educação médica, seja a partir do movimento estudantil de Medicina, seja

³⁰ Alexandre Padilha foi presidente/coordenador geral da Denem no período 1990-1991, Rogério Carvalho 1991-1992 e Mozart Sales 1993. Integravam o mesmo grupo político no movimento estudantil e na juventude do PT (SANTOS, 1998; PINTO, 2000; SALES, 2017).

a partir da Abem. (...) A gente não perderia a oportunidade de atuar no Ministério, debater com muita intensidade e buscar medidas concretas para que o Ministério passasse a assumir aquilo que é sua responsabilidade constitucional: (...) ser o SUS e suas autoridades os principais reguladores do processo de formação e provimento do profissional médico. (...) Isso permitiu reunir na largada do Mais Médicos, (...) com muita força, (...) um conjunto de gestores, membros do Ministério e professores que estavam nas universidades com os quais nós tínhamos laços desde essa época [do movimento estudantil] (E. m)

Diversos entrevistados (E. a; b; c; d; e; f; i; j; h; k; l; m; n; q; s) identificaram também a importância que esses indivíduos tiveram na construção do PMM e, em síntese, percebia-os como: jovens - “uma meninada” que “vinha basicamente da Denem” (E. j); com a mesma origem no “movimento estudantil de Medicina” e uma “militância” voltada para a “educação médica” e transformação das escolas médicas e do SUS” (E. b); como coesos, com alto grau de compartilhamento de objetivos, ideias e valores, um “pensamento semelhante” que “unia o grupo inteiro” e formava um “time” que agia “com muita convicção” (E. l); como mais ‘livres’ e ‘ousados’, no sentido de serem influenciados, mas menos limitados por legados ideacionais tanto da Comunidade Medicina Liberal quanto da Comunidade Movimento Sanitário; com um projeto político no qual era prioridade fazer mudanças na área de regulação, provimento e formação médica; que consideravam que era o momento de enfrentar questões que os dirigentes anteriores não haviam conseguido, embora tivessem tentado; e com capacidade técnica e disposição de implementar o seu projeto. As falas seguintes tratam disso

compromisso histórico (...) [e] ausência de amarras (...) Porque quem tinha muitas amarras históricas com o processo corporativo [médico], com a institucionalidade [do SUS] e com a formulação de política pública [de saúde e educação], não pegava o cacete que foi... não ia [onde se foi] (E. o)

A tradição do Ministério é fazer inovação incremental conservadora (...) [mas esse] era um grupo de profissionais muito competentes do ponto de vista técnico e muito ousado do ponto de vista político. Gente disposta a fazer os enfrentamentos se a oportunidade surgisse. (E. a)

Havia uma coesão no interior da gestão do MS que eu nunca vi, e eu estou há 12 anos no Ministério [desde 2007] (...). De diferente nesse período aí é isso: maior composição de dirigentes com uma forte capacidade política e técnica, projeto e com horizonte comum em relação a esse projeto. (...) Aí você pega esses caras diante de um cenário como aquele (...) e toca um projeto superdifícil, complexo, porque para operacionalizar isso... não é qualquer um que toparia (...) Então esse grupo aí teve (...) a coragem de empreender. (...) Aquela coisa do empreendedor político do Kingdon. (...) Atores que conseguem enxergar os problemas e conseguem [explorar] (...) oportunidades que vão surgindo, (...) e que esses atores também têm a capacidade de gerar (E. s)

Vale observar que esses indivíduos entraram em choque com a Comunidade

Medicina Liberal na condição de estudante, de residente, de líder sindical e de gestor do SUS e, segundo eles, esse conflito era reconhecido: “as entidades reconheciam a gente como um movimento que fazia disputa” e que opunha ao “movimento médico” um “pensamento SUS” e “Saúde Coletiva” (E. f). Nos dois anos seguintes, muitos outros quadros que haviam sido da Denem nos anos 1990 e 2000 assumiram cargos de nível intermediário e papéis importantes na formulação de políticas de provimento e formação. Primeiro no Provac³¹ e, depois, no PMM, tanto no MS quanto no MEC. Eles assumiram também funções de implementação (*‘street-level bureaucracy’*) do PMM como tutores e supervisores do programa vinculados às universidades, como coordenadores e docentes de programas de residência ou na criação de novos cursos de Medicina (E. a; b; c; d; e; i; h; k; l; m; n; q; s).

uma série de jovens professores de universidades públicas ou preceptores de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade que estiveram em posições intermediárias no aparato da administração federal eram, a maior parte, [oriundos] do movimento estudantil de Medicina, da Denem (E. q)

Fica evidente que os dirigentes do PMM, deliberadamente, buscaram mobilizar uma geração de médicos com a qual tinha identidade e que estava posicionada em diferentes locais com relevância para a implementação do programa. Uma ação importante para disputar e tentar superar bloqueios da Comunidade Medicina Liberal nesses mesmos espaços.

A pesquisa mostrou com clareza quem foram os Empreendedores do PMM e permitiu organizá-los em três níveis, não só pela importância atribuída pelos entrevistados, mas também pela posição, atuação e relação com os mais importantes processos rastreados na produção do PMM. Dos 16 Empreendedores do PMM identificados três são vistos como os mais importantes para a produção do PMM, sete em um nível intermediário e seis em um terceiro nível. Do total, 11 estavam posicionados no MS e nove eram médicos. Seis características foram importantes para analisar os Empreendedores do PMM: 1) ser quadro do PT; 2) ter sido gestor municipal ou de entidade de representação da gestão municipal ou ainda ter tido como atribuição lidar com gestores municipais e suas entidades de representação; 3) ser participante da Comunidade Movimento Sanitário; 4) ter atuado na Rede Temática

³¹ O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica foi criado em setembro de 2011 pela Portaria 2.087 e visava prover médicos, enfermeiros e dentistas em áreas subatendidas. Como estímulo, oferecia formação, apoio local, remuneração e uma bonificação de 10% no concurso de residência médica (BRASIL, 2011d).

Educação Médica; 5) ter sido dirigente da Denem; e 6) ter atuado na SRI. Os Empreendedores do PMM tinham, em média, três dessas características, sendo que apenas um, funcionário de carreira da área jurídica do MS, não tinha nenhuma.

A análise mostra que os três empreendedores mais importantes foram Padilha, Sales e Carvalho, como reforça a fala seguinte

Tivemos uma tríade de pessoas muito afinadas politicamente, do ponto de vista da confiabilidade pessoal e política, que estavam em postos chaves para aprovação desse projeto. (...) Três caras que presidiram a direção nacional dos estudantes de Medicina, (...) três pessoas que possuíam uma compreensão histórica muito aproximada (...) que tinham vivido os momentos na formação junto a Cinaem (E. o).

Padilha e Sales tinham as seis características destacadas acima e Carvalho cinco delas. Na sequência, vem os sete empreendedores que tiveram uma importância intermediária: três sujeitos que também têm essa mesma origem no movimento estudantil e atuação na Movimento Sanitário, Odorico Monteiro, que era o Secretário do MS responsável pela pactuação interfederativa, Felipe Oliveira, Diretor responsável pela implementação do PMM no MS, e Vinicius Rocha que foi o diretor do MEC, responsável pela implementação da dimensão do programa relacionada à mudança da formação na graduação e residência; dois com trajetória na academia como ex-reitores, Paulo Speller, Secretário de Ensino Superior do MEC, e Fernando Menezes, assessor de Sales no MS e que teve atuação na Abem; e dois sujeitos operadores do direito que foram responsáveis pela construção jurídica do PMM, Jean Uema, Conjur do MS, e Jorge Messias, Conjur do MEC, sendo que este assumiu na sequência a Secretaria de Regulação do Ensino Superior (SERES) do MEC com o objetivo de implementar as metas do PMM relativas à expansão de vagas no sistema privado de ensino. Há uma média de 2,4 características por sujeito nesses sete empreendedores. Por fim, há ainda uma relação mais ampla de outros empreendedores, cujos relatos elencam de seis a onze pessoas (oito homens e três mulheres), também considerados importantes na construção, viabilização e implementação do PMM nessa fase ou em fases posteriores, seja em locais de direção, decisão ou formulação técnica. As seis pessoas mais citadas nessa relação têm uma média de 2,8 características. Os relatos mostraram que esses empreendedores atuavam em diálogo e com muita identidade (E. b; e; h; m; q; s). O quadro a seguir mostra como se distribuía essas características entre os Empreendedores do PMM:

Quadro 6 - Características selecionadas dos Empreendedores do PMM

	Média de características dos membros do grupo	PT	Atuação junto aos Municípios	Mov. Sanitário	Rede Ed. Médica	Denem	SRI
Nível 1 (3 pessoas)	5,7	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	2/3
Nível 2 (7 pessoas)	2,4	4/7	2/7	3/7	4/7	3/7	1/7
Nível 3 (6 pessoas)	2,8	5/6	5/6	3/6	1/6	1/6	2/7
Totais (16 pessoas)	3,2	12/16	10/16	9/16	8/16	7/16	5/16

Fonte: Elaborado pelo autor.

As características, valores, objetivos e ações desses empreendedores refletiram nas prioridades traçadas para a gestão do MS a partir de 2011 podendo ser identificadas no discurso de posse do Ministro (BRASIL, 2011b), no Planejamento Estratégico do MS para os anos de 2011 a 2015 (BRASIL, 2014) e na análise das ações de governo implementadas no primeiro ano. No discurso (BRASIL, 2011b), Padilha elencou uma série de prioridades afirmando que haviam sido demandadas pela própria Presidenta, dentre elas estavam a consolidação da atenção primária no país com um modelo multiprofissional e a expansão das UPAs. Padilha afirmou que “um dos grandes gargalos” “para a expansão” e “qualidade” do SUS era a “capacidade de formar” e “fixar” “profissionais de saúde, sobretudo médicos”, em áreas de “escassez” (BRASIL, 2011b). Disse que seria necessário “construir um grande pacto com todos os profissionais de saúde, gestores estaduais, gestores municipais, escolas médicas”, porque o Brasil precisava “decidir quantos especialistas” teria que ter, quais “especialistas e em que lugar vão estar esses especialistas nos próximos 15 anos”. Disse ao Ministro da Educação, presente em sua posse, que esperava contar com sua ajuda e concluiu o tópico convidando os interessados para o debate, sinalizando a prioridade do tema, como mostra o trecho à frente:

Temos que discutir (...) todas as medidas que garantam a qualidade [e] (...) valorização dos profissionais de saúde e que ajudem e contribuam para fixação dos profissionais de saúde nos cantos que este país precisa, [das] periferias das regiões metropolitanas (...) [às] regiões mais longínquas do interior. Não podemos ter preconceito em discutir. (...) Temos que ter espaço aberto para isso (BRASIL, 2011b)

Padilha fez referência em seu discurso à Comunidade Movimento Sanitário, pedindo ao então Presidente da Abrasco, Luís Facchini, que tinha sido um dos mais importantes quadros técnicos da Cinaem (CINAEM, 2000) e que estava presente em sua posse, para envolver a entidade na realização dessas prioridades. E, de outro, referenciou Milton Martins, que havia sido Presidente da Abem e foi convidado por ele para assumir a Sgtes, sendo o quadro do primeiro escalão da nova direção do MS com maior ligação com a Comunidade Medicina Liberal (E. b; h; o; q). Fez questão de destacar mais de uma vez sua ligação com o movimento estudantil e citou Sales, Carvalho e Monteiro, todos presentes, como “companheiros desde a época da construção da Denem”.

Com isso, é possível sintetizar que, neste período de 2011 a 2013, observa-se que a agenda central do governo na saúde e educação mantinha-se praticamente a mesma, mas com uma diferença significativa em relação ao período anterior: a questão da insuficiência na oferta de médicos havia ganhado a atenção da Presidenta a ponto dela ter tratado disso no discurso de posse e ter pedido providências ao novo MS. No subsistema educação não houve mudanças significativas nesse primeiro momento, mas na saúde entrou um grupo comprometido com o objetivo de reorientar a formação de médicos em função das necessidades do SUS e de prover profissionais nas áreas com necessidade. Formado em experiências que buscaram avançar nessa perspectiva, esse grupo compartilhava o entendimento de que isso era um ‘gargalo’ do SUS que precisava ser superado para avançar na prioridade central de ampliar o acesso com qualidade. Foi possível identificar Empreendedores do PMM com características bem particulares, situados predominantemente na direção do MS, mas também em locais estratégicos do MEC e no Parlamento. Essas características indicam redes de relações e conflitos desses atores e, também, vinculações com certos objetivos, valores, preocupações e ideias. Mas, de um modo geral, esses Empreendedores eram vistos como sujeitos que pensavam e agiam em afinidade, mas com relativa autonomia com relação a valores e regras da Comunidade Movimento Sanitário, permitindo-se fazerem algumas ‘heterodoxias’. Eles tinham alto grau de compartilhamento de ideias e objetivos, estavam posicionados em locais de decisão e de formulação do PMM. Mas, além disso, tinham capacidade de mobilizar apoio de diversos sujeitos de uma geração da Comunidade Movimento Sanitário e da Rede Temática Educação Médica que foram posicionados na linha de frente das organizações responsáveis pela implementação da política, especialmente instituições de formação médica. Por fim, pode-se ainda dizer que o

Ministro e os indivíduos que vieram com ele da SRI souberam aproveitar suas redes e trajetória na articulação entre o núcleo do governo, entes federativos e o Congresso Nacional, para manter e ampliar a capacidade do MS de intervir na agenda legislativa.

A pesquisa mostrou que a mudança na direção do governo em 2011 e a análise das características, valores, preocupações, objetivos e ações tanto dos Empreendedores do PMM quanto dos demais atores que se posicionaram no MS, na Presidência, no MEC e no núcleo do governo são centrais na explicação da entrada na agenda e formulação do PMM. Contudo, outros fatores também são relevantes na produção do PMM e um deles é o modo como o problema relacionado às insuficiências na oferta de médicos foi se desenvolvendo ao longo da década de 2000 e o grau com o qual isso foi se constituindo como uma questão percebida e debatida por mais atores sociais que os inicialmente interessados na mesma. Este será o tema da próxima seção.

5.2 O AGRAVAMENTO DA QUESTÃO DAS INSUFICIÊNCIAS NA OFERTA DE MÉDICOS E SEUS EFEITOS

A literatura que dá mais atenção à avaliação de como evoluíram os problemas relacionados às insuficiências na oferta e formação de médicos é aquela que analisa o desenho ou os resultados do PMM. A que se propõe a estudar a entrada na agenda governamental do PMM dá pouca atenção à análise das mudanças nos indicadores e causas desses problemas. Via de regra, apresenta os dados do discurso oficial que tenta justificar o PMM como intervenção e observa que o problema é anterior ao surgimento do Programa como solução. Defende-se aqui que, embora o problema esteja, de algum modo, na agenda de discussão governamental desde o fim dos anos 1960, existem mudanças em suas características e no modo como passou a ser percebido e tratado nesse período que são decisivas na entrada na agenda governamental do PMM. Nesta seção analisa-se as consequências da evolução dos problemas relacionados às insuficiências na oferta de médicos³² para os atores sociais implicados e como e quando essa questão foi ganhando importância no debate público e na agenda governamental.

³² No capítulo 3 há uma análise sobre esses problemas e sua evolução ao longo das décadas até os anos imediatamente anteriores à criação do PMM.

Em síntese, é possível afirmar que o Brasil tem poucos médicos por habitante comparado aos padrões internacionais. A distribuição dos mesmos no território é iníqua, faltam médicos nas cidades pequenas, áreas rurais, comunidades mais remotas e nas regiões mais pobres das grandes cidades, atingindo mais os segmentos mais pobres e vulneráveis da população. A distribuição de especialistas, de escolas de Medicina e de programas de residência médica é ainda mais desigual, concentrando-se nas cidades maiores e mais ricas que têm um mercado consumidor no macrossetor saúde mais robusto. O problema se agravou na década de 2000 por alguns fatores, dentre eles a aceleração do crescimento econômico e a ascensão social de parte significativa da população que estimularam o macrossetor saúde e demandaram mais empregos. Políticas públicas como o Reuni, Fies e Prouni, produziram a segunda maior expansão de vagas médicas de graduação, contudo, a Medicina teve o menor aumento proporcional de vagas e de profissionais comparada às demais profissões de saúde. Assim, o número total de egressos nessa década só correspondeu a 69% dos novos postos de trabalho criados, gerando expressiva demanda acumulada, aumento da disponibilidade de empregos e elevação do nível salarial (MÉDICI, 1987; MACHADO, 1992; 1996; 1997; MACIEL FILHO, 2007; UFMG, 2009; 2014; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; GIRARDI et al, 2010; PIENRATONI; DALPOZ; GIRARDI, 2012; DMB, 2013; 2018; ALÉSSIO e SOUSA, 2016).

A consolidação do SUS, a implementação das políticas públicas de saúde e a expansão de serviços ocorridas nestes anos foram importantes demandantes de médicos e, progressivamente, passou-se a ter mais postos de trabalho no SUS não ocupados, parcialmente ocupados ou sofrendo com o aumento do tempo de espera para contratação e substituição de médicos (UFMG, 2014). O agravamento do problema foi produzindo cada vez mais consequências negativas para os gestores municipais e estaduais, responsáveis pela gestão da maioria dos serviços públicos de saúde e, portanto, pelo recrutamento e contratação dos médicos. São exemplos dessas consequências o desgaste político com a falta de médicos nos serviços de saúde existentes, a impossibilidade de ampliar o acesso a populações não atendidas e o aumento do custo decorrente da inflação de salários médicos, dado o desequilíbrio entre a oferta e a procura (SANTOS e PINTO, 2009; DALPOZ; PIENRATONI; GIRARDI, 2012; UFMG, 2014). Gestores nacionais e subnacionais do SUS de então entrevistados confirmam o agravamento do problema e suas consequências entre os atores do subsetor saúde

nos governos do Lula, fez-se uma expansão de serviços brutal (...) e cadê os caras para trabalhar? Foi piorando (...) [Nos] municípios pequenos, que são a maioria dos municípios, (...) a atenção básica é a alma do negócio, não tendo atenção básica é um desastre completo (...) O problema foi se agravando fortemente, até ser insuportável. (...) Aí cria essa necessidade e uma base política para fazer um enfrentamento: ‘desculpa meus amigos médicos, sinto muito, não vai dar mais para ficar desse jeito porque virou um problema insuportável’ (E. k)

ao longo dos anos anteriores, [houve] uma ampliação de cobertura que exigia desses governantes [prefeitos e governadores] um maior compromisso com o setor [saúde]. Aí nós chegamos em um ponto que (...) faltou os profissionais. (...) Era uma cobrança pertinente e forte da população (E. l)

em qualquer fórum de discussão sobre quais eram os principais problemas (...) aparecia a discussão sobre a falta de médicos (...) Havia um consenso (...) gastos eram cada vez [maiores] para poder atrair (...) os poucos médicos que existiam (E. s)

Na campanha presidencial de 2010, prefeitos, parlamentares, governadores e candidatos chamaram a atenção da então candidata Dilma para o fato de que a insuficiência de médicos impediria a realização das promessas de campanha referentes à expansão do acesso e de serviços públicos de saúde (E. d; m; o; s). No período de transição de governos, em uma reunião com secretários de saúde e especialistas, o problema foi apresentado de modo mais estruturado à Presidenta ganhando espaço na grande imprensa (OLIVEIRA e BATISTA, 2010). Foi mostrado que seriam necessários mais 40 mil médicos no SUS para a realização de sua meta de expansão da atenção básica e das UPA e que 30% das equipes da ESF informadas no sistema, na realidade, estavam sem médicos. Para enfrentar esse déficit, foram discutidas soluções como ampliação da formação de médicos, redução das dificuldades para o reconhecimento de diplomas médicos de outros países e o Serviço Civil Obrigatório (SCO). Foi alertado que a profissão médica seria uma provável opositora dessas medidas. Observe-se que todas são soluções que estiveram na agenda de discussões do governo desde o fim dos anos 1990.

Em seus primeiros pronunciamentos públicos, Dilma e Padilha afirmaram que a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica e a questão da insuficiência de médicos seria prioridade de governo (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). Com efeito, antes mesmo de construir um plano para a expansão das UPAS, que tinham tido grande destaque na campanha eleitoral, a Presidenta encomendou ao Ministro um plano para ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica (E. m). Foram estabelecidas metas de expansão de cobertura no PPA 2012-2015 (Lei 12.593 de 2012), reformulada a Política Nacional de Atenção Básica

(Pnab) e criados programas que destinaram recursos em volume superior aos praticados até então para investimento em infraestrutura e melhoria da qualidade dos serviços³³ (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017; ROCHA, 2017). Entre 2011 e 2014, houve o maior aumento proporcional do financiamento para a atenção básica comparando com os períodos anteriores (PINTO, 2018); expansão de serviços como UPA, Samu, Caps, atenção domiciliar, redes de cuidado, entre outros; e repasse de recursos para construção, ampliação e reforma de mais de 5 mil unidades básicas de saúde e de aproximadamente 400 UPAS³⁴ (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012), considerando só o primeiro ano de governo. Tudo isso fez a insuficiência de médicos tornar-se um problema mais grave e agudo do que já era, como aborda esse dirigente de organização de secretários de saúde

a percepção da falta de médicos foi fortemente associada à própria expansão que o SUS viveu a partir no final do segundo mandato do Lula, mas, principalmente, a partir do primeiro ano de gestão da Dilma, onde há um forte investimento na expansão da atenção básica (...) [e das] redes [de atenção]. Prefeituras impulsionaram a expansão de rede. Então aquilo que já era uma situação crítica [virou] uma situação profundamente calamitosa. (...) Não havia encontro [de secretários e prefeitos] em que esse tema não estivesse nos grandes problemas na agenda. (...) Meu grande problema era falta de médico nas UPAs, nos antigos prontos-socorros, falta de médico na rede básica. (...) Mesmo com o governo [municipal] fazendo grande investimento (...) continuava tendo fortemente esse problema. (...) Pressão da sociedade, pressão dos usuários, pressão política no processo de disputa (...). Isso era o grande problema junto com o do subfinanciamento (E. a)

Sem conseguir ter médicos para atender às exigências normativas referentes ao número de profissionais e carga horária mínima para cada serviço, intensificou-se a prática irregular de registrar uma carga horária no sistema de informação e praticar outra menor (UFMG, 2014; PINTO et al., 2017). Na ESF o número de equipes registradas no sistema de informação oficial definia parte significativa do repasse do MS aos municípios e isso esteve relacionado a uma crise que aconteceu já no primeiro trimestre de 2011. Fraudes foram identificados e começaram a resultar em processos e punições a gestores e profissionais. A crescente repercussão na imprensa forçou o MS a instituir regras mais duras e aumentar a

³³ Respectivamente, a Portaria 2488 out. 2011, que define a nova PNAB; Portaria 2206 set. 2011, que cria o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde - Requalifica-UBS; Portaria 1654 jul. 2011 que cria o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ.

³⁴ Respectivamente, Portaria 2206 set. 2011 e Portaria 1601 jul. 2011.

capacidade do sistema de identificar irregularidades³⁵. O corte de recursos de equipes ‘virtuais’, que eram registradas, mas não existiam, produziu uma crise junto a secretários de saúde, prefeitos e parlamentares, que passaram a buscar soluções (E. d; m; o; s). As falas seguintes de gestores subnacionais e federal explicitam o problema

Sabia-se que daquelas trinta e poucas mil equipes que existiam nos sistemas oficiais de governo, boa parte delas eram incompletas e não tinham médicos, ou que tinham médicos por períodos curtos de tempo (E. s)

[Havia] pesquisas realizadas sobre *turnover* de médico na atenção básica (...) relatos de acordos informais de médicos com gestores oferecendo cargas horárias menores que o necessário, ações do Ministério Público Estadual e Federal em cima dos médicos da ESF por incompatibilidade de carga horária... (E. o)

os prefeitos ficaram um bom tempo fazendo jeitos, trejeitos, usando de alternativas que não eram muito ‘salutares’ (...) pressionados pela população, exigiram do governo que se achasse uma solução (E. l)

Reconhecendo que faltavam médicos no país, os gestores locais solicitaram que o MS tomasse medidas que aumentassem a quantidade de médicos e assegurassem o provimento. Enquanto isso não era feito, solicitaram que o MS reduzisse imediatamente as exigências na ESF. Ante essa pressão inicial, o MS tomou medidas. Não cedeu à desregulamentação da ESF, mas permitiu a criação de equipes temporárias em áreas subatendidas que exigiam menos carga horária. Intensificou a implementação das políticas de fortalecimento da atenção básica descritas acima. Promoveu discussões públicas sobre soluções para a questão da insuficiência da oferta de médicos, cujo evento mais significativo foi o Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde (Seminário sobre Provimento)³⁶. Por fim, priorizou a formulação imediata de medidas de provimento de médicos para a atenção básica, tema tratado na próxima seção.

O MS tratou de estabelecer em que termos a questão seria tratada (ZAHARIADIS, 2007; 2016; KINGDOM, 2011; CAIRNEY e ZAHARIADIS, 2016) e iniciou o processamento do problema para informar a construção do ‘diagnóstico da situação’, a caracterização do problema que seria objeto de intervenção e, também, a formulação de possíveis soluções. Realizou seminários, debates, usou estudos internacionais, dialogou com

³⁵ Portaria nº 134, de 4 de abril de 2011.

³⁶ O Seminário aconteceu em abril de 2011, estava entre as metas de 100 dias do governo e envolveu gestores das três esferas de governo, controle social do SUS, especialistas e pesquisadores do tema, parlamentares e representantes dos profissionais de saúde e estudantes, incluindo as entidades médicas (BRASIL, 2012).

organismos multilaterais, como a OPAS e a OMS, e lançou mão, mais uma vez, da Rede Observa-RH, financiando estudos e pesquisas. Esse processo construiu uma compreensão comum sobre o problema no MS, na gestão tripartite e controle social do SUS, no MEC e núcleo do governo (E. e; h; m; o; p). Além disso, o MS encomendou uma pesquisa ao Ipesp³⁷ com foco na opinião da população sobre a saúde e as ações do governo no setor, como relata dirigente do MS

[Fizemos] uma pesquisa no MS em 2011 com 56 mil questionários nas 400 regiões de saúde do Brasil perguntou: ‘qual o maior problema da saúde?’, tinha direito de responder 3 coisas. Saúde era o maior problema pra 48% da população na primeira resposta. (...) [Somada à] falta de médico isso ia pra 58% (E. o)

Seus resultados, junto com uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) e outras publicadas na grande imprensa, foram levados pelo MS ao núcleo do governo. As falas a seguir de dirigentes de então do MS e MEC mostram que as pesquisas de opinião foram decisivas para que, no início de 2012, fosse decidido que o PMM deveria ser formulado (E. e; h; m; o; p)

A falta de médico era a principal queixa da população [no tema saúde] (...) [Então conseguimos] convencer o restante do governo com as pesquisas que não teria impacto na saúde sem enfrentar o problema da falta de médicos. Passou a ser uma pauta da Presidência no final de 2011 e começo de 2012. (...) [A] pesquisa [do MS] tinha uma visão muito detalhada sobre a percepção de saúde do país (...) [deixou] muito explícito para o conjunto do núcleo do governo a necessidade de dar uma resposta concreta à população. Dificilmente a população mudaria sua percepção sobre as ações de governo na área da saúde sem ter uma resposta para isso(...) Criou-se as condições para formatação do programa [PMM] (E. m).

Fevereiro de 2012 foi quando os então Ministros [da saúde e da educação] estiveram com a Presidenta e voltaram com a incumbência de estudar uma política voltada para a alocação de profissionais nesses vazios assistenciais. (...)A partir de fevereiro de 2012, esse assunto entra na pauta da Presidência da República (E. p)

Com isso, em síntese, é possível afirmar que o Governo Dilma começou com a questão da insuficiência de médicos na agenda prioritária de discussão do governo e isso pode ser confirmado analisando discursos oficiais (BRASIL, 2011a; 2011b), políticas como a de atenção básica (PINTO, 2014) e documentos oficiais do governo – Plano Plurianual (BRASIL, 2012a) -, do MS - Planejamento Estratégico do MS (BRASIL, 2014) – e do SUS -

³⁷ O MS encomendou uma pesquisa ao Instituto de Pesquisa Econômica e Social de Pernambuco (Ipespe) que entrevistou 56 mil pessoas com mais de 70 perguntas sobre os principais problemas na percepção dela e com um foco em saúde em especial. Se desenho teve significância estatística para o Brasil e para cada estado da federação. Seus resultados foram apresentados em 12 de setembro de 2011 e diversos entrevistados apontam-na como decisiva para a tomada de decisão do núcleo do governo (E. e; h; m; o; p).

Resolução do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2011c). Percebeu-se que o problema vinha se agravando progressivamente, devido tanto a fatores sociais, econômicos e à política pública expansiva do SUS, quanto à falta de intervenção específica no problema. A alternativa de ampliar o financiamento aos municípios para que estes pudessem elevar a remuneração e atrair médicos atingiu um teto e parou de resultar em expansão de cobertura populacional na atenção básica. As medidas irregulares de registrar no sistema de informação equipes completas que, na realidade, não tinham médico atuando com a carga horária exigida pela normativa passaram a ser criminalizadas, sofrer sanções e resultar em desgaste político. Essa situação condicionava o objetivo prioritário de expandir a cobertura dos serviços de saúde, especialmente os de atenção básica e urgência. Os Empreendedores do PMM promoveram estudos e debates sobre o tema buscando soluções e atuaram todo o ano de 2011 para conformar o problema e levá-lo à condição de uma questão prioritária para o núcleo do governo, o qual percebeu, por meio das pesquisas de opinião, que esta não era só uma questão prioritária para o subsistema saúde e gestores dos municípios, era também um problema com alta ‘percepção’, ‘potência’ e ‘proximidade’ para a população (ZAHARIADIS, 2016). Com isso, a ideia que se consolidou foi a de que não seria possível ter impacto na saúde sem enfrentar o problema da falta de médicos. Foi visto que se tratava, ao mesmo tempo, de um condicionante dos resultados e sucesso na política pública de saúde, de uma demanda política dos gestores municipais, estaduais e parlamentares, e de uma resposta que a população percebia como necessária. Assim, soluções deveriam ser formuladas e implementadas mesmo sabendo-se que a Comunidade Medicina Liberal resistiria ao que fosse proposto. Pode-se dizer que, no início de 2012, a necessidade de uma solução efetiva para questão extrapolou o subsistema saúde e entrou na agenda de decisão do núcleo do governo que demandou ao MS e MEC a construção do que depois tornou-se o PMM.

Se é claro que a evolução do problema não é em si uma condição suficiente para a entrada na agenda governamental do PMM, nossa pesquisa nos leva a defender que quatro fatores são responsáveis pela entrada da questão na agenda do governo: 1) a mudança de gestão com o posicionamento de novos atores na direção do sistema político e subsistema saúde que já assumiram priorizando o tema; 2) seu agravamento objetivo; 3) a ação dos Empreendedores do PMM conformando e dando visibilidade ao problema; e 4) a ampliação da ‘percepção’, ‘potência’ e ‘proximidade’ do problema na perspectiva de gestores municipais e da população em geral. Inicialmente com mais prioridade no MS, a ação dos

Empreendedores do PMM, de forma a promover debates, envolvendo mais atores na discussão, realizando pesquisas, reunindo evidências, conformando o problema e desenvolvendo soluções, dentro de sua governabilidade, foi aumentando a prioridade da questão no núcleo do governo. Na próxima seção serão discutidas quais as soluções foram analisadas e implementadas antes do lançamento do PMM, como isso ocorreu e que papel tiveram na entrada na agenda governamental e formulação do PMM.

5.3 A CONSTRUÇÃO DE SOLUÇÕES PARA ENFRENTAR A INSUFICIÊNCIA DE MÉDICOS E SEUS LEGADOS NA CRIAÇÃO DO PMM

A implementação de soluções destinadas ao enfrentamento da questão da insuficiência de médicos no SUS no ano de 2011 é um argumento contundente de que o processo de entrada na agenda governamental do PMM deve ser estudado, pelo menos, desde o primeiro ano do Governo Dilma e não restrito ao ano de 2013, quando o Programa foi lançado. Elas evidenciam a crescente atenção à questão, mostram decisões que foram tomadas para enfrentá-la e são elementos centrais para responder por que o PMM foi possível. O estudo dessas soluções e dos legados institucionais e ideacionais que forneceram ao PMM são o objeto desta seção.

O novo grupo dirigente do MS herdou da gestão anterior o desenvolvimento de dois programas em etapa avançada de formulação compartilhada entre MS e MEC. A criação do Revalida, lançado em março de 2011, e a regulamentação da moratória e o abatimento da dívida do Fies para estudantes que atuassem na ESF em áreas subatendidas ou fizessem residência médica em especialidades consideradas prioritárias pelo MS, concluída em junho de 2011³⁸. Contudo, essas políticas não tiveram efeito significativo no provimento de médicos ao longo do período estudado. O Revalida por dois motivos principais, uma delas é que a taxa de aprovação no exame foi muito baixa. A estratégia da Comunidade Medicina Liberal foi envolver-se na realização das provas atuando tanto em comissões de formulação quanto na execução das provas práticas nas universidades (E. b; c; k; m; q). Assim, segundo dados do MEC, de 2011 a 2013, a taxa de aprovação foi de um máximo de 12% a 7%. Essa redução

³⁸ Ambas as políticas são tratadas no capítulo 4 e foram regulamentadas inicialmente pela Portaria Interministerial nº 278/2011 de março de 2011 e Portaria nº 1.377 de junho de 2011, respectivamente.

gerou uma reação do MS que passou a acompanhar mais atentamente os processos de formulação e aplicação da prova de modo que essa taxa subiu para 33% em 2014 e 42% em 2015. Com a derrubada da Presidenta Dilma, em 2016, bem como as mudanças na direção do MEC e MS e o aumento da influência da Comunidade Medicina Liberal, essa taxa caiu novamente chegando a seu nível mais baixo em 2017, sendo de 5% e parando de ser aplicada a partir de então. Outro motivo é que nada induzia que esses médicos com seus diplomas reconhecidos e aptos ao exercício no Brasil escolhessem atuar em áreas subatendidas. Assim, a tendência seria dirigirem-se aos postos de trabalho mais atrativos localizados nos maiores mercados do subsetor saúde. O abatimento da dívida do FIES demorou para ser operacionalizado devido à dificuldade de articular adequadamente os sistemas de informação do MS, MEC e sistemas bancários. Além disso, o incentivo era pouco atrativo e só tinha efeito nos médicos que utilizaram o Fies. Poucos médicos fizeram a opção de atuar nas áreas priorizadas motivados por esse benefício (E. b; h; o; p).

Identifica-se dois legados dessas políticas para o Provab e depois PMM. A construção e uso dos critérios de eleição das áreas subatendidas prioritárias e a compreensão de que não adiantava deixar ao mercado a distribuição dos profissionais, seria necessário construir mecanismos que estimulassem a alocação em áreas prioritárias (E. b; c; e; m; o). Esses critérios foram sendo aprimorados quando utilizados no Provab, deram base a estudos de simulação do PMM na fase de formulação da proposta para decisão do núcleo do governo e resultaram na tipologia de municípios utilizadas posteriormente nos editais do PMM.

Consciente de que soluções mais efetivas seriam necessárias e de que era necessário definir os termos nos quais o problema e a solução seriam tratados, o grupo dirigente do MS desenvolveu uma estratégia de busca de alternativas e formulação caracterizada por alguns elementos. Processou o problema buscando torná-lo uma evidência difícil de ser tecnicamente e publicamente refutada. Envolveu diversos atores na discussão a fim de conseguir apoio social relevante. Considerou soluções com evidências e validação internacional quanto à sua efetividade. Dialogou e negociou com a Comunidade Medicina Liberal tentando, ao menos, reduzir sua resistência. E, por fim, buscou formatar uma solução viável para ser colocada na agenda de decisão da Presidência. Um processo característico e importante parte do desenvolvimento dessa estratégia foi o Seminário sobre Provimento realizado em abril de 2011. Uma iniciativa do MS, construída em conjunto com Conasems e Conass, com apoio da OPAS e que teve a participação de especialistas, gestores do SUS das três esferas,

representantes de IES, do controle social do SUS, de entidades profissionais, incluindo as médicas, do poder legislativo nacional e dos ministérios da Educação, Ciência e Tecnologia, Defesa, Trabalho e da Casa Civil.

O objetivo do Seminário foi aprofundar o debate sobre o tema da escassez de médicos, subsidiar a análise de iniciativas já existentes e a “construção de propostas com viabilidade técnica e política” para “assegurar o acesso universal com qualidade e humanização aos serviços de atenção à saúde no SUS” (BRASIL, 2012b, p. 9). Nele foram debatidas soluções que depois tornaram-se o conteúdo do PMM, como a necessidade de políticas de incentivo às mudanças curriculares de acordo com as diretrizes curriculares nacionais e as necessidades do SUS; a redistribuição da oferta de vagas de residência médica entre as regiões do país; a importância de que a formação dos médicos especialistas fosse regulada pelo Estado e as recomendações da OMS de descentralização das vagas de graduação (BRASIL, 2012b). Também foram discutidas soluções que já haviam sido rejeitadas nos governos anteriores, como a expansão do Serviço Militar Obrigatório para médicos³⁹ (E. b; o) ou debatidas, mas não implementadas, como a carreira de Estado, que será abordada mais profundamente no próximo capítulo. O relatório do Seminário expressa o modo como o MS buscou sintetizar os debates e dar a eles o melhor formato comunicacional para contribuir com a implementação de sua agenda. Nele declara-se que MS, MEC, Conass e Conasems estavam

unidos na premissa de que a regulação do perfil do profissional a ser formado é do Estado e chamam a si a responsabilidade de organizar este processo. (...) é urgente a definição de ações e metas a curto, médio e longo prazos que realizem o provimento e fixação de profissionais de saúde (...) objetivando o acesso universal e qualificado (BRASIL, 2012b, p. 11).

Identificando a Comunidade Medicina Liberal como adversária de parte das medidas, o relatório registrou que “a atual gestão do MS vem diminuindo as resistências da corporação médica, com abertura do debate e construindo novas bases para o entendimento e superação dos problemas” (BRASIL, 2012b, p. 44). Anunciou como prioridade da Sgtes o “estabelecimento de um plano estratégico de alocação de profissionais de saúde para regiões prioritárias” (BRASIL, 2012b, p. 23) e estabeleceu diretrizes para sua proposta de Serviço Civil, que depois tornou-se a política batizada de Provac: “um a dois anos” de atuação “em

³⁹ As razões da rejeição são similares às alegadas pelos dirigentes de 2003-2010, detalhadas no capítulo anterior.

equipes de saúde da família” em “locais definidos a partir do mapa de necessidades de saúde”, “bônus para a seleção na residência médica”, “supervisão da escola médica local, presencial ou à distância, com Telessaúde”, oferta de um “curso de especialização em Saúde da Família” e responsabilidade do município de “disponibilizar a equipe da ESF e moradia” (BRASIL, 2012b, p. 23). Estas diretrizes são o núcleo da proposta do Provab, criado no fim de 2011, e foram todas incorporadas em 2013 no Eixo Provimento do PMM. Ainda, no Seminário, foi atribuída à UNA-SUS a responsabilidade de dar suporte à formação que aconteceria concomitante à estratégia de provimento (BRASIL, 2012b), o que mais tarde foi decisivo para a viabilização do PMM. Assim, duas ações do MS são justificadas como encaminhamentos do Seminário, o lançamento do Provab em setembro de 2011 e a criação, em novembro de 2012, de uma iniciativa para estimular, estudar e apoiar financeiramente experiências e propostas de plano de carreira estaduais e regionais para profissionais de saúde⁴⁰.

O Seminário e seu processo de preparação, realização e gestão dos encaminhamentos serviram para testar a viabilidade de diversas soluções, bem como o grau de resistência dos atores a elas. O foco dirigiu-se, dessa forma, à formulação de um ‘Serviço Civil’, que teve seu caráter obrigatório abandonado devido às resistências, às dificuldades institucionais e a pouca viabilidade de implementação, já percebidas na gestão de 2003 a 2010 e debatidas no capítulo anterior. As condições institucionais de implementação da obrigatoriedade chegaram a ser objeto de estudo jurídico do MS em 2011, mas seguia tendo forte oposição da Comunidade Medicina Liberal e da Rede Temática Educação Médica. Havia também resistência no MEC e posições distintas mesmo dentro do MS, tendo predominado posição similar àquela da Gestão de 2003-2005 do MS: criticava-se a medida por ser restrita, por seu caráter coercitivo, pelos potenciais efeitos negativos nos egressos do programa e por ser pouco viável politicamente (E. b; e; h; m).

Quanto à formulação do Provab, o MS tinha razoável autonomia em sua viabilização porque dispunha dos recursos financeiros necessários para executá-lo e sua operacionalização não demandava nenhum decreto ou lei, exigia Portaria e acordo tripartite nos espaços de gestão do SUS, sendo que o MS já contava com o apoio do Conasems e do Conass. Mas havia um limite: para que o Provab fosse mais abrangente que as políticas anteriores, ele teria que

⁴⁰ Portaria nº 2.517, de 1º de novembro de 2012 que dispôs sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal para apoio a projetos de planos de carreira e despreciação do trabalho em saúde.

ter mais estímulos para atrair os médicos do que elas tiveram. Pouco abordado e explorado em estudos que tomam o Provac como objeto, três elementos centrais na formulação da proposta foram decididos buscando equilibrar o que os formuladores compreendiam que era mais necessário, efetivo e viável com o que seria possível, considerando a correlação de forças, posição e preferências dos atores. O primeiro trata das profissões que integrariam o Provac. A ideia original era que o programa fosse só para os médicos, pois não havia escassez de enfermeiros e dentistas. Mas se excluíssem estes do Programa, além da oposição das entidades médicas, poderia ter também a das organizações dessas duas profissões, então foram incluídos. O segundo refere-se à forma de remuneração. Apesar de no Seminário ter prevalecido a diretriz de que o “salário do profissional [fosse] assegurado pela Secretaria Municipal de Saúde” (BRASIL, 2012b, p. 23) na qual o profissional estivesse atuando, os formuladores preferiam fazer como no Pits, concedendo uma bolsa pelo governo federal. Contudo, quatro motivos impediram a reprodução desse formato no primeiro ano do Provac.

1. O SUS passava por um processo de consolidação ideacional e normativa⁴¹ da descentralização com fortalecimento do protagonismo dos municípios. O grupo ministerial com uma visão mais municipalista do SUS resistiu à criação de uma política que dirigia desde a União a remuneração dos profissionais da atenção básica, nível sob a responsabilidade do município.
2. O MS vinha debatendo com os segmentos de representação dos trabalhadores, incluindo as entidades médicas, carreira e ‘desprecarização’ dos vínculos de trabalho. Assim, criar uma bolsa temporária ia de encontro ao estímulo às contratações formais, sem tempo determinado e com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários. Fazer constar na norma do Provac que os gestores municipais teriam de formalizar contrato de trabalho com os médicos do Programa foi um fator relevante para o apoio do CFM nos embates que aconteceram para sua aprovação.
3. Um valor nacional, para ser atrativo, inflacionaria as remunerações nos locais que praticavam o valor abaixo da média. E, por fim,
4. os próprios municípios arcarem com os custos eliminava a necessidade de o MS provisionar um volume significativo de recursos para custear bolsas para milhares de profissionais.

O terceiro elemento que buscou equilíbrio entre a correlação de forças e os objetivos dos formuladores foi a implementação do dispositivo que concedia aos médicos, que concluíssem ao menos um

⁴¹ Como resultados desse processo foi publicado em junho de 2011 o Decreto 7508, que regulamenta a lei 8080, e em janeiro de 2012 a Lei Complementar 141, que trata do financiamento do SUS, processos que claramente reforçam o caráter tripartite do sistema e fortalecem a gestão regional e municipal.

ano no Provab e cursassem a especialização, um acréscimo de 10% em sua nota no concurso da residência (CARVALHO, 2013; CARVALHO e SOUSA, 2013; SILVA, 2017; E. b; e; o; r). O Provab era muito semelhante ao Pits, mas nele havia o incremento do “bônus para a seleção na residência médica” (BRASIL, 2012b, p. 23). Uma diretriz apontada no relatório do Seminário sobre Provimento, que era similar tanto a dispositivos presentes em experiências internacionais (OMS, 2010) quanto o previsto no projeto de Lei do deputado Rogério Carvalho⁴²

foi um projeto de lei apresentado por mim e pelo ex-presidente da AMB, o então deputado federal, Eleuzes Paiva. Depois, sob pressão da corporação, retirou o nome e eu mantive o projeto de lei, que perdeu o objeto porque virou um programa [o Provab] do Ministério da Saúde (E. Dep. Carvalho).

Havia dois caminhos para implementar o bônus: por uma lei, como era a proposta do Deputado ou por uma resolução da CNRM. A Comunidade Medicina Liberal colocou-se contra. Sua posição, em síntese, era que no Brasil não havia falta de médicos, apenas má distribuição. Além disso, somente seria favorável a estratégias permanentes de provimento que, em seu entendimento, era a ‘Carreira Médica de Estado’. Argumentava, ainda, que esta medida iria prejudicar a qualidade da residência e atentar contra a meritocracia. Do outro lado, posicionaram-se favoravelmente o Conasems e Conass (SANTOS, 2014; SILVA, 2017; ROCHA, 2017; GOMES, 2017; SILVA, 2018; E. b; f; l; k; o; r). O MS optou pela via que não demandou a aprovação de uma lei e articulou o apoio do núcleo do governo para um caminho que previa iniciativas do MS e a concordância e colaboração do MEC. Foi aprovada em setembro de 2011 a Portaria Interministerial nº 2.087 criando o Provab. Contudo, seu artigo 10 tornava a CNRM uma importante arena desse Programa porque atribuía o poder de definir como seria o bônus a este colegiado do MEC, que era historicamente controlado pela Comunidade Medicina Liberal e no qual a maioria dos membros eram representantes das entidades médicas. O MS retomou a proposta do início do primeiro Governo Lula de ampliar a participação dos gestores do SUS, Conass e Conasems, na CNRM e fazer com que a mesma fosse paritária, número igual de representantes das entidades médicas e de representantes do

⁴² Projeto de Lei 1363 de 2011 que alteraria a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981 para dispor sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. De autoria do Deputado Rogério Carvalho, um dos Empreendedores do PMM, e Eleuzes Paiva, ex-presidente da AMB e parlamentar orgânico à Comunidade Defesa da Medicina Liberal.

governo. Foi publicado em setembro o Decreto 7562 que alterou a composição da Comissão⁴³ e criou uma instância recursal com maioria do Governo. No mesmo mês foi aprovado em reunião da CNRM, ainda com a formação não paritária, o dispositivo de bônus do Provac que resultou na Resolução nº 3 de 2011. Meses depois, a nova composição desse colegiado foi essencial para garantir a continuidade do Provac quando a Comunidade Medicina Liberal reagiu ao Programa. A maior reação foi liderada pela USP, onde o Ministro Haddad e o então Secretário da Sgtes, Milton Martins, eram docentes. Este último, pressionado pela Comunidade Medicina Liberal e pela comunidade acadêmica da USP, abandonou o MS em fevereiro de 2012 (E. b; h; o)

Quando teve a aprovação do Provac, o Milton Arruda pediu para sair alegando questões de saúde [familiares]. Mas sabíamos do clima muito pesado em relação ao Provac. O próprio Milton queria que fosse por adesão e voluntário: as instituições que quisessem colocavam os 10%, as que não quisessem não colocavam. Teve uma discussão muito pesada no núcleo dirigente do Ministério [da Saúde] (...) em que posicionamos claramente que não deveria ser voluntário ou não aconteceria. Isso tudo levou, em parte, o Milton a sair (E. o)

Para seu lugar, o Ministro Padilha nomeou como secretário da Sgtes seu chefe de gabinete, Sales. Uma nomeação vista como um sinal de que o Provac estava na agenda prioritária do MS e que seriam feitos todos os esforços para sua implementação, como mostra a fala seguinte: “o Padilha dizia: - tirar meu chefe de gabinete e colocar pra lá [Sgtes], significa que eu estou colocando essa agenda na centralidade do meu gabinete. É preciso sinalizar a importância que dou nesse debate, que é uma agenda minha” (E. o).

Para o edital do Provac nº 1 de janeiro de 2012, 2.176 municípios se inscreveram e 1.460 médicos foram selecionados, mas apenas 381 foram efetivamente contratados em 201 municípios. Essa baixa adesão de médicos, superando pouco os números similares do Pits que nunca chegou a ultrapassar 200 médicos, está associada a alguns fatores. A dúvida dos interessados quanto ao aceite da bonificação de 10% pelos programas de residência. A instabilidade contratual dos municípios em termos de modalidade, valores, regularidade e certeza de que seria feito o pagamento. Bem como as mobilizações da Comunidade Medicina

⁴³ A CNRM passou a contar doze membros, cinco representantes governamentais – dois do MEC e um do MS, do Conass e do Consens – e seis representantes das Entidades Médicas – sendo um do CFM, da ABEM, da AMB, da ANMR, da FENAM e da Federação Brasileira de Academias de Medicina – e um médico que seria escolhido pelo MEC a partir de lista tríplice elaborada pela plenária.

Liberal na tentativa de desestabilizar e desacreditar o programa (CARVALHO, 2013; CARVALHO e SOUSA, 2013; OLIVEIRA et al., 2015; E. b; o). Esse resultado motivou o desenvolvimento de dois processos articulados. De um lado, foram necessárias mudanças no Provab que aumentassem sua efetividade. De outro, foi decidido que um programa mais robusto deveria ser formulado e criado para melhor enfrentar a questão da insuficiência na oferta de médicos, o PMM.

De 2012 a 2013, o número de médicos no Provab aumentou quase dez vezes, saiu de 381 para 3.579 médicos atuando em 1,3 mil municípios (BRASIL, 2015). Os dois principais fatores associados a esse efeito são a consolidação da ideia de que o Provab garantia, de fato, 10% de bonificação na seleção da residência e que, com o tempo, essa bonificação tornar-se-ia quase ‘obrigatória’ para ser selecionado em um programa concorrido; e o MS ter passado a remunerar diretamente os médicos, por meio de uma bolsa, com a obrigatoriedade de cursar a especialização em atenção básica. Esse formato de pagamento utilizado no Provab, e depois no PMM desde sua proposição inicial, é um legado resultante de uma ação do MEC e MS no Governo Lula quando se criou a legislação da bolsa da educação pelo trabalho, tratada no capítulo anterior. Fala de dirigente do MS tratando da criação do PMM reconhece esse legado: “Como você ia arbitrar uma bolsa federal se você não tem lei prevista? Então essa lei existente foi fundamental para garantir primeiramente o Provab, e depois o próprio Mais Médicos” (E.o). A exigência da realização da especialização obrigou o governo a aumentar muito sua capacidade de oferta de cursos. Isso foi realizado por educação à distância via UNA-SUS em articulação com dezenas de universidades. Esse aumento foi decisivo para a viabilização do PMM que, até o fim de seu primeiro ano de existência, exigiu um número de vagas para os médicos que atuavam no Programa três vezes maior que as oferecidas até então no Provab. Legado também reconhecido por dirigente do MS

não ia conseguir montar um programa de formação, com curso de especialização para 14 mil médicos, inclusive os estrangeiros, do dia para a noite se não tivesse essa rede. Tanto do ponto de vista da burocracia organizada quanto do ponto de vista financeiro. É uma série de convênios, uma injeção de recursos [na] UNA-SUS, que fez que quando o Provab fosse montado, já tinha uma expertise na construção desses instrumentos de convênio (...) só precisou de uma ampliação dessa base (E. o)

O processo de implementação do Provab resultou ainda em dois outros legados significativos para o PMM. A construção gradativa do papel das secretarias estaduais de saúde na implementação do Provab, com a criação de comissões locais de gestão do

Programa, envolvendo representantes dos três níveis de governo e das IES, com o desenvolvimento de um processo que incluía comunicação permanente e realização de oficinas regionais e nacionais. Também os diversos estudos realizados com o apoio do Observa-RH para analisar a implementação, qualificar a definição do grau de escassez das áreas subatendidas e estudar o mercado de trabalho. A percepção do PMM como um incremento do Provab é tal que, muitas vezes, é dito que este foi um ‘ensaio’ ou ‘embrião’ daquele

O Provab foi um certo ensaio neste sentido, olhando agora retrospectivamente, porque durante o período de 2011 a 2013 a principal solução foi o Provab. Ele foi pioneiro no sentido de agregar a ampliação de profissionais com a questão de formação (...) um ensaio para lidar com essa magnitude de municípios do país (E. b)

quais seriam os recursos reais que nós teríamos para enfrentar a demanda [de médicos]? A experiência do Provab foi fundamental, (...) uma espécie de embrião do desenho do Mais Médicos, a sua estrutura de supervisão, de acompanhamento pelas universidades, da seleção dos municípios, da indicação das unidades básicas de saúde. Tudo isso a gente aprendeu com a experiência do Provab, e ela nos ajudou a ter clareza de qual era o tamanho da demanda dos municípios (E. m)

Vale registrar aqui, o que será objeto de análise no próximo capítulo, que outras políticas também constituíram legados para os demais Eixos do PMM: o Requalifica-UBS para a construção do Eixo Infraestrutura do PMM e o Pro-Residência e o Plano Nacional de Educação Médica⁴⁴, que estava em formulação e previu a expansão de vagas de graduação e residência médica, para o Eixo Formação. Sobre o Plano Nacional relatam dirigentes do MEC e MS:

fizemos o levantamento necessário para a especificação da quantidade de vagas médicas necessárias nos cursos de Medicina, e um diagnóstico a partir da rede pública e privada de locais que seriam contemplados com esses novos cursos de Medicina tanto do ponto de vista público quanto do ponto de vista privado (E. p)

estava tendo expansão de *campi* de universidade federais e algumas dessas expansões estavam vindo acompanhadas de novos cursos de Medicina, mas não era algo articulado e pensado enquanto uma expansão para promover e fixar o profissionais no interior então o Reuni é um marco importante nesse sentido, mas ele não teve um olhar estratégico ou direcionado para isso (E. b)

Conhecendo os efeitos do Revalida, Fies e Provab, o núcleo do governo compreendeu que contar somente com médicos brasileiros ou formados no exterior com diplomas revalidados seria insuficiente para atender à necessidade de médicos estimada

⁴⁴ Este Plano foi anunciado no segundo semestre de 2011 e previa a abertura de 2,5 mil vagas de graduação com prioridade para as IES públicas.

naquele momento⁴⁵. Havia a percepção no governo e, também, nos meios acadêmicos de que se chegara a um esgotamento, que o que era possível fazer, respeitando os limites do que vinha sendo tentado e sem enfrentar conflitos com a Comunidade Medicina Liberal já havia sido feito, como mostra a fala de dirigente do MS no Governo Lula e integrante da Comunidade Movimento Sanitário

foi o esgotamento, uma pressão social muito pesada e a conversa com as entidades médicas... não adianta, não tem produção de acordo, não tem produção de alternativa compartilhada. (...) Possibilidades que não eram um enfrentamento drástico (...) foram testadas. Tinha que chegar em alguma outra muito mais ousada (E. n)

Com efeito, em fevereiro de 2012, foi determinado pelo núcleo do governo que o MS e o MEC deveriam conduzir a formulação de uma política que conseguisse, de fato, enfrentar a insuficiência de médicos no SUS e que deveriam formular um modo de realizar um recrutamento internacional de médicos, como pode ser visto neste depoimento de dirigentes do MEC e MS

Houve um experimento de tentar melhorar via Provab. (...) Teve uma resposta muito insuficiente à necessidade que estava colocada (...) há uma frustração e, de fato, leva-se para a Presidência: ‘olha temos que partir para alguma coisa mais ousada, porque os instrumentos dos institutos tradicionais que nós temos dentro do nosso âmbito de governança são insuficientes’. Nesse diagnóstico, identificamos que seria praticamente impossível atacar o problema unicamente com profissionais médicos formados no Brasil pela via tradicional. Nós teríamos que encontrar uma solução para ter a força de trabalho de profissionais diplomados em outros países (E. p)

Começa a construir o Mais Médicos mesmo em 2012. Você já sabia que teria a necessidade de um programa mais abrangente que o Provab que não daria certo só com os médicos recém-formados que quisessem fazer residência e ganhar ponto. (...) Foi muito a partir da resposta que deram no DAB [Departamento de Atenção Básica] que não ia acontecer o provimento necessário só com o Provab (E. h)

Com o que foi tratado, é possível afirmar que o processo de formação da agenda e formulação das políticas que buscaram enfrentar a questão das insuficiências na oferta e formação médicas em 2011 e 2012, incluindo o Provab, não é só central na análise PMM, como tem de ser compreendido como parte do processo de entrada na agenda governamental e formulação do próprio PMM. Há um efeito de dependência de trajetória (PIERSON, 2000), tanto em termos de legados ideacionais e institucionais, quanto na compreensão de que se não

⁴⁵ Em 2013, aproximadamente, três mil municípios demandaram médicos ao Provab, só 1,3 mil foram contemplados (OLIVEIRA e PINTO, 2018)

tivesse acontecido antes o Provab, provavelmente o que foi o PMM não teria sido possível em 2013. O MS foi experimentando políticas que estavam mais em acordo, ou menos em desacordo, com os limites estabelecidos pela Comunidade Medicina Liberal nas últimas décadas. Mas elas não foram suficientes para enfrentar um problema que, como observado, se agravava e crescia, cada vez mais, em importância para os atores do subsistema saúde, do sistema político e da população em geral. Isso deu o argumento ao governo de ter tentado o caminho ‘autorizado’ e encorajou-o a lançar mão de outras estratégias potencialmente mais efetivas que, embora sofressem ainda mais oposição da Comunidade Medicina Liberal, eram implementadas em outros países e recomendadas pela OMS. O Provab é muito similar ao Pits, mas tem o incremento do bônus, uma medida que teve a oposição da Comunidade Medicina Liberal. O Eixo Provimento do PMM pode ser visto como o Provab com o incremento de poder recrutar médicos brasileiros e estrangeiros para o exercício da Medicina no Brasil, mesmo sem a autorização do CFM, o que sofreu ainda mais oposição da Comunidade Medicina Liberal. A construção das políticas em 2011 e 2012 fez com que os formuladores ‘aprendessem’ uma série de questões: não bastava aumentar a quantidade de médicos sem induzir que atuassem em áreas subatendidas, que agora o MS já conseguia identificar objetivamente quais eram; era melhor que os médicos fossem remunerados pelo governo federal e o mecanismo, para isso, deveria ser uma bolsa como a do Provab; seria necessário um forte investimento em formação e articulação com as universidades e isso deveria ser feito via UNA-SUS; e que a estratégia de implementação deveria envolver as três esferas de gestão do SUS, em moldes similares ao feito no Provab. Assim, o que foi construído até a criação do PMM resultou em aprendizados, deu mais legitimidade à proposição, criou as condições de implementação do PMM, gerou instrumentos de política e ampliou a capacidade do governo de implementá-lo.

Alguns estudos reconhecem o papel desses programas na formulação do PMM, no fortalecimento da capacidade institucional do MS e nas condições de implementação do PMM (SILVA, 2017; OLIVEIRA et al., 2018; OLIVEIRA e PINTO, 2018). Mas é mais do que isso. A insuficiência do Provab e das soluções anteriores em enfrentar satisfatoriamente o problema foi um fator decisivo para que o núcleo do governo, em fevereiro de 2012, decidisse que seria necessário formular uma política mais robusta e determinar que MS e MEC trabalhassem na construção do PMM. Sem a existência prévia do Provab, pouco provavelmente o PMM teria sido possível em 2013 com o formato, abrangência e velocidade com os quais foi

implementado.

5.4 A SUPERAÇÃO DE CONSTRANGIMENTOS E A MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS PARA A CONSTRUÇÃO INICIAL DO PMM

No Capítulo anterior foi mostrado que, embora políticas de provimento, formação e regulação profissional tenham sido desejadas e propostas no Governo Lula, alguns fatores foram decisivos no bloqueio de sua construção: a posição e ação da Comunidade Medicina Liberal, incluindo sua atuação e influência no MEC, no Congresso Nacional e outros atores do sistema político; a tendência do MEC de não priorizar políticas de mudança da formação, de reagir a ingerências do subsistema saúde em assuntos tidos como de responsabilidade do subsistema educação; e a resistência do núcleo do governo de decidir por uma estratégia que demandasse mudança legislativa e gerasse disputa no Parlamento de um tema polêmico e de grande repercussão, sem a segurança sobre quem seria o vencedor. Nesta seção, analisa-se a superação de fatores institucionais que vinham conseguindo bloquear a construção de políticas similares ao PMM e estratégias de mobilização de recursos que os Empreendedores do PMM lançaram mão para avançar no processo de formulação do Programa.

No início de 2012 a Presidenta incumbiu o MS e o MEC de formularem o PMM e a Casa Civil de supervisionar essa formulação e coordenar a participação das demais áreas. Os Empreendedores do PMM coordenaram, então, o estudo de soluções de recrutamento internacional de médicos, formularam um desenho inicial para o PMM e passaram a advogar no governo por sua pertinência e viabilidade. Nesse diálogo perceberam muitas resistências, como mostram as falas de dirigentes do MS

Na quarta [15 de fevereiro de 2012] o Padilha chegou e falou: olha, a Presidenta está querendo discutir o problema de falta de médico no Brasil (...) uma proposta para que ela possa bancar. (...) Na primeira reunião (...) tinha lá MS, MEC, Tesouro Nacional, Advocacia Geral União, Casa Civil e a própria Presidenta. (...) A primeira reunião foi em fevereiro de 2012 e o Programa foi lançado em junho 2013. Teve aí 1 ano e 5 meses de maturação e construção desse processo para chegar onde chegou. (...) Chegou a ter algumas reuniões (...) em que a gente ia lá (...) meio que guerrear com outros ministérios (...) 3 ou 4 horas, rebatendo todos os argumentos. Você ficava toureando com os caras e 95% diziam que você estava querendo fazer o impossível e a gente, os 5%, defendendo que íamos fazer. E contando, claro, com a decisão da presidenta Dilma de querer fazer. Então os caras diziam que não era possível, mas não mandavam parar com o assunto por que tinha uma posição da Presidenta (E. o)

Havia setores [internos ao MS] que não acreditavam muito né? Não é que faziam oposição, mas tinha um corpo mole, uma certa descrença daquele modelo, que certamente adivinha da pressão da corporação para não fazer né? (E. h)

Nota-se constrangimentos institucionais quando os atores evitam decidir por medidas que interferem no *status quo* da Medicina ou em outros instituídos, como, por exemplo, a resistência em permitir mudanças nas normas vigentes relacionadas à imigração e ao trabalho de estrangeiros no país, ao estabelecimento de vinculação pública com um estrangeiro sem ele estar naturalizado e sem concurso ou em permitir exceções nos regimes previstos de contribuição previdenciária para brasileiros e estrangeiros bolsistas. Foi importante a atuação dos Empreendedores do PMM para superar cada resistência, mas não teria sido suficiente para desbloquear a formulação do PMM sem o poder da Presidenta e apoio ativo do núcleo do governo (E. b; h; o). Importante observar que no presidencialismo brasileiro é destacado o poder do Presidente da República. Se isso é observado na capacidade de formar a agenda e aprovar as matérias que têm seu interesse prioritário no Poder Legislativo, mais ainda quando o assunto é a capacidade de influenciar na formação da agenda e formulação de outros espaços institucionais do próprio poder Executivo. Soma-se a isso o fato de os dois Ministérios mais importantes na entrada na agenda governamental do PMM estarem sob a direção do mesmo partido da Presidenta (SANTOS, 1997; BATISTA, 2013; LIMONGI e FIGUEIREDO, 2009; RUTLEDGE, 2016). Além desse fator mais geral, havia ainda o elemento contingente do envolvimento da Presidenta Dilma com o tema e a sua determinação em implementá-lo quando as circunstâncias fossem favoráveis. No MS, os empreendedores conseguiram contornar as resistências em todas as áreas mais centrais à formulação do PMM. A priorização dessa agenda, a liderança de Padilha no MS, incluindo as áreas meio, e a substituição de Arruda por Sales, foram elementos decisivos para garantir isso (E. b; h; o; q), como mostram as falas seguintes

O secretário (da Sgtes) estava meio emparedado, pois ele estava muito ligado às entidades médicas, (...) chegou no limite. Naquele momento em que trocou o Milton Arruda pelo Mozart é que começou a avançar. Porque o Provab foi com o Milton, só que foi meio empurrado goela abaixo (E. h)

Padilha ter colocado isso como prioridade de gestão (...) ter feito o próprio convencimento dentro do Ministério, pois não eram todos os setores do Ministério que estavam convencidos quanto a isso, então certamente é a figura chave (E. b)

O MEC, que tinha tido uma posição de resistência de 2003 a 2010, passou por

mudanças: Haddad deixou o Ministério e a Presidenta nomeou Aloísio Mercadante para o cargo já indicando que uma de suas missões era a formulação e implementação do PMM. Dirigente do MEC relata este episódio “a presidenta chama o Ministro e fala: então Aluísio, você vai começar a participar [do PMM]” (E. p). Na primeira vez que Mercadante foi Ministro da Educação, sua gestão, de janeiro de 2012 a fevereiro de 2014, abrangeu o período de formulação, lançamento e início de implementação do PMM. Ao assumir, manteve o Secretário Executivo, Henrique Paim, que viria a lhe suceder em 2014, mas nomeou novos dirigentes na Sesu, no Inep e, depois, na Seres, os três órgãos do MEC mais importantes na formulação e implementação do PMM. Dentre os dirigentes designados para coordenar o processo de formulação, destaca-se Messias, considerado um dos Empreendedores do PMM, foi nomeado Consultor Jurídico do MEC, foi responsável pelo primeiro esboço da MP do PMM e, ainda em 2012, tornou-se o dirigente da Seres com a tarefa de promover a expansão das vagas nas IES privadas.

Contudo, o processo seguiu tendo fortes resistências internas no MEC. Dirigentes relataram que era preciso o MS ‘empurrar’ o MEC e, não raro, acionar sua direção ou a Casa Civil para superar obstáculos (E. b; c; e; k; m; q). Além da relação estrutural das organizações profissionais com o MEC, discutida no capítulo 3, outro motivo apontado pelos entrevistados, era a atuação interna de um grupo responsável pela área de ‘assuntos médicos’ que havia se constituído desde os anos 1990, quando o MEC absorveu lideranças identificadas com as entidades médicas que se destacaram no movimento capitaneado pela Cinaem. Teria havido um processo de cooptação de sujeitos mais ‘moderados’, aos olhos do Governo FHC, quando comparados com as lideranças que eram ligadas à Comunidade Movimento Sanitário (E. e; k; n; q). Entrevistado ligado à Rede Temática Educação Médica expressa essa dificuldade da direção do MEC conformar a posição do conjunto da instituição: “o Mercadante (...) quando chega lá, já encontra esse grupo que era sempre muito forte em qualquer governo. (...) Está lá desde o [Ministro] Paulo Renato (...) um grupo extremamente conservador” (E. e). A atuação e força da Comunidade Medicina Liberal foi analisada também por dirigente do MEC, que revelou que era sabido pela direção do Ministério que essa influência era maior na Sesu e que houve tentativa de contrabalançá-la

O MEC é um ente complexo (...) e tem um peso muito grande, via Sesu, das corporações. (...) A elite do sistema médico está nos cursos federais de Medicina, (...) [e tem] uma força muito grande. (...) O que levou a uma condução equilibrada

do programa foi a segregação que o MEC fez (...) [entre a Sesus e] a Sesus, que conduzia o programa dentro de uma lógica mais estatal e menos influenciada pela intenção corporativa (...) O mandato conferido pelo Ministro e pela Presidenta, era tocar o Programa [Mais Médicos] (...) e equilibrar o jogo (...) [com] negociação dura com a Sesus (E. p).

Alguns entrevistados identificaram ainda dois processos que aconteceram em 2013 e foram centrais para que posições e comandos da direção conseguissem desbloquear e conformar ações do MEC necessárias à formulação e implementação do PMM: a nomeação de mais dois dirigentes, comprometidos com esse objetivo e identificados como Empreendedores do PMM e a criação de órgão ao qual foram atribuídas responsabilidades de implementação do PMM em lugar dos tradicionais locais que tratavam os ‘assuntos médicos’. Paulo Speller foi nomeado para a Sesus e Vinícius Rocha para a recém criada Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (Ddes) da Sesus⁴⁶. O primeiro, sem histórico de atuação e vínculos com o subsistema saúde, o segundo, ex-Denem, ex-coordenador de curso de Medicina e vinculado à Comunidade Movimento Sanitário. Ambos identificados como Empreendedores do PMM que, para implementarem o Eixo Formação, tiveram de entrar em conflito com quadros e áreas do MEC mais influenciados pela Comunidade Medicina Liberal e que atuavam bloqueando a construção do PMM (E. b; c; e; o; q).

Havia também dificuldades institucionais relevantes relacionadas à implementação do recrutamento internacional de médicos. Sabia-se que seria necessário promover mudanças legislativas e, portanto, o Congresso Nacional seria uma das arenas da política. A formulação dessa proposta de mudança foi foco do primeiro semestre de 2012 e resultou na apresentação de uma primeira minuta de MP que foi a base da legislação do PMM. As equipes do MS e MEC trabalharam em conjunto formulando, a partir de normativas já existentes, dispositivos que permitissem o pagamento de bolsas para médicos estrangeiros e a autorização do exercício profissional provisório de médicos formados no exterior, brasileiros ou estrangeiros, para atuar em locais determinados. As falas seguintes de dirigentes do MEC e MS expressam esse esforço

Um desafio era encontrar uma institucionalidade que desse suporte jurídico. (...) a primeira minuta da MP do Mais Médicos foi feita no MEC. (...) Com estrutura de supervisão, registro provisório, atuação exclusiva em localidade designada pelo Ministério da Saúde. Esse formato foi definido em 2012. (...) Padilha falou ‘eu acho

⁴⁶ Criada pelo Decreto nº 8.066, de 7 de agosto de 2013, essa Diretoria assumiu diversos papéis no PMM.

que isso aqui resolve’, mas ficou lá na gaveta e a gente ficou avançando na questão do diagnóstico, porque ali já tínhamos o coração e o cérebro da minuta (E. p).

Tinha a experiência do Provac e é uma experiência e prática já consolidada na área médica, a do ensino em serviço. (...) Tinha a questão já prevista na própria legislação [do CFM] que é esse médico estrangeiro visitante (E. h)

[A autorização da atuação do médico estrangeiro baseou-se em] resolução do CFM que permitia o exercício da Medicina no Brasil de maneira supervisionada, sem o sujeito revalidar (E. o)

É objetivo do próximo capítulo aprofundar na análise do processo de formulação e do desenho do PMM. No referido capítulo interessa destacar o papel que a estruturação dessa norma teve na superação de constrangimentos institucionais à construção do PMM. Assim, a formulação, além de visar a operacionalização do Programa, buscou um formato que se baseava em normas consolidadas, cuja legitimidade pudesse ser evocada no debate público que seria travado no Congresso e na sociedade e que conferisse uma base jurídica robusta capaz de suportar ações contra o PMM na justiça. Diferente de 2003 a 2010, o núcleo do governo decidiu propor uma mudança legal ao Congresso, enfrentar o debate e disputa decorrente disso e trabalhou para dar a ela o formato mais viável e estratégico possível. Mas, além da norma, era preciso mobilizar os recursos necessários à operacionalização do PMM, tanto os financeiros quanto o grande contingente de médicos a serem recrutados e a rede de supervisão e formação médicas que a grande escala demandaria. Em 2012 e 2013, o orçamento federal ainda não sofria os efeitos do ajuste fiscal decorrente da crise econômica internacional. Esse foi um fator que favoreceu a realização do Programa por não ter havido, de partida, um entrave de natureza financeira⁴⁷. Com relação à rede de supervisão e formação médica, a experiência do Provac foi ‘capacitante’ porque sabia-se que, em apenas um ano, o MS havia conseguido ampliar em quase dez vezes essa estrutura no Provac. No PMM era prevista inicialmente uma necessidade três vezes maior, mas o MS teria a vantagem de contar com mais apoio do MEC.

Outra questão imprescindível é que o recrutamento internacional de médicos teria que funcionar, porque não se concebia ‘comprar essa briga’ e não conseguir atrair médicos estrangeiros em número suficiente para atuar nas áreas subatendidas priorizadas ou ter um

⁴⁷ No auge, o PMM demandava 3,44 bilhões de reais (3,91 bilhões em valores corrigidos a dezembro de 2020 pelo IPCA), considerando os orçamentos do MS e MEC (3,26 do MS). O equivalente a 15% do orçamento da atenção básica e 2,7% de todo o MS (SIOPS).

resultado na mesma escala do Provab. Atentos a isso, os Empreendedores do PMM realizaram estudos e projeções, visitaram países com experiências consideradas de sucesso, realizaram reuniões com organizações multilaterais de saúde, com associações médicas internacionais e diversos países buscando identificar contingentes de médicos recrutáveis e modos de atraí-los. As viagens e diálogos com atores nos países ibéricos, por exemplo, são justificadas pela intenção e expectativa de conseguir atrair médicos da Espanha e Portugal por uma série de motivos: facilidade de comunicação, experiência em atenção básica, alta proporção de médicos por habitante e grande emigração de médicos por causa da crise econômica. Mas a aposta na adesão individual de médicos ao Programa era muito incerta. Buscava-se acordos entre países para pactuar medidas que envolvessem grandes contingentes de profissionais. Com Portugal negociava-se um acordo de reconhecimento mútuo dos diplomas médicos. Na América, a existência da OPAS era uma oportunidade por sua expertise em recursos humanos em saúde, sua relação de décadas com o Brasil e o fato de já haver um termo de cooperação vigente entre MS e OPAS. Por meio dela, seria possível desenvolver cooperação com um ou mais países da América sem precisar criar com cada país uma cooperação bilateral que demandaria tempo de elaboração e aprovação no Congresso Nacional. Contudo, embora a proporção de médicos por habitante do Brasil estivesse bem abaixo da média dos 34 países da OCDE, dentre os 35 países da América, só 9 tinham média maior que a brasileira⁴⁸. Com o objetivo de não atrair profissionais de países com maior escassez que o Brasil e baseando-se no Código de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde, do qual o Brasil é signatário, definiu-se que do PMM não poderiam participar médicos de países cuja proporção fosse menor que a brasileira. Embora tenha-se tentado com alguns países, só foi possível fazer acordo de cooperação para intercâmbio de médicos com Cuba, compondo uma relação tripartite Brasil-OPAS-Cuba (OLIVEIRA e PINTO, 2018; E. b; e; h; m; o; p).

Cuba estabelece cooperações dessa natureza desde 1963. Em 2013, o país caribenho já havia desenvolvido acordos de cooperação com mais de 67 países nos diversos continentes. Com, aproximadamente, sete médicos por mil habitantes naquela ocasião, Cuba tinha uma das maiores proporção de médicos do mundo e um modelo institucional que tornava possível

⁴⁸Em ordem da maior para a menor proporção de médicos por habitantes, até o ano de 2013: Cuba, Argentina, Uruguai, Trindade e Tobago, Porto Rico, Costa Rica, EUA, México e Canadá (BRASIL, 2015; WHO, 2020).

mobilizá-la por meio de cooperação (GRUNDY e BUDETTI, 1980; OLIVEIRA e PINTO, 2018; WHO, 2020). O governo considerou essa possibilidade no fim dos 1990, quando alguns estados brasileiros trouxeram médicos cubanos e, depois, novamente no início do Governo Lula, conforme tratado nos capítulos 3 e 4, respectivamente. A cooperação com Cuba foi uma espécie de ‘trunfo’, um recurso a ser utilizado para assegurar o êxito do recrutamento, mesmo que a adesão de médicos brasileiros - que não tinha fatores novos para ser maior que a do Protab - e de médicos brasileiros e estrangeiros formados no exterior - que ainda não havia sido testada - não alcançassem o volume pretendido. O governo brasileiro dialogou com o cubano e com a OPAS para identificar qual o contingente de médicos que seria possível mobilizar, caso necessário, e como isso seria feito respeitando as legislações de cada país e as normativas da OMS, ONU e Organização Internacional do Trabalho (OLIVEIRA e PINTO, 2017; E. a; b; h; m; o; p). As falas seguintes de dirigentes do MS expressam o que foi apontado

A possibilidade dos médicos cubanos, em última instância, foi decisiva [para que] o PMM fosse desse formato (E. h).

Qual era a oferta real que Cuba poderia oferecer? [Precisávamos saber] quais eram os recursos que de fato nós teríamos para enfrentar algo que seria tão forte, tenso e polêmico (E. m).

Tinha a solução para o problema, (...) um conjunto de brasileiros formados fora, que não tinha espaço de revalidação e atuação no Brasil e uma pressão imensa deles para atuar. (...) E tinha um país (...) que tinha relação com 57 países, expertise na atenção básica e programa de provimento no mundo inteiro, que é Cuba. Que tem médico em abundância? (...) Ninguém tem isso no mundo inteiro. Só Cuba (E. o).

Contudo, 2012 era ano de eleições municipais e esse era o foco dos prefeitos e secretários, atores decisivos para a implementação local do PMM. Além disso, como visto no Capítulo 3, experiências anteriores, como o Pisu, mostraram que era um preditor de insucesso implementar políticas ‘governo municipal dependentes’ em períodos de transição de gestões. Havia, ainda, o receio da contaminação política do processo. Os Empreendedores do PMM queriam construir uma política que qualquer prefeito, independentemente de sua ideologia e partido, quisesse aderir (E. m; o). Perguntado sobre o principal fator para a não implementação do PMM em 2012, dirigente do MS apontou a ocorrência das eleições municipais no fim de 2012 e a perspectiva de mudanças nas gestões municipais:

Era um programa que a implementação dependia muito dos governos municipais. (...) Em que medida era possível implementar um programa como esse no meio de uma eleição municipal? (...) A chegada dos médicos iria acontecer no meio da eleição, como é que você poderia contar com os gestores municipais para isso?

Risco da descontinuidade e de uma certa contaminação da chegada desses profissionais (...) por conta das eleições (E. m).

Com as principais resistências tendo sido superadas ou contornadas, com estratégias de mudanças institucionais e de mobilização de recursos desenvolvidas, com uma decisão consolidada no governo, aguardava-se passar as eleições municipais e a posse dos novos prefeitos para implementar o PMM. Contudo, 2013 se aproximou e chegou e o núcleo do governo não definia um plano nem apontava uma data de lançamento. Foi necessário que os Empreendedores do PMM desenvolvessem um conjunto de estratégias para tentar provocar a decisão de lançamento do Programa e que eventos externos, alheios à intencionalidade e governabilidade do governo, acontecessem para, finalmente, resultar no lançamento do PMM em julho de 2013. Este será o foco da próxima seção.

5.5 O LANÇAMENTO DO PMM: PRODUÇÃO, ACONTECIMENTO E OPORTUNIDADE

Embora na literatura que analisa o PMM a explicação mais frequente associe as ‘jornadas de junho’⁴⁹ à entrada na agenda governamental e criação do PMM, nossa pesquisa nos leva a discordar dessa perspectiva. Primeiro porque mostramos que há fatores muito importantes anteriores a 2013 que devem ser analisados, como a mudança de governo em 2011, as características, objetivos e agenda dos novos dirigentes, o agravamento e aumento da percepção do problema, o processo incremental de construção das soluções que cada vez mais propunham-se a enfrentar o *status quo*, e a ação de superação de constrangimentos institucionais que tinham impedido até então a criação de soluções similares. Segundo porque há outros fatores em 2013 que também contribuíram para o contexto favorável ao lançamento do PMM e que serão objeto desta seção.

⁴⁹ Manifestações populares que tomaram as ruas de todo o país em meados de 2013, disparadas inicialmente por movimentos com reivindicações relacionadas à mobilidade urbana e que depois envolveu grandes contingentes populacionais e ganhou forte apoio popular. Abrangeu diversos temas, tais como a crítica aos gastos da Copa do Mundo de futebol, à qualidade dos serviços públicos e à corrupção. Reivindicou serviços públicos de qualidade, e desenvolveu forte sentimento de rechaço à política e aos governos constituídos.

No fim de 2012 e início de 2013, mesmo com a formulação bastante avançada e com grande parte da viabilidade administrativa construída, não era tomada a decisão de implementação do PMM. Sua formulação era sigilosa porque sabia-se que não havia margem de acordo com a Comunidade Medicina Liberal. O Provab já ultrapassara o limite do que ela admitia. Havia um cálculo estratégico que considerava que quanto mais tempo fosse o *interim* entre o debate público do Programa e seu lançamento, mais tempo teria esta Comunidade para atacá-lo antes que esse discurso pudesse ser contrabalançado pela percepção da população dos benefícios concretos que o Programa lhe traria. Sobre isso trata dirigente de órgão importante de execução do PMM:

No Governo Federal eu nunca vi uma coisa assim. (...) Porque você manter em sigilo uma operação como essa. (...) Eu não sabia de nada até cinco dias antes (...) Se o CFM e AMB tivessem ficado sabendo disso antes, tinham bombardeado (E. c)

Mesmo assim, informações vazavam porque começaram a ser feitas reuniões com atores chave do sistema político e do subsistema saúde, tanto para responder à crescente cobrança por médicos quanto para angariar apoio político. Dirigentes do MS identificaram que o principal fator que impedia a decisão nesse período era a influência da Comunidade Medicina Liberal diretamente sobre a Presidenta e pessoas próximas a ela. Os relatos a seguir tratam desses temas

Dezembro de 2012, viajando para o Congresso Mundial de Saúde Pública em Cuba, quando o Mozart apresentou no avião a primeira versão (...) do que seria no futuro apresentado como Mais Médicos. Tinham deputados, senadores, representantes do Conass, eu estava representando o Conasems. Então a percepção foi assim, caramba vem aí finalmente alguma iniciativa governamental mais robusta, mais direcionada, pra atender diretamente essa questão (E. a)

A Presidenta ficou indo e vindo, sem ter clareza sobre essa decisão. Começou a ter alguns processos em curso com uma parte das entidades médicas (...), mas a própria Presidenta começou a ouvir de alguns médicos e figuras ligadas a ela a advertência de quanto isso seria (...) mal aceito por parte da categoria médica, e isso deu a proporção da guerra que teria em torno disso. (...) Padilha quando ia pra alguma audiência com ela (...) e ele chegava, a gente ia tendo retorno: ‘esquentou, ela está mais animada, está achando que vai dar’, ou dizia ‘esfriou’ (E. o)

Chegou o momento em que eu lembro que o Padilha disse ‘não vai sair porque tá tendo muita pressão por conta de médicos que atendem a Dilma e as entidades médicas estão indo para cima, então não vai sair’ (E. h)

A posse e início da gestão dos novos prefeitos foi uma oportunidade aproveitada pelos Empreendedores do PMM para contrabalançar a pressão dessa Comunidade e tentar construir as condições de lançamento do Programa. Diversos entrevistados apontaram que Padilha ter sido Ministro da SRI, ter uma equipe vinda de lá, inserida em uma rede de relações com parlamentares, governadores e prefeitos, e de serem muito próximos da direção da SRI foi decisivo para que as entidades nacionais de prefeitos – Frente Nacional dos Prefeitos (FNP), Associação Brasileira de Municípios (ABM) e até a Confederação Nacional de Municípios (CNM), cuja direção era ligada aos partidos de oposição ao governo federal – colocassem na agenda a falta de médicos e pressionassem o governo federal por uma solução (E. b; h; m; o; q; r). Os frutos não tardaram. A FNP lançou a campanha ‘Cadê o Médico’ que cresceu e produziu diversas ações de janeiro até o anúncio do PMM em junho. Em janeiro, no evento ‘Encontro com novos prefeitos e prefeitas’ do governo federal tratou-se da importância da questão da insuficiência de médicos. A Presidenta comprometeu-se publicamente com a construção de uma solução efetiva e foi entregue a ela o abaixo-assinado da campanha ‘Cadê o Médico’. Em maio, a Presidenta declarou aos prefeitos que, se fosse necessário, traria médicos estrangeiros para atender a população. Na marcha anual dos prefeitos, a exigência de uma solução foi tema prioritário e o abaixo-assinado já contava com milhares de assinaturas. Dirigentes do MS tratam desse processo e seus efeitos

A campanha, ‘Cadê o Médico?’, foi um componente fundamental de pressão para o conjunto do governo para tomar uma decisão sobre o Programa e de mobilização política prévia ao lançamento do Programa. (...) No encontro da FNP no mês de maio, a Presidenta, pela primeira vez, fala publicamente com os prefeitos que, se fosse necessário, ela iria autorizar a entrada de médicos de fora do país (E. m)

No começo de 2013, houve uma decisão dela [Dilma] mais forte e fez com que os outros ministérios atuassem de forma mais intensa [na formulação do PMM]. [Isso se deve também à] marcha dos prefeitos, (...) articulação que o Padilha tinha com o conjunto dos prefeitos, (...) e tinha ficado lá na SRI o Olavo [Noletto, Subchefe de Assuntos Federativos da SRI] e o pessoal. (E. o)

No primeiro semestre de 2013, frente aos compromissos assumidos pela Presidenta com os prefeitos, MS e MEC, com participação de diversos outros ministérios, retomaram a formulação do PMM e de sua Medida Provisória (MP), planejaram o escalonamento do provimento médico e atuaram para garantir dois recursos estratégicos decisivos: a ‘reserva de médicos’ que seria necessária caso a demanda dos municípios fosse maior que o número de médicos brasileiros e estrangeiros que aderissem ao Programa e o apoio político para a

batalha que se avizinhava. Avançou-se na construção da Cooperação com a OPAS e Cuba. Aconteceram missões do governo brasileiro à Cuba e foi construído um plano com a previsão de envios de médicos para o caso de ser necessário suprir demanda não atendida. A MP exigiria uma formação inicial, o ‘Acolhimento’, para preparar os médicos estrangeiros para atuar no SUS, cuidar de problemas sanitários específicos do Brasil e avaliá-los quanto ao uso da língua portuguesa. Então foram feitos pilotos desses Acolhimentos em Cuba, tanto para ter um contingente pronto para atuação, quanto para testar formatos que foram depois organizados em larga escala. Quanto ao apoio político internacional, em abril de 2013, o MS levou grande delegação à Assembleia Mundial de Saúde da OMS, que atuou em reuniões de entendimento com delegações de diversos países, participou de fóruns internacionais de recursos humanos, propôs e participou da construção de resoluções sobre o tema (OLIVEIRA e PINTO, 2018; E. b; o; q). Os Empreendedores do PMM atuaram também dialogando com atores chave no Parlamento para viabilizar a aprovação de uma MP que poderia ser enviada a qualquer momento (E. h; o; q). As falas seguintes tratam disso

A gente ampliou a articulação com a OPAS tanto que em fevereiro 2013, a gente mandou um conjunto de médicos professores e preceptores de atenção básica do Brasil para Cuba, para fazer processo de formação de alguns médicos cubanos (...) então isso tudo foi estratégia. (...) Em maio de 2013, na Assembleia Mundial de Saúde da OMS, a pauta prioritária da delegação brasileira foi toda em cima de recursos humanos em saúde (...). Fizemos um *workshop* com a *Global Work Professional Health* [GWA], a aliança global para os profissionais de saúde, que era articulada com a OMS. (...) em 2013, o maior evento de recursos humanos em saúde do mundo foi feito em Recife, em novembro (E. o)

Antes mesmo do discurso dela [anúncio do PMM na TV pela Presidenta] a gente começou a fazer essas reuniões com as bancadas [parlamentares] (...) [Depois da] reunião da FNP, estava claro o que ela ia fazer o anúncio que ela fez na TV e o encaminhamento da MP ao Congresso. Teve essa conversa com todas as bancadas: como deveria ser? qual o desenho? Isso foi muito importante! (E. m)

A pressão da Comunidade Medicina Liberal cresceu muito em maio, no mês que antecedeu o anúncio do PMM, provocadas pelas declarações públicas do então Ministro de Relações Exteriores. Foi revelado que os governos do Brasil e Cuba estavam planejando a vinda de “6 mil médicos cubanos para atuarem nas regiões brasileiras mais carentes”, tendo o ministro, Antônio Patriota, declarado: “estamos nos organizando para receber um número maior de médicos aqui, em vista do déficit de profissionais de Medicina no Brasil. Trata-se de uma cooperação que tem grande potencial e à qual atribuímos valor estratégico” (GIRALDI,

2013). Havia uma previsão de lançamento do PMM após a Copa das Confederações, mas a mudança abrupta do contexto político é o que fez ser tomada a decisão de anunciá-lo em meio as ‘jornadas de junho’ (E. b; e; h; m; o; p; r; q). As falas desses dois dirigentes expressam o que foi afirmado pelos dirigentes do MS e MEC entrevistados:

A gente teve reunião com ela [Presidenta] na quarta feira de cinzas de 2013, ela falava da possibilidade de implantar o Programa. Depois a gente teve alguns debates ao longo de 2013. Chegou-se a falar numa data, que era entre a visita do Papa e a Copa das Confederações, para que fosse lançado o Programa. Mas aí teve aqueles episódios de junho de 2013, que (...) precipitaram a decisão (...) a Presidenta tomou a decisão, [e fez] o pronunciamento (E. o)

(...) O disparo final foram as manifestações de 2013, (...) já tinha a decisão da Presidenta em lançar o programa, mas sem dúvida alguma, as manifestações em 2013 criaram a oportunidade final e o clima político para lançar (...). A gente sabia desde o começo que geraria muita polêmica, muito enfrentamento político sobretudo com algumas lideranças das entidades médicas (E. m)

No dia 21 de junho, em pronunciamento em cadeia nacional (PRESIDÊNCIA, 2013a), a Presidenta declarou que tinha a “obrigação” de “ouvir a voz das ruas”, que “as pautas dos manifestantes ganharam prioridade nacional”, que a “mensagem” era a exigência de “serviços públicos de mais qualidade” e, dentre eles, “atendimento de saúde de qualidade”, e que era necessário “aproveitar o vigor destas manifestações para produzir mais mudanças” que beneficiassem “o conjunto da população brasileira”. Comprometeu-se a conversar “com os chefes dos outros poderes” para somar esforços para “um grande pacto em torno da melhoria dos serviços públicos”, cujo foco seria “a elaboração do Plano Nacional de Mobilidade Urbana”, a “destinação de 100% do petróleo para a educação” e “trazer de imediato milhares de médicos do exterior para ampliar o atendimento do SUS”. As entidades médicas organizam protestos e divulgam, em 26 de junho, carta aberta à população contra o PMM (CRM-PR, 2013). No discurso de lançamento do ‘Pacto Nacional pela Saúde’, em 8 de julho, que incluía o PMM, depois de mais de quinze dias de forte reação da Comunidade Medicina Liberal, a Presidenta disse que era seu dever “governar para todos” e, “para atender a todos”, o governo iria implementar aquelas ações “sem medir esforços, sem temer desafios, sem ter medo de lutar pelo que for preciso” “olhando sempre” “para aqueles que mais precisam” (PRESIDÊNCIA, 2013b), argumentando, de forma aberta, sobre qual interesse seria priorizado e opondo o da população em geral ao da Comunidade Medicina Liberal.

Mas o que mudou no contexto político que favoreceu essa decisão de lançar o PMM? De um lado é necessário perceber que, dentre as tantas pautas das ‘jornadas’, destacavam-se

justamente reivindicações relacionadas à melhoria da mobilidade urbana e dos serviços de educação e saúde. Esse momento de mobilização e expressão de necessidades de grande parte da sociedade deu oportunidade ao governo de propor uma solução que pudesse responder a uma necessidade ‘perceptível’, ‘abrangente’ e ‘próxima’ e que já estava formulada, portanto, poderia ser implementada sem demora. Fez isso contrapondo esse interesse mais geral – ter melhores serviços de saúde, o que incluía contar com atendimento médico nesses serviços - a interesses mais particulares e corporativos que, até então, bloqueavam essas soluções. Os discursos da Presidenta identificam a melhoria dos serviços de saúde como uma questão de interesse geral demandada pelas ruas, articula isso à proposta do PMM como um modo de enfrentar imediatamente a insuficiência de médicos e deixa evidente que enfrentará as resistências olhando para aqueles que mais precisam (PRESIDÊNCIA, 2013a; 2013b). Diversos autores também reconhecem que a ampliação do debate público sobre a questão da insuficiência de médicos possibilitou ao governo enfrentar em melhores condições a oposição da Comunidade Medicina Liberal (PINTO et al., 2014; MACEDO et al., 2016; COUTO; SALGADO; PEREIRA, 2015; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016; RIBEIRO; PELEGRINI; RODRIGUES; 2017).

De outro lado, mais que algo importante a ser feito em um momento oportuno, a implementação do PMM tornou-se uma necessidade. O governo precisava tentar responder rapidamente ao enorme desgaste político que sofria. As ‘jornadas’ tiveram um caráter de antipolítica e de contestação dos poderes instituídos que fez desmoronar a popularidade dos titulares das várias esferas de governo a um ano do início das campanhas para as eleições de 2014. Para Miguel (2019, p.103-104), quando a “Presidenta se manifestou em rede nacional de televisão” e propôs os ‘Cinco Pactos Nacionais’ em resposta às manifestações populares, sua preocupação “e de seu círculo era reduzir os danos até as eleições presidenciais do ano seguinte”. Os “índices de ‘popularidade’ medidos por pesquisas de opinião caíram vertiginosamente” e isso fez com que “a elite política tradicional, independentemente da coloração partidária”, lesse “as manifestações pela chave do cálculo eleitoral” (MIGUEL, 2019, p. 104). Por fim, importante observar que a decisão do lançamento do PMM não foi tomada com a participação dos Empreendedores do PMM, como deixam claro os depoimentos de dois deles

Estava assistindo TV aqui em casa. (...) Estava tudo pronto, mas estava na Casa Civil hibernando. (...) Aí a Dilma foi fazer um pronunciamento e aí ela anunciou: -

nós vamos trazer médicos estrangeiros. Eu lembro que eu dei um pulo. Eu soube pela Presidenta da República que finalmente iria ter o Mais Médicos (E. h)

Mozart estava viajando, então não tinha como voltar tão rapidamente [para Brasília]. [Havia] certa perplexidade em todo mundo que estava planejando o programa há muito tempo e não sabia que isso sairia no discurso da Presidenta. (E. b)

Processos posteriores ao anúncio, como a formulação da MP e da Lei de Conversão, a ação dos atores para intervir nesse processo e outros fatores relacionados à formulação e à implementação inicial do PMM serão analisados no próximo capítulo. Na próxima e última seção tenta-se responder à questão: o que tornou o Mais Médicos possível?

5.6 O QUE TORNOU O PMM POSSÍVEL?

Aparentemente, o PMM foi uma formulação às pressas surgida para responder às ruas nas ‘jornadas de junho’ em 2013, contudo refutamos essa tese. A construção do Programa assemelha-se mais a um desenvolvimento progressivo no subsistema saúde que extrapolou para o sistema político, que um ‘raio em céu azul’, a intervenção inesperada de uma fator exógeno. Alguns estudos sobre a entrada na agenda governamental do PMM (MACEDO et al., 2016; COUTO; SALGADO; PEREIRA, 2015; RIBEIRO; PELEGRINI; RODRIGUES, 2017) focaram no contexto de 2013 como se sua decisão e formulação tivessem acontecido próximas ou junto ao seu lançamento. Há perdas à análise quando se deixa de perceber que a entrada na agenda governamental e formulação do PMM começou antes de 2013 e quando se separa da entrada na agenda e formulação de outras políticas anteriores a ele, em especial, o Provac. É possível dizer que o PMM era uma alternativa ao Provac e evoluiu junto com ele. Sua formulação foi sigilosa, praticamente não resultou em documentos públicos antes de ser anunciado. Seu lançamento, de outro lado, surpreendente para a maioria dos observadores, teve alta visibilidade, conflito e relevância na esfera pública. Essas características podem estar relacionadas a vieses nas análises que valorizaram o que era novo em detrimento de diversos elementos de continuidade e que, por terem usado apenas análise documental, não conseguiram rastrear processos importantes relacionados à sua decisão e formulação anteriores a 2013.

Um elemento subvalorizado na análise da entrada na agenda governamental do PMM que a pesquisa mostrou ser central é o modo como evoluiu ao longo do tempo a questão da qual trata o PMM. Embora a insuficiência de médicos esteja de algum modo presente na

agenda de discussão do governo desde os anos 1960, mostrou-se que ocorreram mudanças em suas características e no modo como passou a ser percebida e tratada nesse período. Fatores sociais e econômicos, o crescimento do subsetor saúde, a política pública expansiva do SUS, o menor crescimento proporcional da formação de médicos, o aumento do desequilíbrio entre demanda e oferta de médicos e a falta de intervenção específica no problema agravaram a insuficiência de médicos que passou a condicionar a expansão dos serviços de saúde, a principal agenda governamental no início do Século XXI. Soluções que antes conseguiam contorná-la, como o aumento dos recursos alocados para atrair médicos, inflacionaram o mercado de trabalho e ficaram cada vez mais dispendiosas e menos eficazes, deixando de conseguir atender a populações com acesso deficitário e prejudicando o funcionamento de serviços já existentes. Com tudo isso, essa questão, conhecida e acompanhada no subsistema saúde há décadas, evoluiu enquanto um problema político, ganhou a atenção da Presidenta Dilma já na campanha e foi pautada com prioridade pela nova gestão. Evidências da entrada dessa questão na agenda estão nos discursos de posse de Dilma e do Ministro Padilha, na definição de objetivos e metas nos instrumentos oficiais de planejamento, em resoluções do controle social do SUS e em debates, seminários, estudos e pesquisas sobre o tema.

A existência da questão em si não explica a construção da política porque ela já era conhecida e já havia provocado a formulação de soluções. A ação dos Empreendedores do PMM foi decisiva para tornar essa questão uma prioridade do núcleo do governo e dar aos problemas relacionados a ela uma determinada conformação, no sentido apontado por Côrtes e Lima (2012, p. 46) para quem os atores “constroem determinadas problemáticas, formulam certas explicações e soluções para elas e apresentam-nas à esfera política com o objetivo de inserir esses problemas e, também, as explicações e propostas de solução, na agenda governamental”. É interessante notar que os Empreendedores do PMM conformaram o problema nos termos de insuficiências qualitativas e quantitativas relacionadas aos profissionais médicos e à sua formação. De um lado, ele não foi conformado como queria a Comunidade Medicina Liberal, como um problema de modo de contratação de médicos que parte do pressuposto de que não há falta de médicos. Recorte, aliás, que foi o assumido no Governo Bolsonaro quando da proposição criação do “Médicos Pelo Brasil”, ainda sem implementação efetiva até a data de entrega desta tese. De outro lado, ele também não foi conformado com a amplitude de escopo com a qual o problema é tratado pelos especialistas em ‘recursos humanos em saúde’, no Brasil e no mundo ou pela Comunidade Movimento

Sanitário. A questão tematizada não foi as insuficiências na atenção à saúde e nem se partiu do pressuposto de que algumas práticas médicas podem não ser feitas somente por médicos. Se o caso tivesse sido este, poderiam ter sido propostas soluções voltadas para a qualificação da atenção multiprofissional ou mesmo para a ampliação do escopo de práticas de outros profissionais de saúde. Soluções também muito presentes na literatura internacional e que figuraram entre as propostas apresentadas no Governo Lula, como tratado no capítulo anterior. Seja porque os constrangimentos institucionais são ainda maiores quanto toca-se no tema do monopólio das práticas da profissão médica, seja pela trajetória de atuação dos Empreendedores do PMM ter tido maior foco em questões médicas, o problema foi conformado nos termos de insuficiências na oferta e formação médicas.

O processo de agravamento do problema e a atuação dos Empreendedores do PMM tentando dar mais visibilidade ao mesmo resultou, naquele ano de 2011, no aumento da ‘percepção’, ‘potência’ e ‘abrangência’ do problema da “falta de médicos” para gestores públicos, em especial, e para a população em geral. Isso foi importante para que os Empreendedores do PMM tivessem êxito em consolidar a ideia no núcleo do governo de que não seria possível ter impacto na saúde sem enfrentar esse problema. Argumentaram que além de condicionar as políticas prioritárias na saúde, era uma demanda política dos gestores municipais, estaduais e parlamentares, uma resposta que a população percebia como necessária e um obstáculo à melhoria da avaliação da população sobre a atuação do governo na saúde.

A literatura que analisa a entrada na agenda governamental do PMM dá pouca atenção à evolução da questão e trata-a como um problema antigo e, portanto, sem mudanças que possam explicar efeitos na entrada na agenda governamental do Programa. Mas o agravamento do problema é o segundo fator mais enfatizado pelos entrevistados quando indagados ‘o que tornou o Mais Médicos possível?’. A percepção do agravamento do problema e a possibilidade de o PMM resolvê-lo foi considerado fator decisivo para o apoio dado ao PMM por atores relevantes do subsistema saúde, núcleo do governo, prefeitos e população. As falas seguintes de dirigentes do MS expressam essa importância

a diferença [entre 2003 e 2011] é que esses problemas que a gente tinha tido naquela época que eram fatores limitadores, por exemplo, da ampliação da atenção primária, eles ficaram sem solução nesse período todo, e lá na época do Padilha isso transformou-se num, digamos assim, em um fator, não só limitador, mas impeditivo [para] (...)a garantia do médico. Por outro lado, (...) foi-se construindo uma visão

[dentro do governo] da necessidade disso, a sensibilização maior, mesmo que isso significasse bater de frente com um bocado de gente. (E. i)

se tiver que escolher [uma causa] acho que teve um peso muito grande o problema mesmo (...) da insuficiência [de médicos] e de tudo que já tinha sido feito para lidar com isso (E. b)

O fator considerado mais importante pelos entrevistados e o segundo mais destacado na literatura refere-se à mudança do governo em 2011 com o posicionamento institucional de novos atores no governo federal com objetivos, valores e ações que foram decisivos para que o Programa entrasse na agenda prioritária, fosse formulado, tomasse a decisão de implementação e fosse implementado. Na literatura predomina o trato do governo como um bloco unitário, não identificando empreendedores e nem diferenciando os atores que estavam no núcleo do governo, no MS ou no MEC, suas ações, relações e até conflitos entre si. A análise do protagonismo do governo varia desde trabalhos que atribuem grande poder de ação a ele, precisando de um ou outro acontecimento para garantir sua capacidade de impor a agenda (MACEDO et al., 2016), até aqueles que o percebem reagindo à conjuntura e tendo pouco protagonismo na formulação do Programa (COUTO; SALGADO; PEREIRA, 2015). As características do grupo que assumiu a gestão do MS em 2011 e a relação delas com a construção do PMM são pouco destacadas na literatura que analisou a entrada do Programa na agenda governamental. Mas está presente em algumas análises, principalmente da Saúde Coletiva (GOMES, 2016; ROCHA, 2017; SALES, 2017; SASSI, 2018; PAULA, 2018) e é mencionada em quase todas as entrevistas. Algumas dessas características eram semelhantes ao grupo que dirigiu o MS de 2003 a 2005 e que tentou priorizar essa questão no Governo Lula. Também era composto por sujeitos filiados ou próximos ao PT, com experiências em gestões do SUS, especialmente na esfera municipal, e integrantes da Comunidade Movimento Sanitário - que compartilha a posição de que é o SUS, e não o mercado ou as organizações profissionais que deve dirigir a regular, formação e provimento de médicos em função das necessidades da população. Outras características eram singulares: pessoas de uma geração mais recente da Comunidade Movimento Sanitário, atuação no movimento estudantil de Medicina e na Rede Temática Educação Médica, experiência em gestões do SUS, mas, também, na SRI. Além disso, parte importante do grupo tinha experiência e militância na área de formação, regulação e provimento médicos, um tema prioritário para um grupo que tinha ainda relevante capacidade de mobilizar apoio de uma rede com diversos sujeitos posicionados na linha de frente das organizações responsáveis pela implementação da

política, especialmente instituições de formação médica - o que foi importante na formulação e implementação do PMM.

Foi possível identificar sujeitos bem posicionados institucionalmente no MS, MEC e Congresso Nacional, que atuaram como Empreendedores do PMM, com alto grau de compartilhamento de ideais, valores e objetivos, pouco influenciados pela Comunidade Medicina Liberal e pouco comprometidos com formatos de soluções já consolidados na Comunidade Movimento Sanitário. Para a maioria dos entrevistados, a posição e atuação desse grupo e da Presidenta, nesta ordem, são os fatores mais relevantes a explicar a entrada na agenda governamental do PMM. A maioria dos entrevistados valorizou a atuação estratégica e persistente dos Empreendedores do PMM ao longo do processo, creditando ao Ministro Padilha um papel destacado dentre eles. Foram valorizadas a liderança do Ministro sobre a equipe e conjunto do MS, sua capacidade de articulação política e rede de relações que favoreceram o apoio de atores chaves no processo. Quando os próprios Empreendedores do PMM foram indagados, reconheceram-se nesse papel, destacaram a importância de Padilha, mas observaram que a ação dos mesmos não teria sido possível sem o posicionamento e ações decisivas da Presidenta Dilma, tanto na formulação do PMM a partir de 2012 e, mais ainda, na decisão de seu lançamento em 2013. As falas a seguir ilustram essas percepções

O Padilha [é] o grande articulador (...) com a capacidade política de conversar com Congresso, com a FNP, com governadores, deputados e senadores, de articular com o Gabinete da Presidência, de articular pra dentro do governo. O Padilha, seguramente esteve em mais de 15 jantares para discutir o Mais Médicos, discutiu com todas as bancadas, discutiu com bancada do norte, por partido, por segmento, por região, bancada contra, a favor. (...) [O MS teve que] duelar o bom duelo e ir construindo, aliançando passo a passo com esses 6 ou 7 ministérios e órgãos a ponto de colocá-los todos efetivamente na defesa do projeto, na construção das soluções jurídicas, administrativas e políticas, que dessem conta de gerar o arcabouço do Programa. Evidente que um processo dessa envergadura (...) não seria viável sem a determinação da Presidenta da República. (...) Ela com uma coragem cívica e política grande. (...) foi alertada por muita gente, de que não fizesse (...) teve a capacidade e coragem de fazer (E. o).

Estava almoçando com o [Ministro] Mercadante e ele estava falando do Mais Médicos: ‘mas o Padilha quis fazer aquilo a todo o custo!’ (E. h)

Os gestores municipais, prefeitos, secretários de saúde e suas associações são o segundo grupo de apoio ao PMM mais destacado, tanto nas entrevistas quanto na literatura. E o ator coletivo ‘organizações médicas’ é apontado nos trabalhos e entrevistas como o maior opositor ao Programa. Com exceção da pesquisa de Gomes (2016), os trabalhos não analisaram historicamente a posição na estrutura e atuação desse ator bloqueando, nas últimas

décadas, soluções similares ao PMM propostas pela Comunidade Movimento Sanitário. A maioria dos entrevistados destacam isso com muita clareza e atribuem parte importante dessa força à atuação de sujeitos que compartilhavam ideias e projetos com as organizações médicas em espaços estratégicos nas organizações governamentais.

Até aqui foram discutidos os dois fatores com maior importância nas explicações dos entrevistados sobre a construção do PMM: o agravamento de um problema que vinha evoluindo, sem solução adequada e cada vez mais relevante aos atores sociais e população, provocando e dando condições à ação de um novo governo com disposição e capacidade de colocar na agenda, decidir e implementar a solução PMM, enfrentando a resistência da Comunidade Medicina Liberal. Essa também é a essência da explicação de parte da literatura (SILVA, 2017; ROCHA, 2017; OLIVEIRA, 2018; SASSI, 2018), sendo acrescida de outros fatores tidos como contribuintes como legados institucionais de soluções anteriores e o contexto favorável de 2013. Mas somente esses dois fatores foram suficientes para promover a construção do PMM? Para responder, cabe comparar o período de 2011 a 2013 com o de 2003 a 2010. Percebe-se que não há diferenças significativas no posicionamento da Comunidade Medicina Liberal, contra, e da Comunidade Movimento Sanitário, a favor; que há uma diferença no grau na importância dada à questão; e que há a importante diferença sobre como a Presidência e direção do MS assumiram a questão e mobilizaram recursos sob sua governabilidade para construir o Programa. Inversamente ao período anterior, iniciaram com uma estratégia negociada com a Comunidade Medicina Liberal de ‘mudança em camadas’ e, quando essa via mostrou seus limites e não conseguiu enfrentar a situação, defenderam no governo e depois lideraram uma estratégia de ‘deslocamento’ superando os vetos e constrangimentos institucionais existentes (MAHONEY e THELEN, 2010). A análise de porque o PMM não foi possível antes, feita no capítulo anterior, mostrou que constrangimentos institucionais no MEC e no Congresso Nacional e a oposição (veto) da Comunidade Medicina Liberal foram fortes o suficiente, até então, para desestimular a decisão e bloquear soluções que alterassem o *status quo* da Medicina e de sua regulação. Com efeito, os achados da presente pesquisa mostram que o agravamento do problema e o posicionamento desses atores na direção do governo possibilitaram que a questão entrasse na agenda do governo, mas a formulação inicial do PMM exigiu ainda a superação de constrangimentos institucionais e a mobilização de recursos. Assim, é necessário analisar quais mudanças institucionais aconteceram de 2011 a 2013 e foram importantes na entrada na

agenda governamental do PMM. Fatores institucionais, tanto constrangimentos quanto recursos, embora mencionados nas entrevistas e em estudos, raras vezes ganharam a importância que a análise do processo mostra que tiveram.

Soluções similares ao PMM podem dispensar um acordo entre os subsistemas saúde e educação sobre quem deve ter a responsabilidade de regular e ordenar a formação de médicos, mas exigem, minimamente, compartilhamento de objetivos e cooperação nas ações. No Governo Lula, o MEC não só não apoiou soluções propostas pelo MS, mas, sob a influência e ação da Comunidade Medicina Liberal, tornou-se um empecilho ao avanço dessas iniciativas. Com a atuação da Presidenta e da Casa Civil e as mudanças institucionais e de dirigentes, descritas neste capítulo, o MEC participou e foi importante na construção e implementação do PMM. Diferente do período anterior, o tema extrapolou o subsistema saúde e o conjunto dos ministérios se conformaram à orientação do núcleo do governo. No MEC houve mudanças na conformação de arenas e de regras e a delegação de atividades a novos arranjos institucionais menos influenciados pela Comunidade Medicina Liberal. A relevância dessas mudanças é destacada na análise que este entrevistado faz de por que não foi possível no Governo Lula e sim no Governo Dilma

Foi a decisão política do Padilha e a concordância do MEC que permitiu que se elaborasse o Programa [PMM], ou seja, eu acho que, durante um bom período, nós não conseguimos avançar pela força da corporação e pela posição do MEC (E. i)

Além disso, a análise das soluções que antecederam o PMM, suas características, efeitos e reações que geraram é necessária para explicar como o PMM foi possível e com o desenho com o qual foi implementado. Observa-se que legados ideacionais e institucionais produziram efeitos de dependência de trajetória no caminho trilhado na construção do Programa. Em síntese, pode-se dizer que, até o Provab, o MS só vinha conseguindo implementar políticas que estavam dentro de certos limites estabelecidos pela Comunidade Medicina Liberal. O Provab repete o Pits do Governo FHC, mas ultrapassa ‘o limite’ ao conflitar esta Comunidade, com apoio da direção do MEC e resistência de sua área de assuntos médicos, por causa do bônus na residência que interferia nas regras reguladas por esta Comunidade e pelo MEC na seleção de novos médicos para a formação de especialistas. Mudança que fez com que o Provab conseguisse recrutar quase 20 vezes mais médicos que o Pits. O Eixo Provimento do PMM é praticamente o Provab com a mudança das regras de autorização do exercício da Medicina no Brasil, antes reguladas somente pelo CFM e MEC,

permitindo o recrutamento de médicos brasileiros e estrangeiros pelo MS. Mudança que possibilitou ao PMM recrutar cinco vezes mais médicos que o Provac e mais de 90 vezes o Pits. Um último recurso estratégico decisivo, a retaguarda de médicos cubanos, foi viabilizado pela cooperação com a OPAS e Cuba, pactuada no ano de 2013 para ser celebrada, caso necessário (e foi) na implementação do PMM. Assim, soluções anteriores promoveram aprendizados, alteraram regras, criaram novos fóruns, mobilizaram recursos, desenvolveram capacidades e criaram instrumentos de política que foram importantíssimos na criação das condições de implementação do PMM. Isso foi decisivo para a formulação e posterior implementação do Programa e, também, para a decisão de fazê-lo, na medida em que o núcleo do governo foi convencido de que o PMM era possível e, provavelmente, seria exitoso.

A literatura que analisa diretamente a entrada do PMM na agenda governamental pouco aborda o papel que soluções anteriores desempenharam nesse processo. Exceções são o trabalho de Lotta, Galvão e Favareto (2016), que veem o PMM como uma solução composta pela junção de soluções anteriores e aproveitando os arranjos institucionais já consolidados no SUS, e os de Silva (2017), Oliveira et al. (2018) e Paula (2018) que identificam a importância dessa trajetória na construção das soluções que culminam no PMM. De outro lado, trabalhos da Saúde Coletiva, que focam mais na análise do desenho do PMM, identificam esses legados tanto no Eixo Provimento quanto no Eixo Formação (PINTO et al., 2014; ROCHA, 2017; SASSI, 2018). A cooperação com a OPAS e Cuba é muito mencionada nos trabalhos, mas só assume papel determinante na explicação da possibilidade do PMM no trabalho de Oliveira e Pinto (2018) e Paula (2018), que também se propuseram mais a analisar a solução que a formação de sua agenda. Nas entrevistas, a relação e importância dessa trajetória é mencionada e valorizada, especialmente pelos sujeitos envolvidos no processo de formulação. Por fim, vale destacar que alguns trabalhos (MACEDO et al., 2016; COUTO; SALGADO; PEREIRA, 2015) por não terem analisado o desenvolvimento da questão, o debate internacional sobre a mesma, as soluções anteriores e por terem o foco no contexto político de 2013 não conseguiram associar o PMM com as construção ‘técnica’ do subsistema saúde, com as recomendações da OMS - foco do trabalho de Carvalho, Marques e Silva (2016) - nem com o papel das evidências científicas na formulação do mesmo - destaque do estudo de Oliveira et al. (2018) - e acabaram por classificar suas razões e decisão de implementação como ‘políticas’ em oposição ao que seriam razões e decisão ‘técnicas’.

Esse viés na análise fica mais compreensível quando nos atentamos ao que a maior parte da literatura considera que foi decisivo para a entrada na agenda governamental do PMM, as ‘Jornadas de Junho’. Todos os trabalhos selecionados consideram as ‘jornadas de junho’ importantes na explicação do PMM. Porém há diferenças nos papéis atribuídos a elas, que vão desde ser um catalisador do lançamento do PMM - com maior ou menor grau de importância, indo de fator necessário a contribuinte (PINTO et al., 2014; MACEDO et al., 2016; SILVA, 2017; ROCHA, 2017; OLIVEIRA, 2018; OLIVEIRA et al., 2018; PAULA, 2018; SASSI, 2018;) –, até ser o acontecimento que tornou o PMM possível, dadas outras condições – existência do problema, arranjos institucionais e soluções prévias (COUTO; SALGADO; PEREIRA, 2015; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016; RIBEIRO; PELEGRINI; RODRIGUES, 2017). Embora muitos trabalhos usem o conceito de ‘janela de oportunidade’ para analisá-las, somente dois admitem como modelo teórico principal a abordagem ‘Múltiplos Fluxos’ (COUTO; SALGADO; PEREIRA, 2015; RIBEIRO; PELEGRINI; RODRIGUES, 2017) e consideram que as ‘Jornadas de Junho’ foram a principal razão que fez com que o governo e o parlamento buscassem soluções para resolver um problema que era antigo e recorrente. Alguns trabalhos consideram que outros processos além das ‘Jornadas’, como a posse dos novos prefeitos, o movimento ‘Cadê o Médico’ e/ou as eleições de 2014, contribuíram para a construção de um contexto político favorável ao lançamento do PMM, mas sem atribuir a esse contexto a condição de fator principal (PINTO et al., 2014; SILVA, 2017; ROCHA, 2017; OLIVEIRA, 2018; OLIVEIRA et al., 2018; SASSI, 2018;).

Esta pesquisa mostrou que um conjunto de processos e acontecimentos alteraram significativamente o contexto político em 2013. A posse dos novos prefeitos, as ações de suas entidades representativas articuladas às dos Empreendedores do PMM e a campanha “Cadê o Médico” aumentaram a pressão sobre o núcleo do governo pelo lançamento da política e a perspectiva de apoio no debate social e na aprovação da Lei que ela demandaria. Isso se somou às demais circunstâncias, mas, ainda assim, havia indecisão no governo sobre o lançamento do Programa. Havia a necessidade de alteração da lei e, com isso, de uma aprovação no Congresso Nacional que transformavam-no em uma arena da política na qual previa-se uma ação articulada da Comunidade Medicina Liberal com os parlamentares da oposição, com ampla cobertura da grande imprensa e com possibilidades de impor derrotas ao governo. Esse constrangimento institucional fez com que o MS, no período de 2003 a 2010,

não propusesse nenhuma solução que, ao mesmo tempo, precisasse de aprovação no parlamento e tivesse a discordância da Comunidade Medicina Liberal. Naquele período, o MS chegou a defender o Serviço Civil Obrigatório e acordos com Cuba e outros países americanos para ampliação do reconhecimento mútuo de diplomas, como tratado no capítulo anterior, mas desistiu.

O cálculo político nessas circunstâncias, na perspectiva de Fairclough e Fairclough (2013), poderia ser sintetizado da seguinte maneira: o PMM era uma formulação política coerente com as preocupações, objetivos e valores do governo e visto como um caminho de ação capaz de gerar os resultados desejados no enfrentamento da insuficiência na oferta de médicos, mas poderia ter consequências negativas e custos políticos que o núcleo do governo avaliava, naquela ocasião, que superariam os benefícios. A derrota no Congresso ou uma aprovação depois de uma batalha difícil poderia gerar desgastes políticos no governo que, até então, gozava de alta popularidade⁵⁰. A manutenção da popularidade, da governabilidade e das grandes chances de se reeleger no ano seguinte eram objetivos hierarquicamente superiores no sistema político à resolução de um problema no subsistema saúde, por mais prioritário que fosse. E isso estava sendo o suficiente para condicionar o lançamento do PMM. Mesmo após ele ser antecipado na mídia pelo Ministro de Relações Exteriores e prometido aos prefeitos pela Presidenta, ainda se aguardava pelo melhor momento de lançá-lo.

As ‘Jornadas de Junho’, as reivindicações por ampliação e melhoria dos serviços públicos, a queda vertiginosa na aprovação popular do governo e a proximidade das eleições de 2014, promoveram a inversão desse cálculo. De uma situação macropolítica confortável, o governo passou a uma que exigia algum tipo de resposta àquelas demandas e a viver um processo de desgaste. Com efeito, foram preparadas respostas às reivindicações mais visíveis: para a insatisfação com o sistema político, a proposta de um plebiscito para uma reforma política, e pactos nacionais para cada uma das áreas reivindicadas: transporte urbano, educação e saúde (PRESIDÊNCIA, 2013a). Neste último, além do investimento para ampliação e melhoria de serviços de saúde, propôs-se o PMM. O pacto da saúde foi o que apresentou a proposta mais formatada e a única que foi efetivamente implementada. Um dos

⁵⁰ Em março de 2013 a aprovação do governo atingia seu ápice, 65% de ótimo ou bom e apenas 7% de ruim ou péssimo. No fim de junho, quando o PMM foi anunciado, esses índices eram, respectivamente, 30% e 25%, uma queda vertiginosa de aprovação creditada às jornadas de junho (MENDONÇA, 2013).

motivos é porque ela estava pronta para ser implementada depois de longo período de construção. Assim, o PMM foi escolhido como uma ação que estava em acordo com os objetivos e valores do governo, aderente às reivindicações, passível de ser implementada e cujas consequências tinham menos chances de piorar o cenário, já muito ruim, e mais chance de responder a um problema considerado hierarquicamente superior pelo sistema político, além de trazer resultados positivos na saúde.

O enfretamento com a Comunidade Medicina Liberal e possível desgaste decorrente do mesmo perdeu importância frente ao amplo desgaste que o governo vivia e na batalha na qual estava imerso. Como o maior custo político seria não produzir uma resposta, o cálculo pendeu para a implementação da política. Há um discurso, expresso nos pronunciamentos e documentos oficiais, que tenta associar ao máximo o PMM às manifestações populares, como uma resposta demandada pelas ruas, e opor ao que seria o interesse geral da sociedade, ter mais médicos para atender à população, ao interesse particular da Comunidade Medicina Liberal, os atores mais relevantes que se posicionaram contra o Programa. Esse discurso parece ter induzido diversas análises que consideraram o PMM uma solução formulada às pressas para responder às ‘Jornadas’. Os entrevistados, de outro lado, destacam a importância das Jornadas, mas compreendendo-as em um contexto político no qual são relevantes também a posse dos novos prefeitos, bem como a campanha ‘Cadê o Médico’ e a proximidade das eleições gerais de 2014. A posição unânime entre eles é que as Jornadas foram ou uma oportunidade de lançamento (governo agindo) ou catalisadoras do mesmo (governo reagindo). Alguns, inclusive, criticam a versão, que atribuem à imprensa, de que o PMM é uma decorrência das ‘Jornadas’. Quando questionados se o PMM seria lançado mesmo sem elas, nenhum entrevistado arriscou prever que não e aqueles mais próximos do processo de decisão, como o então Ministro da Saúde, enfatizaram que provavelmente seria sim. Argumentaram que a Presidenta já havia decidido, que já havia compromissos públicos e que ações para a implementação já estavam em curso. Além disso, foi destacado que a eleição de 2014 era um fator que exigia do governo medidas que mostrassem que estava-se avançando em problemas importantes na área da saúde. Também Padilha foi candidato em 2014, ao governo de São Paulo, e para ter o PMM como um feito, tanto para a indicação do partido quanto para a campanha, precisava lançá-lo antes da descompatibilização prevista na lei eleitoral para abril de 2014. Assim, para alguns, se não fosse lançado no calor de junho, seria antes da campanha eleitoral de 2014 porque o governo precisava de uma ação de peso, e a

presença e modo como o PMM foi pautado nas eleições de 2014, sendo defendido mesmo pelos candidatos que iniciaram o pleito criticando-o (FERLA et al., 2017) mostram, entre outras coisas, o acerto dessa previsão de que a questão tinha alta relevância no sistema político. Algumas falas de dirigentes do MS expressam elementos destacados acima

um contexto político (...) que começa a ficar desfavorável pro governo, por outros problemas, e isso potencializa a crise na área da saúde (...) isso foi decisivo. Não que não tivesse acontecido o Mais Médicos se não tivesse essa crise. Que o auge dela foi em 2013. Poderia ter e possivelmente teria. Ao contrário do que a imprensa diz, não foi uma coisa construída para dar uma resposta às manifestações de junho (E. h)

Acho que [as Jornadas] fechou a quantidade de condições necessárias para efetivar isso [o lançamento do PMM]. Uma necessidade também de uma resposta urgente do Estado brasileiro por uma pressão social importante, (E. b)

[Foi a] última força que faltava pra empurrar o acontecimento dessa política (E. o)

Assim, na literatura que analisa a entrada na agenda governamental do PMM, predominam 1) o uso do ‘acoplamento’ dos fluxos dos ‘problemas’, ‘solução’ e ‘contexto político’ em uma ‘janela de oportunidades’ para explicar a construção do PMM, tendo como protagonista o governo federal e/ou o Congresso Nacional; e 2) a explicação que dá mais valor aos objetivos, ideias e ações de um novo governo, atento à questão da insuficiência na oferta de médicos, que soube aproveitar ou que reagiu às Jornadas de Junho para propor uma solução em acordo com seus objetivos. Quando indagados diretamente, os entrevistados associam a entrada do PMM na agenda governamental à atuação dos Empreendedores do PMM e da Presidenta ante o agravamento do problema, tendo as ‘Jornadas’ um papel de oportunidade/catalisador. Mas preferem dizer que o PMM foi o resultado de uma combinação muito especial de diversos fatores que têm dificuldade de hierarquizar.

Esta pesquisa nos leva a defender a tese que o agravamento do problema e aumento da relevância da questão, combinados ao posicionamento de novos atores na direção do sistema político e subsistema saúde, são responsáveis pela entrada da questão na agenda do governo, com prioridade máxima no MS e alguma prioridade no núcleo do governo já em 2011. A ação dos Empreendedores do PMM conformando e processando os problemas relacionados à questão, atuando na construção de soluções, a implementação de algumas delas e seus efeitos, legados históricos e aprendizados, somados aos fatores anteriores, foram responsáveis por colocar o esboço do PMM como uma prioridade do núcleo do governo no início de 2012, quando este determinou sua formulação por um grupo interministerial conduzido pelo MS e

MEC. A ação da Presidência e núcleo do governo e o suporte que passou a dar à atuação dos Empreendedores do PMM foi essencial para a superação de constrangimentos institucionais nos próprios espaços institucionais do Estado. Esses fatores somados foram responsáveis por viabilizar a formulação do PMM ao longo do ano de 2012. A posse dos novos prefeitos e ação dos mesmos articulada à dos Empreendedores do PMM, a melhoria dos resultados do Provac, o avanço nas tratativas com a OPAS e Cuba, a proximidade das eleições de 2014, somados aos fatores anteriores, foram responsáveis por fazer com que o núcleo do governo decidisse pela implementação da política, mas sem a definição de uma data de lançamento. E a mudança do contexto político em meados de 2013, com papel destacado das ‘Jornadas de Junho’, mudou o cálculo estratégico do núcleo do governo fazendo com que o PMM fosse lançado naquela data.

Por fim, vale fazer alguns registros teóricos. É fundamental para a análise ter claro os fatores causais classicamente considerados no campo de Análise de Políticas Públicas para mapear e analisar processos que combinam de diferentes formas os atores, seus objetivos (incluindo interesses) e ideias, as instituições e os fatores sociais e econômicos, sempre com suporte nas evidências empíricas e em teorias que permitem essas combinações. Mostrou-se também fundamental o uso do conceito de ‘comunidade de políticas’, tanto para articular interesses e ideais quanto atores posicionados em diferentes locais na estrutura e a combinação do mesmo com a análise de ordens sociais amplas, como os subsistemas saúde e educação e suas relações com a macropolítica, no espaço que chamamos sistema político. O uso de conceitos da teoria sintética ‘múltiplos fluxos’ foi importante para identificar processos centrais para a entrada do PMM na agenda governamental. Mas, para poder estudá-los, foi necessário rastrear processos com um recorte histórico mais amplo, compreendendo sua trajetória, e analisar a produção da política usando o referencial teórico do Neoinstitucionalismo Histórico, especialmente, da Teoria da Mudança Institucional Gradual. Com isso foi possível oferecer uma análise que consideramos mais ampla para a entrada do PMM na agenda governamental, evitando certos vieses que o uso isolado da teoria dos Múltiplos Fluxos nos pareceu produzir. O uso de ferramentas analíticas da análise de discurso político também nos foi útil para explicar como as circunstâncias interferiram nas decisões mais relevantes.

No próximo capítulo será tratado do processo de formulação do PMM colocando em análise o que aconteceu após o lançamento do Programa, que inclui formulações relacionadas

ao formato com o qual foi proposto na MP em julho, ao processo de disputa e mudança do desenho na conversão da MP em Lei, às disputas relacionadas à implementação inicial do Programa. Será analisado por qual razão, embora a formação da agenda tenha tido foco na questão do provimento de médicos, a maior parte da Lei do PMM trata da formação médica, incluindo a regulação da expansão de vagas privadas de ensino, a mudança da formação médica em nível de graduação e residência e o planejamento e regulação da formação de especialistas. Por fim, serão analisados os fatores que influenciaram na formulação do Programa e a ação de uma terceira comunidade de políticas, a Comunidade ‘Defesa da Regulação pelo Mercado na Saúde e Ensino Superior’.

6 O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

O objetivo desse capítulo é analisar o processo de formulação do Programa Mais Médicos (PMM) e responder duas das quatro questões da pesquisa: qual o desenho do PMM e por que ele foi construído com esse formato e não outro? E quais atores, ideias e instituições influenciaram no processo de formulação dessa política? Para isso, sua primeira seção descreve e analisa o desenho que o PMM ganhou na Medida Provisória (MP) de 08 de julho de 2013. A segunda faz o mesmo com relação à conversão da MP na Lei Ordinária 12.871, de 22 de outubro de 2013. Em ambas as análises, busca-se destacar elementos de mudança e continuidade, mapeando a relação das novas instituições criadas no PMM com legados ideacionais e institucionais. A terceira seção busca identificar na análise dos objetivos, ideias e posições dos atores mais relevantes na formulação do PMM elementos que contribuíram para seu desenho. A quarta seção aborda a disputa social e a mudança do contexto político no processo de formulação e começo da implementação do Programa que criaram as condições para as mudanças ocorridas entre a MP e a Lei do PMM. A quinta seção analisa o papel da ação estratégica dos atores, em uma dada situação conjuntural, no desenho que prevaleceu no PMM com ênfase na arena do Congresso Nacional naquilo que pode ser considerado uma segunda etapa de formulação do PMM. Por fim, na sexta e última seção sintetiza-se conclusões sobre o processo de formulação e dialoga-se mais diretamente com a literatura sobre o tema para além do que já é feito ao longo de todo o capítulo.

6.1 A FORMA COM A QUAL O PROGRAMA MAIS MÉDICOS FOI CRIADO

No dia 21 de junho de 2013, a Presidenta Dilma fez um pronunciamento em cadeia nacional (PRESIDÊNCIA, 2013a) anunciando um recrutamento internacional de médicos para atuar no SUS. No dia 8 de julho, em novo pronunciamento, foram anunciados três eixos do PMM: um de investimento em infraestrutura para ampliar serviços de saúde e reformar os que já estavam funcionando; um segundo voltado à formação de médicos prevendo a ampliação de mais de 11 mil vagas de graduação, em cidades que não tinham curso de Medicina, e de mais de 12 mil de residência médica para formar especialistas; e o terceiro para “suprir” os serviços de saúde “com profissionais em quantidade suficiente para atender, com qualidade, toda a população” (PRESIDÊNCIA, 2013b). Nesse mesmo dia, foram

publicadas a Medida Provisória n.º 621, o Decreto n.º 8.040 e a Portaria n.º 1369 que instituíram o PMM, incluindo estrutura de gestão e diretrizes de funcionamento do Eixo Provimento. Foi publicado ainda o primeiro edital de chamamento público para médicos iniciando já naquele dia a inscrição para que médicos com registro no Brasil pudessem participar do Programa. Parte destes instrumentos já estava elaborada, como a minuta da MP formulada um ano antes, e foram adaptações de instrumentos que funcionavam no Provab, por isso, apenas 17 dias entre o anúncio e a instituição normativa inicial do Programa. Esses poucos dias também foram de importante atuação dos Empreendedores do PMM junto ao Congresso Nacional e aos grandes veículos de comunicação para preparar a recepção da MP, como relata um dirigente de então do MS:

Teve um trabalho prévio junto à imprensa que foi muito importante, antes de assinar a MP, de reunir (...) com todas as bancadas de partidos políticos, inclusive com interlocutores do DEM e do PSDB, que eram os principais partidos de oposição (E. xviii)

A decisão de fazer uma MP, que tem efeito imediato sem prévia aprovação legislativa, em vez de propor uma Lei para apreciação do Congresso e de publicar logo todos os instrumentos, reflete não só a pressa em responder ao contexto caracterizado pela crise política desencadeada pelas ‘Jornadas de Junho’ e queda da aprovação do governo, mas também o que foi identificado nas entrevistas como um imperativo estratégico: fazer a implementação do PMM o mais rápido possível. A chegada dos médicos nos municípios e a atenção à população desassistida, na análise dos formuladores, traduzir-se-ia em apoio político para que, adiante, fosse aprovada a conversão da MP em Lei na batalha que seria travada no Congresso e na opinião pública (E. vii; x; xviii). Veremos à frente que a escolha de propô-lo por MP foi decisivo para o sucesso do Programa.

Na formação da agenda a questão que se destacou foi a de insuficiência de médicos, mas os Empreendedores do PMM avaliaram que era necessário propor medidas de curto a longo prazo que passavam, inclusive, por outras questões, como fica claro nas falas que seguem de dirigentes de então do MEC e MS

Tinha a preocupação de ter um programa que pudesse ter um impacto muito imediato, mas que sinalizasse para alterações estruturantes (E. xviii)

As discussões levaram a formação do programa em três eixos. [Mas] começou como uma discussão de provimento (E. xii)

A MP apresentada definiu como finalidade do Programa “formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2013a) e, além de ter como objetivos o fortalecimento da atenção básica em saúde e a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, tinha também o de “aprimorar a formação médica no País”. Para a “consecução dos objetivos”, a MP previu como parte das ações do PMM a “promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional”; o “estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País”; e a “reordenação da oferta de cursos de Medicina e vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante” (BRASIL, 2013a).

Convencionou-se considerar que o PMM é constituído por três eixos: o Eixo Provimento, o Eixo Infraestrutura e o Eixo Formação (BRASIL, 2015). Toma-se esses eixos nesta ordem, para fazer a descrição e análise do desenho do PMM. Em linhas gerais, o Eixo Provimento é uma medida incremental em relação a outras similares que vinham sendo pensadas ou implementadas nas décadas anteriores. O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), lançado no segundo Governo FHC e encerrado no primeiro Governo Lula, recrutou médicos atraídos por uma bolsa paga pelo MS, pela oferta de curso de especialização, tutoria à distância e auxílio moradia. Como observado, o Programa não chegou a ultrapassar a marca de 200 médicos participantes. O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) que em 2013 tinha, aproximadamente, 3,7 mil médicos participando oferecia os mesmos benefícios e ainda uma pontuação adicional de 10% para ingresso nos programas de residência. Desenhos similares a esse começaram a ser praticados nos anos 1930 e foram sendo implementados em cada vez mais países. Além disso, eram objeto de ações de ‘difusão da política’ por meio de organismos multilaterais, como a OMS e OPAS, que, no ano de 2010, promoveram reuniões científicas, pesquisas e encontro entre países membros para avaliar os efeitos desses programas e fazer recomendações de implementação ou aperfeiçoamento de programas similares⁵¹. A própria bonificação de 10% na residência pode ser vista como uma adaptação de um dispositivo existente em programas na

⁵¹ Para maiores informações, consulte o capítulo 3 no qual há uma síntese sobre a promoção e implementação dessas medidas no Brasil e no mundo desde a década de 1950.

América, que garantiam aos médicos participantes vantagens no ingresso em empregos e carreiras públicas; e de um dispositivo presente no Projeto de Lei do relator do PMM, Carvalho, proposto antes da criação do Provab.

A MP criou o PMM com uma bolsa paga pelo MS com um valor que, corrigido a preços de janeiro de 2021, seria R\$ 15.574,18, 25% maior que a bolsa do Provab naquele mesmo ano. Com a oferta de curso de especialização com um “componente assistencial mediante integração ensino-serviço” e com a previsão de supervisor e tutor acadêmico, ambos necessariamente médicos, com ações presenciais e à distância, o PMM estabeleceu uma ajuda de custo federal para apoiar a chegada e a instalação do médico e de seus familiares no município para o qual era designado e a obrigatoriedade de o município conceder um auxílio para despesas com alimentação e moradia (BRASIL, 2013a). Além do Eixo Provimento ser muito similar ao Provab, muito do que se aprendeu na implementação deste deu base ao que foi proposto de diferente na MP para ampliar a capacidade do Estado de executar o PMM. Nessa linha, foram previstas bolsas não só para os médicos participantes, mas também para os supervisores e tutores, pagas pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). A definição das regiões prioritárias também seguiu a Portaria nº 1.377 de 2011 que definiu as áreas subatendidas, tanto para a concessão de abatimento da dívida do Fies quanto para o Provab. Os arranjos institucionais de gestão interfederativa do PMM com estados e municípios baseou-se no que foi se aprimorando na gestão do Provab e nos arranjos da gestão tripartite do SUS.

A diferença mais importante a qual exigiu que a criação do PMM passasse por mudança na legislação foi a instituição do recrutamento internacional de médicos. Como visto⁵², trata-se de uma medida presente em outros países, objeto de estudos e debates promovidos por organismos multilaterais que se consolidou como alternativa no governo federal no início de 2012, quando avaliou-se que o Provab não conseguiria recrutar o número de médicos para atender à demanda dos municípios. A experiência internacional, especialmente a australiana, foi utilizada no convencimento do núcleo do governo de que não bastaria autorizar o exercício de médicos estrangeiros no Brasil de modo que seu local de atuação fosse uma escolha individual influenciada pelo mercado: essa autorização tinha de

⁵² Para mais informações veja o capítulo 3 que trata das experiências internacionais e a discussão sobre a formulação desse dispositivo no PMM no capítulo 5.

estar condicionada à atuação em áreas prioritárias definidas pelo MS (OLIVEIRA et al., 2015; E. i; v; vii; x; xii; xviii). Assim, a MP (BRASIL, 2013a) previu que poderiam participar do Programa tanto “médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País” quanto “médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional”. Estes médicos “intercambistas” e seus familiares passaram a ter direito a um visto temporário. Os familiares poderiam exercer atividades remuneradas no Brasil, mas os médicos só poderiam exercer a Medicina “exclusivamente no âmbito das atividades” do PMM. Estes lugares de exercício da Medicina eram unidades básicas de saúde designadas pelo MS depois da inscrição das mesmas no Programa pelos municípios e da seleção dos médicos que lá atuariam, em um processo no qual os médicos tinham o direito de apontar até cinco cidades que gostariam de atuar, em ordem de preferência. Baseando-se em disciplinas e normativas já existentes no Conselho Federal de Medicina (CFM) para médicos estrangeiros que vinham ao Brasil fazer atividades temporárias de formação, os Empreendedores do PMM previram um registro provisório para esses médicos e fizeram constar na MP que essa emissão seria obrigação dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM). (BRASIL, 2013a; E. v; vii; x; xii).

Conhecendo as críticas da Comunidade Medicina Liberal, antevendo e se preparando para um debate público intenso, os Empreendedores do PMM preocuparam-se com o modo como as pessoas interpretariam dois importantes aspectos do Programa. Um foi o tema da qualidade. Ante a crítica feita à competência dos médicos estrangeiros, o Programa buscou dar segurança à população de que ela seria cuidada adequadamente. Dois dispositivos previstos na MP tiveram também esse papel: a formação inicial, denominada acolhimento, com 120 horas de carga horária, que previa a avaliação em língua portuguesa, que vinha sendo ensaiada desde o início do ano em Cuba como projeto piloto; e uma estrutura de supervisão e orientação educacional, mais robusta e criteriosa do que a que vinha sendo praticada no Provac. A mensagem buscou ser clara, haveria um processo de avaliação, supervisão e educação permanente desenvolvido pelas universidades públicas para assegurar que os médicos estrangeiros tivessem condições e preparo para atender a população brasileira. A Presidenta reforçou essa ideia no discurso de apresentação da MP quando disse “deles [dos médicos formados no exterior] serão exigidos boa formação e currículo adequado, registro profissional no seu país de origem e domínio da língua portuguesa” (PRESIDÊNCIA, 2013b).

O outro elemento foi a definição de uma ordem de prioridade para a oferta e ocupação das vagas: primeiro para médicos formados no Brasil ou com diploma revalidado no País, depois para médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior e, por fim, para médicos estrangeiros com habilitação para exercício de Medicina no exterior. Sobre isso a Presidenta discursou:

iremos fazer um chamamento nacional (...) tenho certeza que muitos médicos brasileiros, formados aqui, irão comparecer a esse chamamento, para trabalhar nessas regiões mais carentes do nosso país. Mas se essas vagas não forem preenchidas por esses médicos, elas serão oferecidas a médicos formados em outros países (PRESIDÊNCIA, 2013b).

Com esse dispositivo afirmava-se a prioridade aos médicos brasileiros, enfrentava-se a crítica de que seriam ‘dadas’ vagas de trabalho que seriam de médicos brasileiros a estrangeiros e deixava-se claro à população que os médicos brasileiros formados no exterior e os estrangeiros só seriam acionados caso os brasileiros formados aqui não quisessem assumir os postos de trabalho para atender a população das áreas mais carentes (BRASIL, 2013a; E. i; vii; x; xii). A fala a seguir de dirigente do MS de então expressa essa análise

Foi muito inteligente aquela fórmula dos chamamentos sucessivos com prioridade para os médicos brasileiros. (...) Do ponto de vista tático, porque tudo demonstrava (...) que os médicos brasileiros não iriam assumir. (...) Mas você tem que garantir que os médicos brasileiros fossem ser os primeiros chamados e isso, inclusive politicamente, ia demonstrar que não era um Programa para trazer médicos cubanos (E. vii).

Devido à participação do Brasil nos fóruns internacionais que discutiam recursos humanos em saúde e, também, a preocupação de contar com apoio externo ao Programa, constou na MP um dispositivo que respeitava o Código de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da OMS, de modo que só poderiam participar do PMM médicos habilitados “para o exercício da Medicina em país que apresente relação estatística médico/habitante igual ou superior a 1,8/1000” (BRASIL, 2013a). Mas como havia uma avaliação dos Empreendedores do PMM de que a demanda dos municípios deveria superar 10 mil médicos, de que o PMM, provavelmente, não conseguiria superar muito o número de médicos brasileiros que atuavam no Provac ou contar com adesão suficiente de médicos brasileiros formados no exterior e de estrangeiros, a MP facultou a possibilidade de fazer cooperação internacional. O artigo 17 autorizou o MS e o MEC a “firmar acordos e

outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras (...) inclusive com transferência de recursos” (BRASIL, 2013a). Norma que permitiu a celebração do acordo com a OPAS e Cuba que, naquela ocasião, já era um recurso com o qual o governo contava (OLIVEIRA e PINTO, 2018; E. i; vii; x; xii). No capítulo 4 foi visto que desde o início do Governo Lula o MS queria estabelecer cooperações internacionais relacionadas à formação e ao provimento de médicos, mas o núcleo do governo avaliou que seria difícil aprovar esses acordos internacionais no Senado. A MP do PMM dava ao MS e MEC o poder de celebrar tais acordos sem autorização uma a uma pelo Senado.

É importante observar que, apesar de não estar presente na MP por ser uma decisão administrativa e regulada por normativas infralegais, decidiu-se que o provimento de médicos pelo Programa seria para reforçar a Política Nacional de Atenção Básica, especialmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) implementada, ainda, na década de 90, presente em 97% dos municípios no ano de 2013. Os critérios de adesão dos municípios, a fórmula de definição da quantidade de médicos que poderia ser alocada e os compromissos assumidos pelos gestores locais apontavam para a integração do PMM com a ESF e para o fortalecimento e expansão da mesma⁵³. Esse elemento é importante porque em alguns países o provimento médico se dá em paralelo à política e serviços de atenção primária e isso tem diversas implicações em termos de sustentabilidade, custos, superposição e concorrência entre serviços públicos (MACIEL FILHO, 2007; OMS, 2010a; BRASIL, 2015). Entrevistados consideraram que a obrigação dos médicos atuarem exclusivamente na ESF foi efeito da atuação de atores do Departamento de Atenção Básica no processo de construção do PMM (E. v; vii; x; xvii). Contudo, nota-se claramente a influência nessa decisão de evidências da literatura e da trajetória dos programas de provimento, uma vez que Pisus, Pits e Provab já haviam adotado esse foco na ESF. Um efeito prático dessa norma é que, embora o PMM só aloque médicos, estes atuam com enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde da ESF. Além disso, contam com o apoio de uma estrutura mínima

⁵³ Essas normativas podem ser vistas nos termos de adesão e compromisso dos municípios para participar do PMM e na Resolução nº 01 da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil de 2015 que consolidou a metodologia que era usada para definição da quantidade máxima de vagas de médicos previstas para cada município.

composta por uma unidade básica de saúde com equipamentos, medicamentos e espaço físico para suas atividades.

Tratando dessa estrutura mínima necessária, o Eixo Infraestrutura do PMM induziu a adesão conjunta ao PMM e ao Requalifica-UBS, previstas na definição dos papéis dos municípios participantes. Este programa, criado em 2011, transferia recursos do MS para os municípios para a reforma e ampliação de unidades básicas de saúde existentes e para a construção de novas. O Eixo Formação do PMM inclui a proposta de expansão de vagas de graduação e residência médicas, as novas regras de autorização do funcionamento de cursos de Medicina e o polêmico ‘Segundo Ciclo’ de formação. Os Empreendedores do PMM defendiam e tinham um histórico de atuação em prol da mudança da formação médica no sentido almejado na Reforma Sanitária. Defenderam que o PMM não tivesse só medidas emergenciais e de curto prazo, mas que pudesse enfrentar tanto o problema da quantidade insuficiente de médicos, quanto a formação inadequada desses profissionais para responder às necessidades do SUS. No discurso da Presidenta no lançamento da MP nota-se a ênfase nas medidas de médio e longo prazo relacionadas ao Eixo Formação como que para dar legitimidade à proposição das medidas de curto prazo, como as do Eixo Provimento

Vamos criar novos cursos de Medicina, ampliar o número de vagas, mas todos sabemos que um médico leva de seis a dez anos para concluir a sua formação. E até que essa nova geração (...), tanto no que se refere à graduação quanto no que se refere à residência, cheguem ao mercado de trabalho, as pessoas vão continuar adoecendo e vão continuar precisando de médicos. (...) Dessa maneira, além de formar novos médicos, estamos ampliando oportunidades para jovens que vivem no interior e em regiões mais pobres (PRESIDÊNCIA, 2013b)

As medidas que integravam o Eixo Formação situavam-se na intersecção dos subsistemas educação e saúde, mas, até então, eram de responsabilidade do MEC. O MS vinha tentando incidir na decisão sobre a ampliação de vagas de graduação e residência em função das necessidades dos territórios e prioridades do SUS, mas sem sucesso (OLIVEIRA et al., 2019; PINTO et al., 2019). O PMM propôs mudanças importantes nesses dois aspectos. Foi planejada e anunciada a meta de expandir 11.447 vagas de graduação em Medicina até 2018 com o objetivo de ter no Brasil, em 2026, 2,7 médicos por mil habitantes, proporção encontrada no Reino Unido (BRASIL, 2015). Essa expansão elevaria a taxa de ingressos em cursos de Medicina de 0,8 para 1,34 por dez mil habitantes e teria também os objetivos de democratizar o acesso ao curso de Medicina, promover a interiorização e a distribuição

territorial das vagas conforme as insuficiências de médicos e de vagas de formação, tomando como base cada região de saúde do SUS (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al., 2019; PINTO et al., 2019). Também foi apresentada a meta de expandir 12.376 vagas de residência médica com foco nas especialidades consideradas mais necessárias a cada região (PRESIDÊNCIA, 2013b). A expansão de vagas de residência não demandava mudanças na legislação vigente, portanto, não havia necessidade de incluir dispositivos referentes a isso na MP.

Também a expansão de vagas de graduação na IES públicas não demandou alteração em lei, bastou a publicação de uma Portaria do MEC⁵⁴. Contudo, avaliava-se pelas experiências prévias relacionadas ao Plano Nacional de Educação Médica, criado em 2011, que não seria possível cumprir a meta somente com as IES públicas. O Plano previu a criação de 2.500 vagas, preferencialmente nas IES públicas, mas só conseguiu criar 1.063, sendo 400 em IES públicas e 663 em privadas. A maioria dessas vagas foram criadas em meados de 2012, quando o tema da insuficiência de médicos já havia se tornado uma questão a ser resolvida para o núcleo do governo, como relata dirigente do MEC no período: “nós abrimos 800 vagas de Medicina, já por conta dessa pressão de que havia a necessidade de se aumentar a oferta de vagas para melhorar o provimento de profissionais” (E. xvii). Com a meta anunciada, a taxa de crescimento anual teria que ser dez vezes maior que a do primeiro ano e quase três vezes a do segundo. Relatos de dirigentes de então do MEC, um da área responsável pela expansão de vagas nas IES públicas e outros da área responsável pela expansão privada, evidenciam duas importantes razões pelas quais o governo decidiu ampliar a maior parte das vagas nas IES privadas: menor capacidade e velocidade de expansão nas públicas comparadas às privadas e pouca margem fiscal para arcar com os custos

Mesmo colocando recurso as universidades federais eram capazes de criar algo em torno de 4.500 vagas e a gente precisava de 11.447. Então houve uma aposta (...) na expansão do setor privado com uma nova lógica de regulação (...). [Foram feitos] estudos, [por] regiões de saúde com capacidade de (...) receber curso de Medicina, quantas vagas (...), municípios dentro dessas áreas, criar mecanismo de concorrência onde abrir vaga de residência, currículo inovador, bolsas de estudo para estudantes de baixa renda, menor valor da mensalidade, tudo isso seriam critérios para poder selecionar [as IES privadas interessadas] (E. xvi)

Existia um limite fiscal, então a gente fez uma negociação com o Ministério do Planejamento para saber até onde nós poderíamos ir. (...) Respeitando o limite fiscal

⁵⁴ Portaria nº 15 de julho de 2013 que criou a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Educação Superior .

nós distribuímos as vagas [públicas]. O que sobrou nós executamos dentro dessa nova lógica a partir do parceiro privado (E. xvii).

Até o PMM, a iniciativa formal de ampliação de vagas privadas era de uma IES privada e cabia ao MEC autorizar ou não. No caso dos cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia, o Decreto nº 5.773 de 2006 previa uma avaliação específica realizada pelo Conselho Nacional de Saúde, mas em caráter consultivo. Com a MP, o processo de “autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por IES privada” passou a prever “chamamento público” no qual teria de ter uma “pré-seleção dos municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde” que, por sua vez, analisava duas questões fundamentais: “a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina” naquele município interessado e as condições de garantir “nas redes de atenção à saúde do SUS (...) equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina”. Selecionados os municípios, havia uma segunda etapa na qual um edital fazia com que as instituições mantenedoras das IES privadas concorressem entre si, em um processo que buscava selecionar a instituição “especializada em cursos na área de saúde” com as melhores condições de criar e ofertar um curso de Medicina, para obter o direito de abrir o curso em cada um dos municípios selecionados na etapa anterior (BRASIL, 2013a). Esse modelo começou a ser formulado em 2012, ante a necessidade de expandir a formação médica e a constatação dos limites da expansão nas IES públicas (E. i; xii; xvi). Um Empreendedor do PMM dirigente do MEC, aproveitando a oportunidade de lançamento do Programa, debateu internamente esse dispositivo e teve a concordância do MEC, MS e núcleo do governo para inseri-lo na MP, conforme mostra seu depoimento

Nós tínhamos que mudar a lógica do Estado de atuar na abertura de vagas. (...) A lógica ofertista do fluxo contínuo sempre levaria a uma disputa pelo campo de prática, então você tinha que regular o ativo mais valioso para um curso de Medicina que o privado não tem que é o equipamento público de saúde. (...) Só que o campo de prática não era meu, o campo de prática era da saúde. Então aproveitei também o debate do Mais Médicos para incluir essa demanda. (...) Amadurecemos como educação [MEC], uma proposta que acabou incorporada (E. xvii).

A MP evitou que a nova regra se aplicasse aos “pedidos de autorização para funcionamento de curso de Medicina protocolados” no MEC até a data de sua publicação (BRASIL, 2013a). Isso revela a preocupação do governo com uma provável reação contrária de atores do setor privado de educação, integrantes da Comunidade Regulação pelo Mercado.

Por fim, foi criado ainda um dispositivo para enfrentar o problema da formação inadequada: o ‘Segundo Ciclo’ de formação obrigatório para todos os estudantes de Medicina que ingressassem no curso a partir de 1º de janeiro de 2015. A MP previu “treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos”, com “supervisão acadêmica a cargo da instituição de educação superior à qual o estudante de Medicina” estivesse vinculado, com bolsa custeada pelo MS e com uma “permissão para o exercício profissional (...) válida exclusivamente para as atividades do segundo ciclo” (BRASIL, 2013a). A MP determinou que os CRM teriam que expedir essa permissão específica. O diploma de médico e permissão permanente seriam somente conferidos ao estudante quando concluído o Segundo Ciclo. O Segundo Ciclo foi proposto pelos Empreendedores do PMM do MS ao grupo interministerial responsável pela formulação do PMM. Trata-se de uma solução com algumas semelhanças ao Serviço Civil Obrigatório, que havia sido considerado e descartado pela direção do MS logo antes de se optar pelo Provab, como visto no capítulo anterior. Um dos principais motivos do abandono da proposta naquela ocasião foi a resistência da Comunidade Medicina Liberal e a necessidade de alteração da legislação. É possível dizer que os Empreendedores do PMM aproveitaram a oportunidade de uma alteração legal via MP, que já ultrapassava limites até então impostos pela Comunidade Medicina Liberal, para incluírem no PMM o objetivo de mudar a formação médica e criar uma medida regulatória (OMS, 2010) permanente com efeitos na formação e provisão de médicos na atenção básica e urgências. A proposta foi bem aceita no núcleo do governo, mas não no MEC, como retratam as falas de dirigentes do MEC e MS

O pai do segundo ciclo era principalmente o Fernando Menezes [Empreendedor do PMM do MS] (...). Propôs (...) baseado nas experiências internacionais, principalmente a experiência do (...) Reino Unido (E. vi).

Houve uma queda de braço, o MEC se posicionando contra, e no fim das contas o MEC foi meio que um voto vencido na decisão com a própria Presidenta. (...) Foi muito importante, porque isso teve uma divisão no debate no primeiro momento. Não ficar apenas sentado na coisa do provimento e porque também era importante discutir a formação [médica] brasileira. (...) A ideia dos dois anos era muito mais relacionada com o modelo britânico do que com o modelo de serviço social obrigatório (E. V).

A inspiração para o Segundo Ciclo, segundo dirigentes MS e do MEC entrevistados (E. i; v; vii; x; xvi; xvii), foi buscada na experiência do *Foundations Guides* do Reino Unido. Contudo, ela pode ser associada a diversas experiências internacionais que condicionam a

formação do estudante a um período de atuação supervisionada no sistema de saúde, sendo a mais aplicada e conhecida a do Serviço Civil Obrigatório. Com efeito, no debate público a proposta foi identificada como um Serviço Civil Obrigatório “disfarçado”. Porém, existem diferenças importantes. O foco do Serviço Civil é o provimento às áreas subatendidas, no PMM esse era o papel do Eixo Provimento. O Segundo Ciclo queria ampliar a formação em serviço para que os estudantes desenvolvessem mais competências para a atuação na atenção básica e nos serviços de urgência do SUS, competências que os Empreendedores do PMM consideravam negligenciadas na formação vigente. Para viabilizar isso, previu ainda a possibilidade de o governo federal conceder bolsas a médicos que pudessem atuar na formação em serviço de graduandos e de residentes. Podendo estar somente onde já estivessem outros médicos que atuariam como educadores, os efeitos de provimento do Segundo Ciclo ficariam circunscritos aos serviços de saúde próximos às escolas de Medicina. O Segundo Ciclo, juntamente com o recrutamento internacional, foi a medida que teve mais repercussão na mídia que a tratava como um ‘serviço médico obrigatório no SUS’ (BECKER, 2017; SILVA, 2018).

Descrita e analisada em linhas gerais a MP, na próxima seção será feito o mesmo com a Lei que instituiu o PMM dando destaque somente ao que mudou em relação à MP.

6.2 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS QUE FOI CONVERTIDO NA LEI 12.871

A Lei 12.871 foi aprovada na Câmara do Deputados no dia 9 de outubro de 2013 e sete dias depois no Senado Federal. A dinâmica da atuação dos atores sociais mais relevantes na formulação do PMM nesse período entre o lançamento da MP e sua conversão em lei será analisada nas próximas seções. É válido já destacar que havia um bloco favorável ao PMM e outro contrário. O primeiro foi liderado pelos Empreendedores do PMM, incluía o governo e sua base parlamentar, prefeitos, gestores do SUS e suas entidades de representação. O segundo foi liderado pela Comunidade Medicina Liberal, tendo como bases organizativas principais o CFM e a AMB. Contava com o apoio da bancada médica e dos partidos de oposição ao governo, especialmente DEM e PSDB. Também atuaram as Comunidades Movimento Sanitário e Regulação pelo Mercado, próximas ao bloco favorável.

Foram apresentadas 575⁵⁵ emendas parlamentares à MP sendo que os três temas mais tratados foram: modificação ou extinção do ‘Segundo Ciclo’, com 16,7% das emendas, exigência da revalidação de diploma para a atuação dos médicos estrangeiros, com 15,6% das emendas, e modificação de critérios para abertura de cursos, com 11,3% (OLIVEIRA et al., 2017). Comparada à MP, não houve nenhuma alteração no capítulo que trata dos objetivos e estratégias gerais do PMM. Na parte mais polêmica da Lei, que tratou do Eixo Provimento, embora tenham sido propostas 357 emendas, foram poucas as mudanças. Dessas, 90 propuseram que fosse exigida a revalidação de diplomas dos médicos sem registro no Brasil, mas como essa modificação inviabilizaria a continuidade do Eixo Provimento, que recebia cada vez mais apoio popular, houve posição unificada do governo e de sua base parlamentar na rejeição das emendas. Porém foram produzidos acordos entre os dois blocos para inserir ‘salva guardas’ na Lei que evitassem excessos: a não exigência da revalidação valeria somente por três anos, não seis, para cada médico sem registro no Brasil e o número máximo de autorizações ao exercício não excederia o equivalente a 10% dos médicos com inscrição definitiva nos CRM. Também foram incorporadas mudanças que visaram assegurar a qualidade do processo ampliando o tempo de formação, introduzindo novos conteúdos no acolhimento inicial e prevendo avaliações periódicas dos médicos.

Como solução para conflitos com os CRM (GOMES, 2016; SILVA, 2018) e os programas de residência foram feitas três mudanças. Contra a tentativa dos CRM de intimidar médicos brasileiros que atuavam no PMM com supervisores e tutores alegando que eles seriam responsabilizados por eventuais erros médicos dos intercambistas, foram introduzidos dois dispositivos. Um delimitou a responsabilidade legal: a “atuação e a responsabilidade do médico como supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica”. Outro determinou que a Advocacia-Geral da União (AGU) faria a “representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e de tutor acadêmico” (BRASIL, 2013b). Foi também fortalecida e ampliada a regra do Provac que garantia aos médicos participantes 10% de bonificação nas seleções públicas de residência

⁵⁵ Sassi (2018) compara a quantidade de emendas ao PMM com aquelas destinadas à proposta da reforma da previdência de 2017, com 164 emendas, e vê nisso uma prova empírica da forte atuação da Comunidade Medicina Liberal no parlamento. Observa ainda que 72 deputados foram autores de emendas, que dos 12 mais ativos com mais de 20 propostas cada um, 9 eram médicos.

médica e que estava sofrendo resistências e questionamentos judiciais em alguns casos, especialmente nas universidades estaduais paulistas. Essa bonificação foi estabelecida na Lei e passou a ser válida não só para o Provab, mas para “programas de provimento” em geral. O que incluiu o próprio PMM e permitiu a unificação do Provab e do PMM em 2015. Como os CRM relutaram em emitir o registro para os médicos estrangeiros (GOMES, 2016; SILVA, 2018), conforme havia sido determinado na MP, a Lei deu ao MS o poder de emitir um registro que autorizava o exercício da Medicina no Brasil. À frente essa questão é retomada.

O Eixo Infraestrutura foi fortalecido pelo argumento da Comunidade Medicina Liberal de que deficiências de estrutura dos serviços levavam à ausência de médicos em áreas subatendidas. Com o ganho de importância desse tema no debate público, foi negociada a inclusão de uma obrigação na Lei, que passou a determinar um prazo de cinco anos para que o governo federal dotasse “as Unidades Básicas de Saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura” (BRASIL, 2013b). O Requalifica UBS, que havia sido criado em 2011, teve seu orçamento triplicado no contexto do PMM e passou a ser considerado um dos eixos do Programa⁵⁶.

No Eixo Formação foram propostas 65 emendas relacionadas às autorizações para o funcionamento dos cursos de Medicina e 95 destinadas à formação médica (OLIVEIRA et al., 2017). As mudanças propostas no primeiro, defendidas pela Comunidade Medicina Liberal, buscavam dificultar o processo de abertura de cursos, mas não avançaram para além do ‘razoável’ porque, além do governo, a Comunidade Regulação pelo Mercado era contrária à inclusão de exigências não factíveis ou com alto impacto nos custos dos cursos. As mudanças que foram incluídas na Lei refletem os embates travados e os consensos obtidos entre diferentes grupos interessados no Programa: a Comunidade Medicina Liberal e a Rede Temática Educação Médica na ampliação das exigências expressas nos critérios de qualidade e de necessidade social para autorizar tanto a criação de novos cursos quanto o funcionamento dos já existentes. Organizações das demais profissões de saúde interessadas na ampliação dos dispositivos de regulação da abertura de cursos que a MP havia criado para a Medicina e na Lei facultado para os demais cursos de graduação na área de saúde. Ao contrário da Medicina,

⁵⁶ O Requalifica-UBS iniciou o ano de 2013 com um orçamento de 1,7 bilhão de reais e aproximadamente 10 mil obras de reforma e ampliação de UBS e 1 mil de construção de novas. Com o PMM passou para 4,9 bilhões, 23 mil obras (8 mil só de construção de novas UBS) em mais de 4,9 mil municípios (Dados Ministério da Saúde).

elas não conseguiam barrar a criação de novos cursos, com isso a extensão dessa regulação para, por exemplo, a Enfermagem, Odontologia e Farmácia, era vista como um avanço por estabelecer critérios que limitavam a expansão. Os gestores públicos locais foram contemplados no dispositivo que estabeleceu que as IES privadas deveriam arcar com custos de adequação e qualificação dos serviços de saúde do SUS para que funcionassem como campo de prática dos cursos de Medicina. Essas três mudanças não eram do interesse da Comunidade Regulação pelo Mercado, mas também não eram problemáticas a ponto de retirar o apoio da mesma à grande expansão de cursos, vista como expansão de mercado, que o PMM promoveria. Nesta Comunidade os grandes hospitais, chamados pelo MS de ‘hospitais de excelência’, foram contemplados com a possibilidade de poderem também abrir cursos de Medicina (E. v; xv; xvi).

A parte que tratou da formação médica foi a que sofreu maiores mudanças. O ‘Segundo Ciclo’ foi suprimido, o que foi considerada uma vitória da Comunidade Medicina Liberal. Um dos artigos que previa uma “adequação da matriz curricular dos cursos” para atender à exigência do ‘Segundo Ciclo’ foi modificado e ampliado para determinar que “o funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE)” (BRASIL, 2013b). A lei determinou prazo de 180 dias para que as novas diretrizes fossem formuladas pelo CNE e publicadas pelo MEC⁵⁷; definiu elementos objetivos a serem cumpridos – como a exigência de que 30% do estágio em serviço chamado de internato fosse desenvolvido nos serviços de atenção básica e de urgências do SUS, os mesmos locais onde pretendia ser desenvolvido o ‘Segundo Ciclo’ -; previu a criação de novas avaliações regulares para os estudantes e residentes de Medicina⁵⁸ para acompanhar os efeitos das mudanças curriculares e a qualidade dos cursos; e estabeleceu que seu cumprimento seria objeto de avaliação e auditorias pelo Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes), portanto, com consequências que poderiam chegar na suspensão de novos vestibulares e fechamento do curso. Ou seja, diferentemente do processo de mudança das diretrizes em 2001, analisado no

⁵⁷Em 20/06/14 a Resolução nº 3 do Conselho Nacional de Educação institui as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina em diálogo com o debate nacional e internacional sobre o tema apontando para as chamadas reformas de 3ª geração na educação médica (ROCHA, 2017; OLIVEIRA, 2018)

⁵⁸A avaliação para os estudantes foi instituída somente em 2016 pela Portaria MEC nº 982 com o nome de Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem). Adiada, não chegou a ser implementada porque foi retirada da Lei em 2017. A avaliação dos residentes nunca chegou a ser implementada.

capítulo 4, a Lei do PMM determinou a criação de novas diretrizes articulada a instrumentos de política pública que induziriam e avaliariam sua implementação nas IES (PINTO et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019).

O formato das avaliações previstas, para o curso de graduação em Medicina e para os programas de residência médica, foi tributário de duas experiências protagonizadas por atores importantes no processo de formulação do Programa. De um lado, os testes de progresso voluntários aplicados aos estudantes de Medicina realizados pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), na década de 1990, e depois pela Abem. Experiências das quais participaram diversos Empreendedores do PMM, dentre eles, o próprio relator da Lei, nome que compôs o trio de especialistas da Cinaem responsáveis na ocasião, dentre outras coisas, pela formulação dos instrumentos de avaliação aplicados. De outro, a experiência do MEC com o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) e com o seu uso como parâmetro de acesso às vagas universitárias no Sistema de Seleção Unificada (SISU). Convém observar que, inicialmente, a proposta foi apoiada pela Comunidade Medicina Liberal, considerada como uma conquista em prol da qualidade dos cursos de Medicina. Mas, o apoio foi retirado com a consolidação da decisão de que, além de avaliar o progresso dos estudantes de Medicina ao longo do curso, a avaliação prevista na lei deveria valer também como a prova teórica para a entrada nos programas de residência e para a revalidação de diplomas (o Revalida) (BRASIL, 2015). A Comunidade passou a ver essa avaliação como uma ameaça ao controle local que as coordenações dos programas de residência exerciam sobre quem era ou não selecionado – mesmo motivo de serem tão críticos ao Provas - e ao seu exitoso mecanismo de restringir a revalidação de diplomas estrangeiros, já que médicos brasileiros e estrangeiros teriam de ser avaliados da mesma forma. Com efeito, a proposta foi retirada da Lei durante o Governo Temer, graças a pressões da Comunidade Medicina Liberal.

Na Lei, o ‘Segundo Ciclo’ foi ‘substituído’ também pela combinação da universalização do acesso dos médicos formados à residência médica com a definição de um novo percurso de formação que obrigaria os médicos a fazer um ano ou dois de residência em Medicina de família e comunidade atuando no SUS antes de poderem fazer residência nas outras especialidades (exceto nove que foram mantidas como de acesso direto). Assim, o artigo quinto definiu que os “Programas de Residência Médica” deveriam ofertar “anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior” e que essa meta deveria ser “implantada progressivamente até 31 de dezembro de

2018” (BRASIL, 2013b). A lei definiu que “o primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade” seria “obrigatório para o ingresso” nas especialidades raízes que, por sua vez, davam acesso a outras especialidades médicas. Estabeleceu que essa regra só entraria em vigor quando fosse alcançada a universalização da residência e que os programas de Medicina de família e comunidade (MFC) contemplariam especificidades de formação do SUS, como atuações em urgência, atenção domiciliar, saúde mental, educação popular, entre outras. Atribuiu ao MS a coordenação dessa residência e o autorizou a complementar o valor da bolsa de modo que pudesse praticar valores pagos no mercado de trabalho para médicos que atuam na ESF (BRASIL, 2013b).

A proposta transformava em Lei diversos elementos – universalização da residência, valorização da MFC, mudança do perfil da formação, gestão pelo MS e complementação de bolsa, participação democrática dos estudantes na mudança da formação - defendidos pelos Empreendedores do PMM, propostos antes pelo próprio MS⁵⁹ e apoiados e praticados, em parte, pela Comunidade Movimento Sanitário, especialmente pelos atores mais ligados à gestão da educação nos entes infranacionais do SUS. A proposta foi considerada melhor que o segundo ciclo por alguns motivos: teria um efeito mais duradouro e mais abrangente no provimento, os participantes seriam médicos já formados e, principalmente, buscava mudar o perfil da formação dos médicos especialistas no Brasil voltando mais às necessidades do SUS e da população brasileira (BRASIL, 2015; ALÉSSIO, 2016; OLIVEIRA, 2018; ROCHA, 2017; OLIVEIRA et al., 2019; PINTO et al., 2019; E. i; xv; xvi). A Comunidade Medicina Liberal também era contrária a estas mudanças. Teve dificuldades de se opor e impedir essas medidas em 2013, mas, nos Governos Temer e Bolsonaro atuaram e conseguiram retirar da Lei ou neutralizar essas medidas.

A Lei definiu também que a residência médica se constituía como “modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil”, reconheceu que tanto os programas de residência quanto as associações médicas podiam certificar médicos como especialistas e determinou que ambas teriam de seguir as “necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Estabeleceu ainda que os conselhos de Medicina e as associações médicas teriam de informar regularmente o número de médicos certificados como especialistas, “com vistas a possibilitar

⁵⁹ Vimos no capítulo 4 que dirigentes do MS em 2004 propuseram a expansão das residências em Medicina de família e comunidade no interior do país em substituição ao Pits, mas não tiveram adesão do MEC e contaram com a resistência da Comunidade Medicina Liberal.

o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública” (BRASIL, 2013b). O Cadastro tinha sido previsto em portaria do MS, mas, ao ser incluído na Lei ganhou força para obrigar que as entidades médicas encaminhassem seus registros de especialistas ao MS, já que, anteriormente, haviam se negado a compartilhar esses dados voluntariamente (como tratado no Capítulo 4). A indisponibilidade dessa informação ao MS era um empecilho à sua tentativa de planejar e ordenar a formação de especialistas no Brasil (BRASIL, 2015) como ela é feita em outros países com grandes sistemas públicos de saúde e como é defendido pela Comunidade Reforma Sanitária (FEUERWERKER, 1998; 2002; RODRIGUES, 2013; BRASIL, 2015; ALÉSSIO e SOUSA, 2016).

Por fim, para definir diretrizes de pactuação e dar mais solidez aos pactos entre IES e gestões municipais e estaduais do SUS que visam garantir a integração ensino-serviço e viabilizar os chamados “campos de prática”, tanto para a graduação quanto para a residência, a Lei criou o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde prevendo que as IES “responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica” poderiam

firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica (BRASIL, 2013b)

Essa foi uma solução institucional inspirada no Contrato de Ação Pública implementado em Sergipe no ano de 2009 (FUNESA, 2011), quando o relator da Lei, Carvalho, era Secretário de Saúde deste estado e nos Contratos Organizativos de Ação Pública normatizados no Decreto 7508 de 2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde. Proposição e formulação também protagonizada pelos Empreendedores do PMM. Tratou-se de uma solução construída para solucionar um problema há muito apontado pelo movimento estudantil e docente, dos quais fizeram parte o relator e outros Empreendedores do PMM.

As mudanças realizadas na MP resultaram em uma Lei mais abrangente e mais convergente com objetivos e ideias da Comunidade Movimento Sanitário, avançando significativamente na criação de instrumentos que ampliam a capacidade do Estado de ‘ordenar a formação em saúde’. Também fez o PMM se aproximar mais de propostas presentes em iniciativas de mudança da educação médica nos anos 1990, em especial

daquelas defendidas pelo movimento estudantil de Medicina, organização na qual os Empreendedores do PMM foram protagonistas. Nas próximas seções serão aprofundadas a análise de como isso foi possível, quais processos e fatores conseguiram mudar o formato do PMM nessa direção, tendo em vista que, historicamente, a Comunidade Medicina Liberal exerce forte influência no Congresso Nacional e este espaço costuma ser conservador nos temas relacionados à manutenção das regras e privilégios profissionais.

6.3 OBJETIVOS, IDEIAS E POSICIONAMENTO DOS ATORES MAIS RELEVANTES COMO FATORES IMPORTANTES NA FORMULAÇÃO DO PMM

Ao serem anunciados e publicados os primeiros atos normativos criando o PMM em 8 de julho de 2013, a arena de disputa da formulação do Programa deslocou-se do Executivo, onde estava intencionalmente escondida, para o debate público amplo e para o Congresso Nacional, onde a Lei foi debatida e transformada até ser aprovada a Lei no Senado Federal em 16 de outubro de 2013. Nesse processo, os diversos atores interessados puderam posicionar-se e interferir na definição do instrumento legal que normatizou o PMM. Nesta seção sintetizaremos objetivos, ideias, estratégias de ação, trajetórias e posições históricas dos atores sociais mais relevantes no processo de formulação do PMM. O uso do conceito de comunidade de políticas nos permitiu sintetizar e identificar fortes regularidades na atuação de redes de atores que, há décadas, compartilham e defendem objetivos e ideias e se articulam em determinadas posições institucionais. Por meio da análise foi possível identificar, ainda, a existência de frações dentro dessas comunidades de políticas; grupos que agregam indivíduos de diferentes comunidades que compartilham ideias sobre aspectos do tema específico; grupos e atores relevantes que, em certos momentos, se descolam da comunidade de políticas à qual pertencem; e aqueles sujeitos que agiram como empreendedores na defesa do PMM.

A análise realizada permitiu mapear os posicionamentos e ações dos atores sociais mais relevantes para o estudo do PMM. Pode-se afirmar que, tanto na entrada do Programa na agenda governamental, quanto na sua formulação, a maior opositora do PMM foi a Comunidade Medicina Liberal e os maiores apoiadores foram os prefeitos e a fração da Comunidade Movimento Sanitário composta por gestores do SUS dos três níveis de governo. Depois do lançamento do Programa, prefeitos e gestores do SUS, individualmente e por meio de suas entidades de representação, não apenas publicizaram seu apoio como atuaram no

Congresso Nacional pressionando os parlamentares para que votassem pela sua aprovação. Esses gestores estavam particularmente interessados nos Eixos Provimento e Infraestrutura, cujo conteúdo respondia às necessidades mais diretas e imediatas dos gestores municipais. Os gestores pressionavam para receber os médicos através do PMM e para serem contemplados com recursos para a realização de obras nas unidades de saúde, pressão que convergiu com a intenção estratégica do governo federal de angariar apoio dos gestores para o Programa. Essa convergência foi um fator decisivo para a rápida e abrangente implementação das medidas que constavam nesses dois eixos. Programado para começar atendendo inicialmente em torno de dois mil municípios, foi ampliando a abrangência⁶⁰ e, na época da aprovação da Lei, já contava com 3,5 mil municípios (chegando a mais de quatro mil em 2015). O MS mobilizou recursos e esforçou-se para prover toda a demanda de médicos e de obras feita pelos municípios (E. i; xviii; BRASIL, 2015).

Há outra fração da Comunidade Movimento Sanitário, composta por especialistas, pesquisadores e pelas chamadas entidades do Movimento Sanitário – Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e Rede Unida –, que exige análise específica. O exame de publicações e análises sobre o PMM realizadas por seus membros, sejam eles indivíduos ou organizações, bem como da literatura que trata da posição do grupo com relação ao Programa (CAMPOS, 2013; 2015; SCHEFFER, 2013; 2015; 2016; COSTA et al., 2015; MACHADO; CAMPOS; LIMA, 2015; FACCHINI, 2016; SILVA JUNIOR e ANDRADE, 2016; CAMPOS E PEREIRA JÚNIOR, 2016; SOARES et al., 2017; ANDRADE e BRAGANTE, 2018) mostra que defendiam os objetivos do PMM e a ideia de que o Estado é quem deveria dirigir a formação, a regulação e a provisão de médicos em função das necessidades da população e do SUS. Em um primeiro momento, que compreendeu o período de conversão da MP em Lei, houve apoio crítico ao Programa. As críticas recaíam sobre o foco dado aos médicos, pois consideravam que as medidas a serem adotadas deveriam ser direcionadas ao conjunto da equipe multiprofissional que atua na atenção básica. Questionavam, ainda, a contratação realizada através da concessão de bolsas, que contrariava o ideal de criação de uma carreira de Estado para o conjunto dos profissionais de saúde. O apoio crítico, ao menos em parte, deveu-se também a sentirem-se alijados do

⁶⁰ A já citada Resolução nº 01 da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil de 2015 consolidou a metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do Programa.

processo de formulação do PMM. Além disso, para eles, as ‘Jornadas de Junho’ poderiam viabilizar a que o governo federal assumisse a defesa da campanha ‘Saúde Mais 10’, que defendia que a União destinasse 10% da receita corrente bruta para os gastos em saúde, deste modo, uma solução como o PMM estava aquém do ambicionado por esta Comunidade (E. xi; xiii; xiv; xvi; xviii). A fala de dirigente do MS de então analisa o pouco entusiasmo inicial dessa fração da Comunidade

Formação médica e as soluções do provimento e fixação sempre foi um debate (...) periférico no Movimento Sanitário, (...) embora tenham autores que discutam o papel dos médicos na construção do SUS. Aderem inicialmente aqueles que tinham uma aproximação clara com o debate da formação médica, ou que tinham tido experiência de gestão municipal. (...) O movimento considerava [o PMM] uma medida insuficiente para enfrentar o tema do subfinanciamento crônico do SUS. (...) Tinha nas manifestações de 2013 uma [outra] expectativa (E. xviii).

Contudo, com o início da implementação do PMM houve apoio crescente dessa fração da Comunidade Movimento Sanitário. Pode-se relacionar essa defesa com a percepção dos efeitos do Programa na ampliação do acesso à saúde da população mais vulnerável de um modo que nenhum outro programa de provimento havia conseguido até então. Também com a forte polarização das posições contra e a favor do Programa, em um debate com intensa exposição midiática e disputa social, que fez com que fração da Comunidade passasse a defender suas posições históricas, contra-argumentar as críticas mais comuns da Comunidade Medicina Liberal e apoiar cada vez mais o PMM e, com ele, o acesso universal à saúde, a valorização da atenção básica e do SUS. Além disso, as mudanças realizadas na Lei no Congresso Nacional fizeram o Programa ficar mais abrangente, ganhar elementos mais estruturantes, passar a incidir mais na formação médica, tornar-se uma política com maior papel na efetivação da diretriz do SUS ‘ordenar a formação de recursos humanos em saúde’ e, assim, se aproximar mais de objetivos e valores da Comunidade Movimento Sanitário.

Essas mudanças se deveram menos a uma atuação direta das organizações e atores dessa fração e mais à influência das ideias produzidas ao longo da história pela Comunidade Movimento Sanitário na ação dos demais atores e frações dessa Comunidade que tiveram papel mais significativo na formulação. Dentre estes, destacam-se os Empreendedores do PMM que, conforme visto no capítulo anterior (Quadro 6), nove do total de 16, e todos do trio considerado mais importante na formulação do Programa, entendiam-se como parte da Comunidade Movimento Sanitário compartilhando visões de mundo e estruturas normativas com a mesma. Além disso, a metade deles compôs a Rede Temática Educação Médica

atuando nas iniciativas de mudança da formação médica por meio da Denem, Cinaem ou Abem. Pode-se dizer que, ao longo de suas trajetórias, construíram e lutaram por um projeto de reforma médica que envolvia transformações na formação e na regulação da Medicina com o objetivo de formar e garantir aos SUS os médicos necessários para sua efetivação tal como almejada na Reforma Sanitária. Com efeito, a pesquisa mostra forte presença dessas ideias no desenho do PMM, sendo ainda mais marcante na Lei do que já era na MP.

A Comunidade Defesa da Regulação pelo Mercado manteve-se inicialmente distante dos debates relacionados ao PMM. Isso porque o conteúdo presente no Eixos Provimento e Infraestrutura não entrava em conflito com as propostas defendidas por essa Comunidade, pois medidas que aumentassem o número de médicos atendiam às demandas do setor privado da área de saúde e poderiam resultar, no médio prazo, em controle da inflação da remuneração médica. Os elementos que mais chamaram a atenção dessa Comunidade estavam no Eixo Formação, especialmente as metas de expansão de vagas de graduação, as novas regras de autorização de cursos e a elevação do padrão de qualidade exigido para a criação e funcionamento dos cursos. Essa Comunidade defende uma regulação da abertura de cursos feita pelo mercado, portanto, com o mínimo de participação do Estado. Também se opõem às interferências nessa regulação feitas pela Comunidade Medicina Liberal, como a pressão contra a abertura de vagas independente da demanda do mercado, que têm o intuito de fazer reserva de mercado e controlar os preços da força de trabalho e dos serviços médicos. O PMM aumentou o poder de regulação do Estado contrariando, principalmente, atores econômicos e políticos com influência regional que, com as regras vigentes até então, conseguiam, ou tinham mais chances de conseguir, expandir vagas de Medicina em suas regiões. Mas como a regra não retroagiu aos pedidos de abertura de novos cursos já em análise e veio acompanhada de uma audaciosa expansão de vagas nos cursos de Medicina no setor privado, os grandes grupos do ensino superior privado julgaram que o Programa era mais uma oportunidade do que uma ameaça. Satisfeita com a MP, esta Comunidade atuou na Lei para assegurar que a expansão e funcionamento dos cursos se manteria em níveis razoáveis em termos execução e custo (E. i; xii; xv; xvi. xix). Posteriormente, na implementação do PMM, quando aquelas mantenedoras de cursos de Medicina com influência regional perderam a concorrência para

grupos nacionais, juntaram-se à Comunidade Medicina Liberal e atuaram para paralisar o processo no Tribunal de Contas da União (TCU)⁶¹.

A maior opositora do PMM e de outras medidas que buscaram mudar o *status quo* da formação, provimento e regulação médica no Brasil foi a Comunidade Medicina Liberal. A pesquisa permite fazer algumas sínteses dos objetivos, ideias e posições desta Comunidade considerando o lugar estrutural da profissão médica, suas posições históricas⁶², a análise de elementos mais conjunturais desse período e a literatura que aborda o posicionamento dos médicos quanto ao PMM (LOPES, 2013; SALES e SIROUGI, 2013; SANTOS 2014; RIBEIRO, 2015; GOMES 2016; GOMES e MERHY, 2016; TRINDADE e BATISTA, 2016; ALÉSSIO e SOUSA, 2017; BARROS; TORRES; PEREIRA, 2017; CHEHUEN NETO, 2017; VILLA REAL; 2017; SOARES et al., 2017; ACIOLI, 2017; LIMA; 2017; SILVA; 2018). De um modo geral, a Comunidade Medicina Liberal defende que cada profissional médico deve ter liberdade para escolher onde atuar, como atuar, quem atender e qual formação fazer. Também defende que deve ser a própria profissão, por meio das entidades médicas, que deve dirigir os sentidos da formação e da regulação profissional, além de atuar para a preservação de seu mercado de trabalho. Divergem da Comunidade Regulação pelo Mercado porque defendem que o Estado deve atuar controlando o mercado privado de educação e impedindo uma abertura de escolas que lhe pareça excessiva. Ao mesmo tempo, entendem que o Estado não pode atuar na regulação da formação, na distribuição dos médicos e na definição de qual o escopo de práticas que cabe a cada profissão. Historicamente, os médicos ocupam posição dominante quando comparados às demais profissões da saúde e, por meio de suas organizações associativas privadas e estatais, como os Conselhos de Medicina, conseguem controlar a regulação do exercício profissional mais do que o Estado brasileiro. Querendo manter tais prerrogativas, a Comunidade Medicina Liberal viu o PMM como uma ameaça. O Eixo Provimento interferiu nas regras de regulação do exercício profissional de médicos formados fora do Brasil, algo que poderia resultar em uma abertura ainda maior do mercado de trabalho. Medidas que resultem no aumento da atuação no Brasil de médicos

⁶¹ O TCU paralisou o processo de abertura de vagas em IES privada em novembro de 2015, depois de concluídas as fases que selecionaram 39 municípios, que não eram capitais e nem tinham cursos de Medicina, e as mantenedoras privadas que abririam 2.460 vagas neles. Em um processo com forte viés político, curiosamente o tribunal liberou a implementação, sem nenhum pedido de mudança ou exigência de alteração do processo, em julho de 2016, dois meses após a derrubada da Presidenta Dilma e início do Governo Temer.

⁶² Tratado no capítulo 3.

formados no exterior têm sido combatidas há décadas por esta Comunidade. O Eixo Formação fortalecia o papel do MS na regulação da formação, mas o que desencadeou forte campanha pública contrária ao PMM liderada por essa Comunidade foi a ampliação de vagas de graduação e, conseqüentemente, a entrada de novos médicos no mercado de trabalho que poderia resultar em queda na remuneração do trabalho e serviços médicos.

A Comunidade Medicina Liberal negou que no Brasil houvesse insuficiência de médicos, portanto, considerou que não havia razões que justificassem o PMM, que foi denunciado como um programa de ‘grande apelo popular’, com fins ‘eleitoreiros’ e com potencial de colocar em risco a saúde da população. Em coletiva de imprensa, as entidades médicas - CFM, Associação Médica Brasileira - AMB, Federação Nacional dos Médicos - FENAM e Associação Nacional dos Médicos Residentes - ANMR declararam-se contrárias ao conjunto das medidas do PMM e em carta aberta (CRM-PR, 2013) afirmaram que a autorização da “importação de médicos” e a ampliação de vagas nos cursos de Medicina eram ações irresponsáveis. Argumentavam que o Programa era “eleitoreiro” e que não resolveria os problemas da saúde pública. Fizeram uma ampla campanha que difundiu as ideias de que o PMM era o maior ataque já feito por um governo aos médicos, de que desvalorizava o profissional brasileiro frente ao estrangeiro e de que tentava culpabilizá-lo pelos problemas da saúde pública (SOUZA, 2014; GOMES, 2016; ALÉSSIO e SOUSA, 2017; ACIOLE, 2017). Sua estratégia de ação foi mobilizar as organizações de representação da profissão para agir por meio de seus veículos de comunicação, além de defender suas posições contrárias ao PMM nos veículos da grande mídia escrita, radiofônica e televisiva. Paralelamente moveram diversas ações na justiça contra o PMM, realizaram campanhas de mobilização entre os médicos brasileiros, participaram ativamente no processo de conversão da MP em Lei, seja atuando por meio de comissões permanentes articuladas, principalmente, entre o CFM e a AMB para influenciar a ação de deputados e senadores, seja discutindo, negociando e tentando produzir acordos com representantes do governo, mediados ou não por membros da própria Comunidade que ocupavam cargos no governo federal (GOMES, 2016; ALÉSSIO e SOUSA, 2017; SILVA, 2018; SASSI, 2018; E. i; ii; v; vi; x; xii; xiii; xv; xvi; xviii).

Porém, nem todas as entidades médicas assumiram a posição da Comunidade Medicina Liberal. A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Sbmfc) foram da neutralidade ao apoio crítico ao Eixo Provisório e,

apesar de criticarem muito a versão inicial do Eixo Formação na MP, apoiaram a maior parte do texto que foi instituído pela Lei do PMM. As três entidades têm membros que participam tanto pela Comunidade Medicina Liberal quanto pela Comunidade Movimento Sanitário. A Abem é mais identificada com a primeira e a Denem, com a segunda, enquanto que a Sbmfc tende a integrar uma ou outra a depender do grupo eleito para dirigi-la. Outro fator que colabora para que essas organizações tenham posições intermediárias, às vezes dúbias, é a proximidade de sua base social – docentes e estudantes de Medicina e médicos de família e comunidade – com os objetivos e ideias da Comunidade Medicina Liberal. Por serem representativas, as direções dessas organizações não conseguem defender posições muito diferente de suas bases. Além disso, a Abem e a Sbmfc têm vínculos com o CFM e a AMB de diversas naturezas, incluindo financeiros, e isso restringe posições muito divergentes entre estas entidades. Sobre a Abem e a Denem um dirigente de então do MEC que foi liderança nas duas entidades comentou.

A Abem tem uma base muito conservadora de professores, mas ao mesmo tempo com pessoas mais à frente que tem uma certa coisa progressista (...) Nessa briga, tem que estar bem com o governo, tem que estar bem com as entidades médicas. (...) Para a Denem era um pouco difícil essa pauta, não podia apoiar demais [o PMM] por que as entidades médicas já estavam detonando a Denem (...) fortalecendo os grupos de oposição [interna]. (...) Ao mesmo tempo, tem que estar bem com a Abem, que tem essa posição meio dúbia. (...) Foi um certo apoio crítico [o da Denem], apoiou a coisa das necessidades sociais, mas criticava que a gente não tinha no Mais Médicos algumas medidas mais estruturantes (E. XVI)

Destas entidades, a que mais atuou na formulação do PMM foi a Abem. É uma entidade legitimada pelas demais na discussão do tema Educação Médica, tendo sido delegado em grande parte a ela as discussões do Eixo Formação referentes à graduação. A Abem se opôs à proposta inicial contida no Eixo Formação, mas participou ativamente de sua reformulação na Lei. Suas proposições tinham o respaldo da Comunidade Medicina Liberal e, ao mesmo tempo, eram ouvidas e negociadas com os Empreendedores do PMM.

A análise dos principais atores, considerando regularidades em suas posições, objetivos, ideias, redes de relações e estratégias de ação contribui não apenas para a interpretação dos porquês das mudanças que sofreu o PMM durante sua formulação, mas também para entender a trajetória de ação desses atores e de como suas ideias influenciaram a essa formulação. A próxima seção terá foco em processos decisivos no contexto político geral e na correlação de forças políticas, no debate público e nas mudanças que ocorreram na

opinião pública, que acabaram por influenciar a posição dos parlamentares na apreciação da MP enviada pelo executivo.

6.4 DISPUTA SOCIAL E MUDANÇA DO CONTEXTO POLÍTICO QUE INFLUENCIARAM A APROVAÇÃO E AS MUDANÇAS NA LEI DO PMM

Uma mudança no contexto político ocorrida em agosto e setembro de 2013 foi decisiva para fortalecer a posição do bloco que atuou para a conversão da MP na Lei do PMM. Em um primeiro momento, os oponentes do PMM julgaram que seria possível impedir a ratificação da MP pelo Congresso Nacional, contudo observaram a formação de uma maioria na Câmara e no Senado em prol do Programa influenciada por diversos fatores. Com isso, foram obrigados a negociar seu conteúdo evitando o que, para eles, seria um ‘mal maior’. Na perspectiva dos Empreendedores do PMM, esse processo abriu uma nova janela de oportunidade para fazer a Lei avançar em pontos que não tinham sido possíveis na MP. O foco desta seção é a análise dos fatores relacionados a esta mudança no contexto político.

A pesquisa mostrou que os grandes veículos de comunicação cumpriram um papel mais relevante no processo de formulação do PMM do que na formação de sua agenda: reverberaram de modo interessado e desigual as opiniões dos principais atores sociais envolvidos neste processo, sendo que alguns veículos chegaram a se posicionar sobre o Programa em editoriais, influenciaram as ações desses atores e a opinião pública e também foram influenciados pelo crescente apoio popular ao PMM. O campo de Análise de Políticas Públicas estuda a importância da mídia na produção de políticas. Considera-se que a mídia atua capturando a atenção do público em geral para algumas questões selecionadas da ‘realidade’, influenciando, dessa maneira, as questões que serão pensadas pelos atores que participam do processo de decisão. Além disso, tem forte e abrangente capacidade de produzir sentidos e significados para as questões em disputa, enquadrando as ideias e produzindo esquemas narrativos de interpretação dos acontecimentos. Mas os atores sociais, além de responderem à mídia, buscam influenciá-la procurando visibilidade pública e ampliação da aceitação de suas ideias e projetos (HOWLETT, 2000; MIGUEL, 2002; CAPELLA, 2006; MCCOMBS, 2009; PENTEADO e FORTUNATO, 2015). Assim, os veículos de comunicação de massa acabam sendo um campo de disputa simbólica no qual atores buscam visibilidade favorável ao seu ponto de vista. Posicionamentos favoráveis podem angariar

apoio e facilitar o processo de implementação e posicionamentos negativos podem até inviabilizá-lo. Além disso, os veículos são também organizações com interesses e ideias próprias, que têm capacidade de influenciar não só os atores políticos que participam da controvérsia, mas também diversas outras camadas sociais e, em especial, aquele público que lhe é simpático (CARVALHO FC, 2014; MENEZES, 2018; FERLA et al., 2018).

Especificamente com relação ao PMM, a mídia tornou-se um fator importante após o lançamento do Programa, pois foi um campo de conflito, contribuiu para a formação da opinião sobre ele e sobre as reações da categoria médica (SOUZA, 2014; SILVA, 2018; FERLA et al., 2017; MENEZES, 2018). No segundo semestre de 2013, o PMM foi o tema principal das publicações dos veículos de comunicação próprios das entidades médicas (GOMES, 2016; SOARES et al., 2017). Também foi o tema relacionado à saúde mais abordado nas publicações dos meios de comunicação de massa, como mostram diversos estudos que analisaram o que foi publicado na grande mídia sobre o PMM (SCREMIN e JAVORSKI, 2013; SEGALIN, 2013; CARVALHO FC, 2014; MORAIS et al., 2014; SOUZA, 2014; SANCHO, 2016; BECKER, 2017; CAETANO; VARGAS; MOURA, 2017; PAULA et al., 2017; FERLA et al., 2017; EMERICH et al., 2018; SILVA et al., 2018; MENEZES, 2018). Além da análise de como foi abordado o fato noticioso em si, a criação e implementação do PMM, essa literatura analisou também o discurso dos médicos, as reações às ações dos médicos e os posicionamentos dos próprios meios de comunicação, conseguindo cobrir os principais veículos de comunicação do país: os maiores jornais impressos (Folha, O Globo e Estadão), as maiores revistas (Veja, Isto é e Época), o maiores sites de notícias (G1, UOL e Terra) e a maior emissora de TV (Rede Globo), além de outros veículos.

Com base nessa literatura, é possível sintetizar os principais argumentos públicos da Comunidade Medicina Liberal para se opor ao PMM: havia médicos em número suficiente e o verdadeiro problema era a má distribuição dos mesmos, cuja causa era atribuída à insuficiência de recursos e estrutura nas localidades mais pobres. As soluções para o problema eram o aumento do gasto público em saúde, o investimento na qualificação dos serviços públicos e a criação de uma carreira de Estado para o provimento e fixação dos médicos que lhes fosse atrativa. O PMM, por sua vez, era visto como desnecessário e equivocado em todas as suas medidas, pois: a) a ampliação das vagas de graduação colocaria médicos de baixa qualidade no mercado de trabalho; b) o segundo ciclo, um ‘serviço civil obrigatório disfarçado’, era autoritário, feria a liberdade de escolha do estudante de Medicina e o usaria

como mão de obra barata; e c) a vinda de médicos formados fora do Brasil sem a garantia de qualidade conferida pela aprovação no exame de revalidação, o Revalida, era um risco à saúde da população. Queixavam-se ainda que o governo federal era injusto com os médicos e o verdadeiro responsável pela situação crítica da saúde ao não financiar adequadamente o setor e não garantir uma carreira de estado capaz de prover, fixar e valorizar os médicos.

A literatura aponta para dois momentos distintos no comportamento hegemônico da mídia. Em um primeiro momento houve ampliação, reforço e apropriação dos argumentos utilizados pela Comunidade Medicina Liberal para atacar o PMM. As matérias focaram mais nas questões relacionadas à profissão e às entidades médicas do que na questão em si. Preponderaram opiniões e posições polarizadas. Estudos que classificaram as notícias, identificaram o predomínio de notícias negativas⁶³. No segundo momento, abordou-se mais a questão da insuficiência de médicos, os dados apresentados pelo Programa passaram a ser repercutidos nas matérias e houve uma mudança de conteúdo: menos opiniões e mais informações, notícias relacionadas à chegada dos médicos nos municípios e seus efeitos junto às autoridades locais e população, compondo narrativas de interesse local e mais favoráveis ao Programa. A explicação mais comum nessa literatura para a mudança do comportamento dos grandes veículos de comunicação foi a curva crescente de aprovação popular ao PMM. Nos meses de junho e julho, as pesquisas mostraram que o percentual de pessoas favoráveis à vinda ao Brasil de médicos estrangeiros para atender as áreas com necessidade era praticamente igual ao de pessoas contrárias (47% a favor e 48% contra no instituto Datafolha em junho e respectivos 49,7% a 47,4% no instituto MDA em julho), mas, a partir de agosto esses percentuais mostraram amplo apoio ao PMM (54% a favor e 40% contra no Datafolha de agosto e respectivos 84,3% a 12,8% no MDA de novembro) (DATAFOLHA, 2013; CNT/MDA, 2013).

Howlett (2000) considera que o melhor barômetro da opinião pública é a pesquisa de opinião, mas lembra que a chamada ‘opinião pública’ não é em si mesma um ator. Os atores sociais podem usar informações sobre as preferências, percepções e posições hegemônicas na população, em um determinado momento, para influenciar o comportamento de outros atores,

⁶³ O estudo de Menezes (2018), chega ao número de 92% de viés crítico ao PMM na revista *Veja*, mas também 62% na *Folha de São Paulo* e 55% em *O Globo*, neste primeiro momento. Além disso, destaca críticas dirigidas não só ao PMM, mas também às demais políticas de saúde do Governo Dilma, às posições e decisões da Presidenta, ao seu partido e ao seu governo como um todo, no que é acompanhado por Segalin (2013).

dada a alta sensibilidade dos agentes políticos à ‘opinião’ da população, especialmente, dos grupos que lhe são base social. A literatura associa os efeitos da implementação do Programa a essa mudança observada na opinião pública. De fato, pesquisas mostraram que aqueles beneficiados pelo PMM o avaliavam como muito bom e ótimo e o aumento do conhecimento sobre o Programa, mesmo por quem não havia sido diretamente atendido, resultava no aumento proporcional de sua aprovação⁶⁴. Esse efeito foi calculado e constatado pelos Empreendedores do PMM, como mostra a fala seguinte: “tinha sido feito um cálculo importante também (...) porque a gente sabia que o que ia virar a opinião pública era a chegada dos médicos nos locais (E. xviii)”.

Como foi discutido, as decisões de implementar o PMM por meio de uma MP com a maior velocidade possível, de ampliar os critérios de participação dos municípios e a quantidade de médicos e obras em cada um deles visaram também ampliar o apoio político para enfrentar o debate na sociedade e a aprovação da Lei no parlamento (E. i; vii; x; xviii). Contudo, a avaliação positiva dos atendidos pelo Programa, por si só, não é suficiente para explicar a expressiva aprovação dada ao PMM em seu primeiro trimestre de existência. Quando a MP foi convertida em Lei, o PMM tinha apenas o tamanho do Provab, eram 3,5 mil médicos atendendo cerca de 12 milhões de pessoas. De um lado, a avaliação positiva dos atendidos, que ganhava progressivo espaço na mídia, principalmente na mídia regional, somava-se às expectativas positivas de quem esperava ser atendido. De outro, tanto a literatura quanto a percepção dos entrevistados destacam dois processos de disputa simbólica entre o governo e a Comunidade Medicina Liberal que contribuíram para o aumento da aprovação do Programa e para a perda de legitimidade e credibilidade dessa Comunidade, que passou a ser vista pela população como defensora de seus interesses corporativos em detrimento da efetiva resolução do problema de saúde em pauta⁶⁵ (GOMES, 2016; BECKER, 2017; SILVA et al., 2018; PAULA et al., 2017). O primeiro desses processos foi a adesão dos médicos brasileiros ao edital do PMM. Das 15.540 vagas para atuação de médicos demandadas pelos municípios que aderiram ao PMM, só 6% foram preenchidas com médicos

⁶⁴ A pesquisa UFMG/IPESPE (2015), embora sua primeira rodada tenha sido realizada somente em 2014, mostrou que as pessoas atendidas avaliavam muito bem o Programa (95% de satisfação, nota média de 9 em uma escala até 10). Quanto mais a pessoa dizia conhecer o Programa mais o aprovava e havia expectativa positiva entre os entrevistados dos municípios que ainda não haviam recebido médicos do mesmo.

⁶⁵ Fenômeno também observado no debate e disputa pública relacionada à Lei de Doação de Órgãos em 1998 (FERLA, 2007).

com registro no Brasil⁶⁶. Esse resultado não surpreendeu os dirigentes de então do MS, como mostra a fala que segue:

Já tinha uma perspectiva de não atendimento (...) Tivemos 900 brasileiros inscritos (...) 700 municípios que não constaram na opção de nenhum dos médicos brasileiros, que tinham seis opções... [então] você cria, de cara, um bolsão [de municípios] que evidentemente não ia ficar coberto (E. X)

Seguindo a ordem definida na MP, foram oferecidas as demais vagas para os médicos brasileiros formados no exterior e médicos estrangeiros, mas a adesão também foi insuficiente e ocuparam apenas mais 8% das vagas. Na ocasião, a imprensa publicou matérias⁶⁷ sobre médicos brasileiros inscritos no Programa que não compareceram e frustraram a população. Silva (2018 p. 128) analisa que “a mídia acabou criando uma imagem negativa da categoria médica (que nega atendimento a quem precisa) e positiva do governo (que quer levar atendimento à população desassistida)”. Fortaleceu-se junto à opinião pública a necessidade de utilização dos acordos de cooperação internacional previstos na MP para garantir o provimento das vagas não preenchidas. A cooperação com a OPAS e Cuba foi acionada, o governo anunciou a vinda de quatro mil médicos cubanos (o dobro da quantidade de médicos no PMM até então) e eles começaram a chegar no Brasil no dia 24 de agosto de 2013. A adesão insuficiente dos médicos brasileiros, reiterada nos chamamentos posteriores, reforçou a ideia de que a ‘importação de médicos’ era necessária porque os médicos brasileiros ‘não queriam’ atuar nas áreas mais pobres e distantes dos centros urbanos.

O segundo processo foi o conflito das entidades médicas com os médicos estrangeiros, em especial, com os médicos cubanos. A Comunidade Medicina Liberal atacou fortemente os médicos cubanos e o acordo com Cuba. É possível identificar na literatura que as principais acusações públicas das entidades médicas eram: a) que os médicos estrangeiros não tinham competência para atuar no Brasil; b) que a formação dos médicos cubanos, em especial, era de ‘baixa qualidade’; c) que estes atuavam em condições de ‘trabalho escravo’ por não terem

⁶⁶ Em 2014, a maior quantidade de médicos com registro no Brasil chegou a 12,8%. 79% eram cubanos e os demais brasileiros e estrangeiros formados no exterior. Em 2015, quando foram unificados o PMM e o Provac, a quantidade de médicos com registro no Brasil chegou a 29%. A quantidade máxima de médicos cubanos no PMM, 11.429, foi atingida em 2014. Em 2015 ela passou a representar 62% do total de médicos (Dados Sgtes).

⁶⁷ Exemplos são matérias do Jornal o Globo com as fortes chamadas “metade dos brasileiros faltou”, de 12 de setembro, e “sem pressa com a dor alheia”, de 15 de setembro de 2013.

‘direito de escolha’, serem ‘obrigados’ a vir trabalhar no Brasil e pelo governo cubano se ‘apropriar’ da maior parte de seus salários; e d) que o acordo do Brasil com a OPAS tinha como maior objetivo transferir recursos à ‘ditadura cubana’. Mas além da disputa simbólica, a Comunidade Medicina Liberal tentou vetar a medida usando sua posição institucional na regulação do trabalho médico no Brasil. Para que médicos sem registro no Brasil pudessem atuar no PMM era necessário que os CRM emitissem o registro especial previsto na MP. Alguns protelaram a emissão e outros se recusaram a emitir, entrando com ações na justiça para poderem não cumprir a MP.

Ainda que tenham perdido essas ações judiciais, ganharam muita repercussão notícias sobre pacientes aguardando centenas de médicos, já aprovados no curso de acolhimento e alocados nos municípios, mas que não podiam atuar porque os CRM não emitiam o registro previsto na MP. Além disso, estudos identificaram que atitudes protagonizadas por médicos e entidades médicas estaduais em ataque ao PMM e seus participantes tiveram destaque negativo na mídia e grande impacto na opinião pública (GOMES, 2016; ALÉSSIO e SOUZA, 2017; SILVA, 2018; MENEZES, 2018). São exemplos dessas atitudes a recomendação de dirigentes de entidades médicas de que médicos brasileiros se negassem a realizar exames e a atender pacientes encaminhados por médicos estrangeiros, bem como as negativas de atendimento médico resultantes dessa orientação. Também a abertura de ‘processos éticos’ pelos CRM, que poderiam resultar até na cassação do registro e do direito de um médico exercer a profissão no Brasil, contra médicos brasileiros pelo fato de terem se inscrito como supervisores e tutores do PMM. Aconteceram ainda diversos episódios de médicos brasileiros agredindo verbalmente médicos estrangeiros, principalmente cubanos, em aeroportos, cursos de acolhimento, declarações públicas, acusações nas redes sociais de supostos erros médicos (GOMES, 2016; ALÉSSIO e SOUZA, 2017). Dentre estes, o episódio de agressão mais simbólico e noticiado foi aquele que aconteceu no dia 26 de agosto de 2013, em Fortaleza, quando médicos e estudantes brasileiros vaiaram os médicos cubanos que faziam o curso de acolhimento e os chamaram de escravos⁶⁸. Dirigentes do MS de então também consideraram esses episódios um ‘divisor de águas’ na ‘virada’ da opinião pública favorável ao PMM e contra a posição e ação da Comunidade Medicina Liberal, como mostram as falas a seguir:

⁶⁸ Cubanos são chamados de ‘escravos’ por médicos brasileiros no CE. Disponível em <https://m.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/08/1332417-cubanos-sao-chamados-de-escravos-por-medicos-brasileiros-no-ce.shtml>. Acesso em: 22 nov. 2020.

Um componente que ajudou muito nessa virada da opinião pública foi a postura extremamente agressiva, xenófoba, racista, preconceituosa de algumas lideranças médicas (E. xviii).

Na hora que um Presidente de Conselho de Medicina (...) falou que se os cubanos fizessem um erro médico, não era para os brasileiros atender (...) é a coisa mais sem ética que um presidente de Conselho pode falar, porque aí a vida humana estava em último lugar, a questão importante era antes de tudo ideológica. Uma outra que falou que as médicas cubanas pareciam empregadas domésticas. (...) O episódio do xingamento, da vaia, chamando de escravos lá no Ceará. Tudo isso foi uma série de coisas que foram deixando a população cada vez mais [contra as entidades médicas] (E. x)

um marco de mudança foi quando no Ceará (...) vaiaram os médicos cubanos, a gente notou que o tratamento, o tom dos jornalistas mudou radicalmente (E. i)

A literatura aponta que a maioria dos grandes veículos de comunicação não só foi abandonando os argumentos da Comunidade Medicina Liberal, como ajudou a consolidar a imagem de que as entidades médicas atuavam em interesse próprio. Essa primeira postura da Comunidade Medicina Liberal, que pode ser considerada estrategicamente mal sucedida, é explicada de diversos modos na literatura e nas entrevistas: vão desde aqueles que destacam mudanças estruturais na relação da profissão médica com o mercado, até aqueles que consideram fatores mais conjunturais na explicação da radicalização das lideranças médicas. Dentre estes últimos, aponta-se tanto fatores mais pontuais, como a eleição dos Conselhos de Medicina que acontecia justamente no segundo semestre de 2013, como relata dirigente de então do MS com histórico de atuação nas organizações médicas:

A Medida Provisória foi lançada em julho e os Conselhos tinham eleição em agosto, quer dizer, você estava numa guerra por disputa de comando do poder médico no Brasil, e aí [atacar o PMM e ter alguma vitória contra ele] virou meio que um troféu a ser perseguido. Radicalizaram demais. E quem radicalizasse mais com o Programa, para ganhar a corporação, ganhava as eleições conselhais (E. x)

Nesse ambiente, cercado pela crescente polarização política no Brasil no período após as ‘Jornadas de Junho’, especialistas observaram um posicionamento dos médicos cada vez mais à direita e um envolvimento crescente de suas lideranças em processos políticos conservadores, primeiro na candidatura de Aécio Neves em 2014, depois no *impeachment* de Dilma em 2016 e na campanha de Bolsonaro em 2018, e, mais recentemente, chegando a posturas mais radicais, negacionistas e anticientíficas na pandemia da Covid19 (ESTEVES, 2020).

Mas independente do que possa explicar essa primeira postura, a literatura converge ao identificar mudança do discurso das lideranças médicas ao perceberem que a estratégia que estavam usando estava isolando-os. Ante a aprovação popular do PMM, e depois com a aprovação da Lei, a Comunidade Medicina Liberal parou de negar a necessidade do PMM e passou a denunciar falhas de implementação e insistir na acusação da suposta intenção do governo, transferir recursos à ‘ditadura cubana’. Ante a grande aceitação dos médicos cubanos e à acusação de estarem sendo xenófobos, pararam de atacá-los, declararam que não eram contra a vinda de médicos estrangeiros, mas contra o modo como isso estava sendo feito pelo governo, e colocaram-se como aliados dos médicos cubanos contra a dominação e exploração do governo cubano sobre eles. Ante a derrota momentânea no debate público, centraram a estratégia em impedir a implementação do PMM atuando no Legislativo, no Judiciário, nos órgãos de controle externo e nas instituições estatais responsáveis por sua implementação (GOMES, 2016; PAULA et al., 2017; SILVA, 2018; MENEZES, 2018).

Por fim, pode-se afirmar que sem a mudança na opinião pública e o crescente apoio ao PMM, ele não teria sido aprovado da maneira que foi. Provavelmente o recrutamento e a cooperação internacionais teriam sido suprimidos da Lei se não tivesse ocorrido a baixa adesão dos médicos brasileiros e se não estivessem no Brasil, no momento de votação da Lei, mais de 4 mil médicos estrangeiros atendendo a população e sendo bem avaliados. Sem a avaliação positiva e apoio ao PMM, certamente os Empreendedores do PMM não teriam conseguido alargar o escopo da Lei avançando nas questões relacionadas à formação e regulação médicas. Considerando a análise feita nesta seção sobre os fatores que contribuíram para a mudança do contexto, pode-se dizer que algumas decisões e ações, estratégicas ou contingentes tiveram papel decisivo na formulação e na continuidade da implementação do Programa. A decisão de implementar o PMM por uma MP e de forma rápida e massiva é um exemplo. Como também são exemplos as estratégias de ação desenvolvidas pela Comunidade Medicina Liberal para se opor ao PMM e acontecimentos contingentes, como declarações de lideranças médicas e atos contra participantes do PMM como os tratados acima. Assim, diferentemente das seções anteriores que trataram de elementos mais estruturais, nesta a agência esteve no centro da análise. A próxima seguirá por caminho similar analisando como se deu o processo de aprovação da Lei no Congresso Nacional.

6.5 DIMENSÕES DA AGÊNCIA E SEUS EFEITOS NO DESENHO DO PMM

Não é possível entender como o PMM ganhou o formato com o qual foi instituído e implementado sem dar destaque na análise a alguns acontecimentos, decisões e ações estratégicas dos atores sociais, ainda que compreendamos que foram realizadas em certas circunstâncias e condicionadas por determinadas instituições e imperativos cognitivos e normativos. Esse é o foco desta seção que aborda o processo de aprovação da Lei no Congresso Nacional, identifica e analisa seis fatores conjunturais necessários ao entendimento de como o PMM foi aprovado e viabilizado com o desenho que teve.

A necessidade de conversão da MP em Lei alterou a arena de formulação do PMM do Executivo federal para o Legislativo, possibilitando maior abertura desse processo à pressão e negociação com os atores envolvidos. O MS seguiu empenhado na implementação dos Eixos Provimento e Infraestrutura e isso foi importante porque aumentou a legitimidade social do PMM, favoreceu sua aceitação no Judiciário e sua aprovação no Congresso Nacional. É consenso entre os entrevistados que a Lei é ‘melhor’ que a MP e que ela conseguiu fazer o PMM extrapolar as questões originais que tinham sido tematizadas no sistema político quando de sua entrada na agenda. Por isso fala-se em uma ‘segunda janela de oportunidade’ na qual foi possível acoplar novas soluções ao PMM (E. i; x; xvi; xviii). Como já tratado, a implementação do PMM por MP e de forma ampla e rápida foi uma estratégia central dos Empreendedores do PMM para afetar favoravelmente o contexto político e conseguir aprovar a Lei. Ela é o primeiro fator conjuntural que será destacado por ser considerada decisiva para a compreensão de desenho do PMM, uma vez que também foi uma estratégia de acúmulo de recursos de poder com o objetivo de ampliar o escopo do Programa para além do que tinha sido possível na MP (E. i; x; xviii). As falas seguintes de dirigentes do MS de então revelam essa intenção:

O elemento-chave da implantação da política (...) foi garantir em curto espaço de tempo, (...) se comparar com experiência de outros países (...), em dois meses, cinco mil médicos. A gente sabia a repercussão que isso ia ter. (...) Ajudou muito a mudar a opinião pública (...), deu fôlego para todas as outras discussões, inclusive da educação médica, (...) foi uma estratégia fundamental para o Congresso, porque se havia setores no Congresso que não estavam convencidos... (E. i)

A reação positiva (...) da sociedade nos deu um fôlego para que a gente aprofundasse, sobretudo os aspectos da formação, regulação, papel dos Ministérios (E. xviii)

O Congresso Nacional costuma ter uma posição bastante conservadora, então uma Lei que mexesse na formação médica (...) teria a priori grande chance de ser

rejeitada, mas foi aprovada. Por que? Por que a força de você colocar médico onde não tem médico, da maneira massiva (...) é uma coisa a irresistível (E. v)

A ampliação do escopo do PMM era mais um objetivo dos Empreendedores do PMM que do núcleo do governo. É possível afirmar que havia um centro de inteligência e decisão ligado ao núcleo do governo, coordenado pela Casa Civil, e outro que articulava as ações dos Empreendedores do PMM situados no MS, liderado pelo Ministro Padilha (E. i; v; vii; x; xviii). A ação do último núcleo contribuiu para que a Lei se aproximasse ainda mais dos objetivos e ideias dos Empreendedores do PMM, sendo um segundo fator conjuntural importante para a compreensão do desenho do Programa. No período de conversão da MP em lei, esses Empreendedores do PMM atuaram em quatro frentes: 1ª) a implementação do PMM, 2ª) a disputa na opinião pública, 3ª) a defesa do PMM junto a diversos atores que poderiam interferir e interromper sua implementação e 4ª) a atuação no processo de conversão da Lei, tanto para angariar apoio à aprovação da Lei quanto para influenciar seu desenho. As duas primeiras frentes foram tratadas na seção anterior, as outras duas são tratadas a seguir.

O foco da terceira frente foi o diálogo para apresentação e defesa do PMM junto a diversos atores estratégicos posicionados em órgãos de controle, no Conselho Nacional do Ministério Público, na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), em instâncias da Justiça Federal, entre outros. Os Empreendedores do PMM agiram preventivamente porque anteciparam que uma das principais estratégias de ação da Comunidade Medicina Liberal seria bloquear o Programa no Judiciário. Alguns estudos mapearam essa estratégia mostrando que as entidades médicas questionaram ao Supremo Tribunal Federal a urgência da MP e sua constitucionalidade; reivindicaram nas instâncias da Justiça Federal que os CRM não fossem obrigados a emitir os registros para médicos estrangeiros; indagaram sobre a legalidade das contratações e forma de remuneração estabelecidas no PMM para brasileiros e estrangeiros no Tribunal Superior do Trabalho (TST) e na Organização Internacional do Trabalho e tentaram sustar os efeitos do acordo de cooperação internacional com a OPAS e Cuba (GOMES, 2016; ALÉSSIO e SOUSA, 2017; SILVA, 2018). Silva (2018) observa que foi a primeira vez que o CFM entrou com uma ação judicial contra o próprio governo federal. Dirigente do MS de então tratou desse esforço na defesa jurídica do Programa

Fomos à OAB apresentar o que seria o Mais Médicos porque precisávamos ganhar apoio em setores na área jurídica (...) Conversamos com o pessoal de direito sanitário da USP. (...) A gente tinha essa diretriz de contemplar os principais apoios

jurídicos que tinham envolvimento na área da saúde. (...) O Fabrício (advogado da união então lotado no MS) viajou (...) foi em todos os juízes federais, porque eles [entidades médicas] entraram com uma ação em cada estado. A ação mais importante foi conversar com os Ministros do STF, porque a gente sabia que vinha a Ação Direta de Inconstitucionalidade (E. vii)

Mesmo com dezenas de ações, nenhuma fez o PMM ser interrompido ou ter qualquer medida suspensa naquele ano. Os Empreendedores do PMM atribuem este resultado a quatro fatores em ordem de importância: 1) aos efeitos da implementação do PMM criando uma espécie de “fato consumado” e trazendo muitos custos a uma decisão judicial, em caráter liminar, que interrompesse o Programa; 2) ao trabalho preventivo realizado junto aos órgãos de controle e autoridades jurídicas; 3) à intensa atuação na defesa do PMM no Judiciário, tendo sido importante o apoio da Advocacia Geral da União (AGU); e à qualidade do direito empregado na construção da Lei, buscando sempre basear-se em instituições jurídicas fundamentadas (E. vii; x; xii). Note-se que, além da estratégia jurídica adotada na formulação do Programa ter influenciado seu desenho, caso ele não tivesse sido defendido com certa habilidade e êxito, provavelmente teria sofrido uma decisão desfavorável que poderia ter paralisado o PMM logo em seu início e inviabilizado diversos elementos de seu desenho. Considera-se, assim, que essa estratégia jurídica de formulação e defesa é um terceiro fator conjuntural importante na análise do desenho e da própria viabilidade do PMM.

A análise da quarta frente de ações é importante para compreender como foi possível a conversão do PMM em Lei, como se deu a ampliação de seu escopo e porque ficou com o desenho com o qual foi instituído. No Congresso, a disputa decisiva se estabeleceu mais entre governo e Comunidade Medicina Liberal que entre situação e oposição. Os partidos que nucleavam a oposição orientaram voto contrário, esses foram os casos do PSDB, DEM e do então Partido Popular Socialista, por exemplo. Mas tratava-se de um número de votos que não era capaz de impedir a conversão da MP em Lei, tanto é que as votações na Câmara e Senado não foram nominais, foram simbólicas, justamente pela diferença da bancada cujos partidos orientaram ‘sim’ contra os que orientaram ‘não’. Mesmo nos partidos de oposição, havia conflito, uma vez que prefeitos e lideranças políticas dos mesmos faziam a defesa pública do PMM. Houve uma adesão multipartidária ao Programa, na qual, mesmo partidos como PSDB e DEM tinham mais da metade do total de suas prefeituras aderidas (BRASIL, 2015; SILVA e BAIA, 2018; E. x; xv; xviii). O conflito entre governo federal e a Comunidade Medicina Liberal extrapolou os partidos de oposição. O PMDB, por exemplo, partido da base do governo o do Vice-Presidente, esteve entre os três que mais apresentaram emendas à Lei do

PMM articulado às entidades médicas (OLIVEIRA et al., 2017) e a versão final da Lei só conseguiu ter ambiente adequado para votação final quando se conseguiu algum nível de aceitação por parte do CFM (E. v; x; xv), como tratado à frente. Naquele mês de julho, acirrou-se ainda mais a divergência entre governo e Comunidade Medicina Liberal porque a lei que regulamentava o exercício da Medicina, o ‘Ato Médico’, entrou em processo de votação. Pelas razões tratadas no capítulo 3, o governo manteve sua posição contrária a tornar ato exclusivo dos médicos um conjunto de práticas passíveis de serem também realizadas por outros profissionais de saúde. O Congresso aprovou a Lei n. 12.842, mas a Presidenta Dilma vetou os artigos que restringiriam ainda mais o escopo de práticas dos demais profissionais de saúde (SILVA, 2018; E. i; v; vii; x; xv; xviii). Sobre esse conflito comentou dirigente de então do MS:

O Ato Médico, não poderia ter chegado em hora pior (...) derrubado, deixou o pessoal [médico] furioso (...) O CFM conseguiu mobilizar uma bancada de parlamentares médicos. Eu tive a oportunidade de debater com alguns deles. (...) Estava claro, para que a gente pudesse aprovar a lei [do PMM], teria que ceder alguns pontos (E. v)

Quanto à coordenação das ações da Comunidade Medicina Liberal nesse período, AMB, CFM, Fenam e Abem tinham centros de comando independentes. Havia divergência de posicionamentos e isso interferiu negativamente na força e unidade de ação das entidades médicas (GOMES, 2016; GOMES e MERHY, 2017). O foco de sua ação era nos parlamentares médicos e nos partidos de oposição, buscando contrabalançar a ação em prol do PMM feita pelo governo e prefeituras (GOMES, 2016; SILVA, 2018; SASSI, 2018). É possível observar nas emendas parlamentares apresentadas à Lei alguns efeitos desse foco. Os deputados que mais propuseram emendas eram médicos e dois terços das emendas foram propostas por três partidos, PMDB e os dois maiores da oposição, PSDB e DEM. Observou-se também que alguns parlamentares agiram de maneira articulada, propondo várias emendas semelhantes para mudar pontos priorizados em diálogo com a Comunidade Medicina Liberal (COUTO; SALGADO; PEREIRA, 2015; OLIVEIRA et al., 2017; SASSI, 2018; E. i; v).

De outro lado, os Empreendedores do PMM, com estreita colaboração de quadros da Secretaria de Relações Institucionais (SRI), atuaram para a aprovação da Lei mobilizando prefeituras e conseguindo o apoio dos parlamentares. Padilha intensificou as atividades com eles, reunindo e negociando nos mais variados espaços. Sobre isso falou dirigente de então do MS:

O Padilha foi a mais de 30 almoços e jantares com bancadas de tudo que é jeito, bancada das mulheres, do Norte, do Nordeste, de senador, por partido, por frente [parlamentar], bancadas de todo tipo. O Padilha foi costurando esse acordo dentro do Congresso e evidentemente, isso também foi muito importante no sentido de gerar um convencimento favorável ao Programa (E. x)

Nesse aspecto, há ainda outro elemento: após a designação do relator da Lei, o Deputado Rogério Carvalho⁶⁹, o processo de formulação passou a ter também sua liderança. Carvalho tem uma trajetória de atuação na área de formação e regulação médicas e vínculos históricos com Padilha e outros Empreendedores do PMM. Dialogava com eles sobre as políticas do MS desde que tomaram posse em 2011 e uma evidência pública disso é a participação de Carvalho como painelistas no Seminário sobre Provimento onde apresentou seu projeto de lei que propunha um programa similar ao Provab, antes deste ser implementado. Contudo, Carvalho agiu com relativa autonomia com relação aos demais Empreendedores do PMM e ao comando do núcleo do governo. Essa autonomia é atestada por entrevistados que citam, em especial, um episódio de conflito público no qual o Ministro Mercadante exigia mudanças na Lei e o deputado lembrou a todos os presentes que era ele o relator da Lei e, portanto, quem iria promover as mudanças em acordo com seus entendimentos e acordos com os demais atores na intensa atividade de negociação que estava protagonizando (E. i; v; vii; x).

Carvalho não se tornou relator da lei devido à ação dos Empreendedores do PMM. Embora Padilha não tenha sido contra a indicação de Carvalho, não atuou por ela. Segundo entrevistados, o Ministro tinha receio de que um relator muito identificado com seu grupo aumentasse ainda mais a resistência da Comunidade Medicina Liberal e dificultasse a aprovação da Lei (E. vii; xv). Alguns fatores contribuíram para a escolha de Carvalho: era um especialista no tema, atuante na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara e tinha sido bem avaliado em outras relatorias importantes do governo. Além disso, sua candidatura à relatoria teve o apoio de influentes deputados na Câmara que ajudaram a articular seu nome (E. xv). Entrevistados concordam ao dizer que Carvalho foi muito habilidoso para costurar acordos e redesenhar a Lei e que sua atuação é a maior responsável pela ampliação do escopo

⁶⁹ Carvalho foi o sucessor de Padilha e o antecessor de Sales na presidência da Denem. Os três identificados como os principais Empreendedores do PMM eram do mesmo grupo político e nutriam vínculos desde 1990. Era também quadro do PT e da Comunidade Movimento Sanitário. Na década de 2000 foi secretário municipal e estadual de saúde e antes, na de 1990, dirigente de entidades médicas: presidente da ANMR e do sindicato dos médicos de Campinas, e membro da equipe técnica da Cinaem.

do PMM (E. i; v; vii; x; xi; xiii; xvi). A relatoria do PMM ter ficado sob a responsabilidade de um Empreendedor do PMM, que agiu com a desenvoltura analisada à frente, é um quarto fator conjuntural importante para o entendimento do processo que levou o PMM a ter o desenho com o qual foi implementado. Ajuda a compreender como o desenho do PMM na Lei ficou ainda mais próximo dos objetivos e ideias dos Empreendedores do PMM. As falas de dirigentes do MS a seguir tratam desses temas:

O Padilha achava que não podia ser o Rogério [Carvalho] relator porque era muito vinculado (...) com a gente, então poderia dificultar a aprovação. (...) queria outro relator (...). Ainda bem que não deu certo e a relatoria caiu com o Rogério. (...) o fato [dele] ser próximo facilitou muito, então eu acho que essa identificação (...) anterior ao Ministério foi muito importante para viabilizar o Programa como ele aconteceu, tanto do ponto de vista teórico, (...) como também a afinidade política. (E. vii)

O Rogério teve autonomia (...). Foi um movimento muito dentro do Congresso. O governo participou? Claro. O governo articulou, fez esforço, trabalhou, todos os Ministros trabalharam, mas eu acho que o Deputado Rogério tinha muito domínio, muita autonomia sobre o tema e muita qualidade para debater a questão, e isso avançou e nos ajudou muito. (...)Ele também foi habilidoso, fez as concessões necessárias, discutiu com alguns senadores e deputados médicos que não eram tão radicais contra o Programa (E. x)

No período mais intenso de negociações sobre o que ficaria na Lei, notou-se clara mudança na correlação de forças políticas em prol da aprovação da Lei no Congresso Nacional e isso obrigou a Comunidade Medicina Liberal a negociar. Esta circunstância mostrou-se um quinto fator conjuntural importante na análise do desenho do PMM. Pode ser associada a alguns elementos que contribuíram com ela como a adesão massiva dos municípios que receberam progressivamente milhares de médicos do Programa, a mudança da cobertura do PMM pela imprensa, a crescente aprovação do Programa e alguma recuperação da aprovação do governo federal⁷⁰. As bases eleitorais dos parlamentares passaram a aprovar o PMM e votar contra o programa, ser denunciado como alguém atuou no Congresso para encerrá-lo era algo que tinha repercussões políticas que procuraram ser evitadas (E. x; xviii; xix). Além disso, no processo de conversão da MP em Lei, ao contrário da proposta seguir o caminhos de “processamento em paralelo” das comissões, onde a Comunidade Medicina

⁷⁰ Segundo as pesquisas do Data Folha, a aprovação do Governo Dilma oscilou de um piso de 30% de ótimo ou bom na última semana de junho de 2013, quando o PMM foi anunciado, para 38% em outubro de 2013, quando a Lei foi aprovada. Disponível em <https://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2013/10/1356302-recuperacao-de-indices-de-aprovacao-ao-governo-dilma-rousseff-perde-forca.shtml>. Acesso em: 20 jan 2020.

Liberal mostrou ter mais influência, impedindo há anos a aprovação do Serviço Civil Obrigatório, por exemplo, foi tratada em comissões criadas para este fim envolvendo a Câmara dos Deputados e o Senado, o que reduziu a influência daquela Comunidade. Observou-se a mudança de arena do processo de decisão, saindo daquelas “paralelas” para as “seriais” com outra correlação de forças (COHEN et al., 1972; FRIEDBERG; 1993). Note-se ainda que o ano é 2013, quando era evidente o padrão de dominância do Poder Executivo sobre o Legislativo na construção da agenda e na aprovação das matérias consideradas mais importantes pelo Executivo (SANTOS, 1997; LIMONGI e FIGUEIREDO, 2009). Em 2015 no Congresso pré-Impeachment e após a aprovação do orçamento impositivo para as emendas parlamentares individuais, passou-se a ter um outro padrão que, no caso do PMM, ficou evidente no Congresso obrigando o governo a recuar até mesmo em decretos presidenciais, como foi o caso do Cadastro Nacional de Especialistas, tratado à frente.

Percebendo que não seria factível rejeitar a MP, a Comunidade Medicina Liberal decidiu abrir canais de diálogo no executivo e no legislativo para modificar a Lei. Foi condicionada a aceitar mudanças que, em outras circunstâncias, não aceitaria. Isso fica evidente quando se analisa o processo de implementação e (re)formulação do PMM após a mudança da correlação de forças nas direções do subsistema saúde e educação com a derrubada da Presidenta Dilma. Nos Governos Temer e Bolsonaro, com a Comunidade Medicina Liberal recuperando sua influência histórica na direção desses subsistemas, foram revogados dispositivos legais que foram fruto de acordo em 2013. Aborda-se isso brevemente no próximo e último capítulo. Contudo, ter uma correlação de forças desfavorável é diferente de não ter poder de negociação. Historicamente, a Comunidade Medicina Liberal sempre teve muito poder no Congresso quando se trata de ‘assuntos médicos’. No caso específico da negociação da Lei do PMM, Gomes (2016) e Sassi (2018) reconheceram esse poder e atribuíram-no à inserção estrutural da profissão, à organização da ação parlamentar das entidades médicas e à forte influência junto aos muitos parlamentares médicos. Silva (2018) atribuiu à forte insatisfação do conjunto da profissão que reverberava nos parlamentares. De todo modo, a Comunidade Medicina Liberal não conseguiu impedir a aprovação da Lei e nem descaracterizá-la, mas o desenho do PMM só pode ser compreendido caso se analise o que ela conseguiu suprimir, bloquear e incluir na Lei, exigindo concessões do bloco de apoio ao PMM. Alguns Empreendedores do PMM, inclusive, consideram que a Lei só pôde ser

aprovada quando foi possível construir um acordo com o CFM, que sinalizou aos parlamentares apoio à versão final do Relator (E. v; x; xv).

Cientes do contexto, os Empreendedores do PMM ajustaram sua estratégia de negociação na reformulação do PMM em função dessas circunstâncias. A análise dessa estratégia é decisiva para a compreensão do desenho do Programa e é o sexto e último fator conjuntural ao qual é dado destaque. Os elementos mais importantes dessa estratégia estão sintetizados a seguir, acompanhados de exemplos nos quais foram utilizados dispositivos da Lei já apresentados e debatidos neste capítulo (seções 6.1 e 6.2) ou que serão trabalhados à frente nesta seção.

- 1- Os Empreendedores definiram o que era o núcleo essencial do Programa e conseguiram unificar o bloco pró-PMM contra mudanças nesse núcleo. Isso pode ser observado na rejeição de todas as emendas que tentaram inviabilizar o Eixo Provimento, como a exigência de revalidação de diploma para médicos estrangeiros ou a retirada da possibilidade do MS de fazer cooperação internacional.
- 2- Aproveitaram conflitos do processo de implementação, cuja opinião pública ficou favorável ao governo e incluíram na Lei dispositivos que buscaram solucioná-las legalmente. São exemplos a atribuição ao MS do poder de emitir registro autorizando o exercício de médicos estrangeiros no país, a delimitação da responsabilidade legal de supervisores e tutores e a definição de que a defesa dos mesmos ficaria a cargo da AGU.
- 3- Aceitaram emendas que contemplavam propostas dos demais atores e não comprometiam os elementos essenciais do Programa. Nesse processo, fizeram questão de dar visibilidade à autoria dos parlamentares que representaram esses interesses, compartilhando ganhos políticos mesmo quando eram da oposição. Isso ampliou os atores que teriam benefícios com a aprovação do PMM. São exemplos os dispositivos que limitaram o tempo de atuação dos médicos formados no exterior, que definiram um teto para a ‘importação’ de médicos, as mudanças no processo de acolhimento dos médicos e a inserção de critérios de necessidades social e qualidade para a abertura de cursos entre outros.

- 4- Perceberam a reação negativa ao ‘Segundo Ciclo’ e decidiram usá-lo como ‘bode na sala’⁷¹ para poder substituí-lo por medidas que ampliassem o escopo do PMM para as dimensões de regulação da formação e do trabalho médicos. Percebendo o acerto da estratégia, inseriram duas outras medidas que foram também usadas como ‘bodes na sala’: a via única de certificação de especialistas pela residência médica e o Fórum Nacional de Ordenação de Recursos Humanos na Saúde (Fórum de Regulação)⁷², tratados à frente. A negociação da retirada dessas três medidas permitiu inserir as principais mudanças realizadas no Eixo Formação responsáveis pela ampliação do escopo do PMM.
- 5- Negociaram mudanças aceitando a substituição da medida criticada contanto que o PMM não deixasse de ter uma outra medida que também atuasse naquele objetivo. Essa reconstrução da proposta buscava partir de estruturas normativas e instituições consolidadas nos subsistemas saúde e educação, mas buscando avançar na perspectiva defendida historicamente por esse grupo de ‘reformadores da Medicina’ do qual os principais Empreendedores do PMM faziam parte. A substituição do Segundo Ciclo pelo novo itinerário obrigatório de formação de médicos especialistas é um exemplo disso, pois mantém os objetivos de formação e provimento médicos presentes no Segundo Ciclo, mas propõe alcançá-los com um outro formato, mais efetivo e mais em acordo com a institucionalidade vigente. Sobre este último item, vale destacar um comentário do Relator da Lei, para ele, “havia um descompasso entre o sistema vigente no país e uma inovação [o Segundo Ciclo] pouco compreensível para quem trabalhava nesse sistema” (E. Dep Carvalho) e isso fez com que ele reformulasse a proposta em uma linha mais convergente com os marcos institucionais vigentes para que ela pudesse ser aceita e aprovada.

⁷¹ Que no jargão parlamentar refere-se a algo colocado em uma negociação que chama a atenção e torna-se o principal incômodo e, com isso, vira objeto de troca.

⁷² Instância colegiada proposta pelo relator da Lei que teria a participação de representações das profissões de saúde, do governo e do SUS com a finalidade de propor diretrizes relacionadas ao escopo de práticas das profissões entre outras questões relacionadas à regulação do trabalho. Instância similar àquelas previstas em reformas, tratadas no capítulo 3, que vêm sendo analisadas e realizadas no mundo (GIRARDI et al., 2002).

Por fim, são abordados a seguir processos relacionados às principais mudanças no desenho do PMM que mostraram a importância da análise dos fatores conjunturais tratados acima para a compreensão de seu formato. A concordância do CFM em atribuir ao MS o poder de autorizar o exercício de médicos foi um dos processos destacados por ser pouco compreendido na literatura, justamente porque a influência dos fatores conjunturais foi tão importante quanto elementos mais estruturais. Os demais processos destacados foram os três dispositivos entendidos como ‘bodes na sala’ - o Segundo Ciclo, o Fórum de Regulação e a via única de especialização médica pela residência - que, embora não tenham entrado na Lei aprovada, foram decisivos na construção de uma estratégia que viabilizou as maiores mudanças na Lei do PMM.

Considerando a importância estrutural e o histórico de resistência da profissão médica, não só no Brasil mas no mundo, seria razoável supor que qualquer tentativa de redução de seu poder sobre a autorização do exercício profissional, central na manutenção de *status quo* da Medicina, mobilizaria a mais forte reação da profissão. Assim, só a mobilização de muitos recursos de poder por parte do governo para fazer com que a maioria dos parlamentares e a profissão médica se dobrassem a essa mudança. A análise das entrevistas com os atores que participaram dessa negociação mostra que, em vez de uma imposição, ela foi fruto de um acordo com representantes do próprio CFM, mas claro, em circunstâncias específicas nas quais havia duas opções. Uma primeira opção que estava dada era manter a regra da MP na qual os Conselhos eram obrigados autorizar o exercício dos médicos formados fora do Brasil. Como essa era uma condição necessária ao funcionamento do Eixo Provimento, ela entrou naquele núcleo central de elementos protegidos a todo custo pelo bloco de apoio à aprovação da Lei. Lembre-se que muitos CRM relutaram em cumprir a MP, o que impediu a atuação de centenas de médicos e resultou em grande desgaste para a Comunidade Medicina Liberal na opinião pública. Além disso, o CFM entendia que esse desgaste era ‘gratuito’ porque a ação era inócua, por tratar-se de uma determinação legal que, mais cedo ou mais tarde, tinha que ser cumprida. Isso levou a direção do CFM a entrar em conflito com algumas direções dos CRM, em um momento delicado porque os conselhos passavam por eleição e permitiu que uma oposição interna crescesse com a acusação de que a direção do CFM e seu grupo era governista e favorável ao PMM. Essas circunstâncias concretas levaram o CFM a aceitar uma segunda opção que tirava dos Conselhos essa responsabilidade, vista naquele momento como um problema e a transferia para o MS. Tal decisão foi recebida com surpresa por analistas e

atores políticos que estavam fora da negociação, o que inclui parlamentares médicos do bloco contrário ao PMM e a própria AMB, que condenaram o acordo do CFM (GOMES, 2016; SILVA, 2018). O então deputado federal e líder do DEM, Ronaldo Caiado (GO) disse na ocasião: "[o] conselho [Federal de Medicina] resolve fazer um acordo sem consultar a classe e quebra um pilar criado na época de Juscelino Kubistchek de que os conselhos têm essa responsabilidade" (SIQUEIRA, 2013). A fala de dirigente do MS que estava na reunião fez uma caricatura de como chegou-se nesse acordo:

Foi na confusão de como se daria esse registro, na briga com os CRM (...) Numa reunião na Câmara com Rogério. "Então vamos fazer o seguinte, o Ministério faz esse registro" [disse Carvalho]. "Então nós vamos fazer" [responde representante do MS]. "Então tá bom e vocês que fiquem com esse bando de médico... (ofensas)" [responde representante do CFM]. Foi assim (risos). Foi fundamental para o sucesso do Programa porque imagina o tanto que esses caras não iam atrapalhar para registrar esses médicos nos Conselhos (E. vii)

Os três dispositivos que foram usados como 'bode na sala' - o Segundo Ciclo, o Fórum de Regulação e a via única de especialização médica pela residência – possibilitaram mudanças na Lei difíceis de compreender sem a análise dessa estratégia. Como vimos, o Segundo Ciclo teve o mérito de introduzir a mudança da formação médica como um dos objetivos do PMM, embora tal tema não tenha tido lugar de destaque na entrada do Programa na agenda governamental. Ainda que não tenha sido pensado com essa intenção, o Segundo Ciclo, segundo seus formuladores, serviu para capturar a atenção de atores e dividir as frentes de resistência. Além disso, por ser desejável, mas não compor o núcleo essencial e por ser fortemente rechaçado pela Comunidade Medicina Liberal, tornou-se objeto de troca (E. i; v; vii; x; xii; xv; xviii). O Segundo Ciclo contou com forte oposição também da Rede Temática Educação Médica devido a três motivos principais. O curso de Medicina seria estendido em dois anos a título de complementação da formação e essa Rede defendia historicamente a terminalidade do curso de Medicina, ou seja, a sua capacidade de formar um médico generalista ao fim de seis anos sem necessidade de complementação. Criaria um problema para dirigentes e docentes das escolas que precisariam organizar a supervisão em serviço de seus egressos sem saber como e com quais recursos contar para fazer isso – o que mobilizou também a Comunidade Regulação pelo Mercado. Era uma proposta que não havia sido discutida em nenhum momento nos espaços de discussão desta Rede Temática. Ante a grande reação à medida, a direção do MEC quis recuar. Relator e dirigentes do MS concordaram, mas só depois de usá-la como 'bode na sala'. Sobre o tema, falou dirigente de então do MS

No último momento, mesmo com certa oposição do MEC, foi incluído o Segundo Ciclo. (...) Quando colocou Segundo Ciclo, abertura de vaga, provimento, priorização pra brasileiro, fortaleceu politicamente as condições do debate, porque o povo da academia ficou mais preocupado com o 7º e 8º ano [do curso de Medicina], as entidades sindicais com o provimento, os outros com a possibilidades dos cubanos (...) O fato é que isso (...) deu uma condição melhor de enfrentamento (...) dividir os opositores. (...) a gente [MS] teve que segurar um pouco a posição do MEC (...) [que] já queria anunciar o fim do Segundo Ciclo (...) então nós discutimos que não podia ser assim, que ia ter uma negociação (E. x)

A presença do Segundo Ciclo na MP e a maneira como foi feita sua negociação, de modo a exigir a substituição daquela solução por outras em um contexto de correlação de forças favorável ao bloco pró-aprovação da Lei, deu uma oportunidade que foi provocada e aproveitada pelos Empreendedores do PMM resultando em mudanças, desde antes ambicionadas por eles. O sucesso dessa estratégia encorajou que outras duas medidas também fossem usadas de modo semelhante. Em reunião com representantes do MEC, MS, parlamento e Comunidade Medicina Liberal, uma liderança da Rede Temática Educação Médica propôs que a Lei determinasse que a residência médica fosse a única via de formação de especialistas. Um dos efeitos dessa medida seria o não reconhecimento legal do sistema de certificação de especialistas realizado pelas sociedades de especialidades médicas ligadas à AMB, que é vital para a sobrevivência das mesmas. Isso foi identificado como uma ‘armadilha’ pelos Empreendedores do PMM. Sem condições de vetar ou se contrapor ao que tinha sido proposto de mudanças para a residência médica em substituição ao Segundo Ciclo, o objetivo oculto desse líder era de criar um dispositivo legal que ‘contaminaria’ toda a proposta transformando-a em uma questão de ‘vida ou morte’ para parte importante da Comunidade Medicina Liberal. Ainda assim o Relator acolheu a proposição, mas só para criar outro ‘bode na sala’ e negociar sua retirada com CFM e AMB posteriormente. O que foi feito em troca da inclusão do Cadastro Nacional de Especialistas na Lei, algo rejeitado antes pelas entidades médicas e que voltou a ser objeto de disputa tão logo a correlação de forças mudou⁷³. Sobre essas estratégias ‘bode na sala’ falou um dirigente de então do MS:

⁷³ Em 2015, quando o Cadastro foi implementado por meio de um Decreto, houve forte reação da Comunidade Medicina Liberal. Esta, aproveitando-se de um contexto pré-impeachment no qual o governo tinha dificuldade para conseguir maiorias na Câmara, exigiu a reedição desse Decreto retirando diversos pontos que entendiam que eram potencialmente nocivos a seus interesses. Logo após a derrubada da Presidenta Dilma esta Comunidade conseguiu junto ao Governo Temer tirar o Cadastro do ar.

Eu acredito no efeito bode na sala, porque eles [entidades médicas] devem ter dito: os caras estão falando sério, estão colocando para arrambar, ou a gente negocia para aprovar alguma coisa e tirar o que para gente é inaceitável ou eles vão empurrar tudo e a gente vai perder (E. v)

Contudo, o processo de discussão do Fórum de Regulação na Lei mostrou os limites dessa estratégia quando se tentou fazer mudanças mais significativas no *status quo* sem o mínimo de acordo com a Comunidade Medicina Liberal. Como tratado acima, o relator propôs na Lei um Fórum de Regulação que buscou operacionalizar o papel do SUS na regulação do trabalho em saúde, no sentido defendido historicamente pela Comunidade Movimento Sanitário. Seria uma instância colegiada com participação de representações das profissões de saúde, do governo e de representantes do Controle Social do SUS e com poder de incidir no escopo de práticas das profissões e outras questões relacionadas à regulação do trabalho. Essa proposta contou com forte oposição da Comunidade Medicina Liberal pelo potencial de interferir na manutenção de dois monopólios da profissão médica: o da autorregulação profissional e o das práticas de saúde com maior valor simbólico e de troca no mercado. Foi uma proposta que não reuniu condições de superar o bloqueio da Comunidade Medicina Liberal porque o tema não fazia parte da agenda pública de discussões, não era objetivo dos atores do sistema político mais amplo e era ignorado pela população. Além disso, por interferir no arranjo institucional da regulação profissional, algo que poderia afetar todos os Conselhos Profissionais, sofreu com a desconfiança e mesmo oposição de alguns Conselhos das demais profissões que receavam mais perder que ganhar com a medida (E. i; vii; x; xv; xviii). O CFM condicionou seu apoio à Lei à retirada do Fórum de seu relatório final (GOMES, 2016; SILVA, 2018; E. xv). O então Presidente do CFM considerava a medida de ‘alto risco’ para a Medicina por dar “superpoderes” ao MS com os quais ele poderia “transferir ou dividir atividades atualmente praticadas pelos médicos com profissionais de outras áreas, como enfermeiros e fisioterapeutas” (JM, 2013, p. 3).

Ouro fator decisivo para o apoio do CFM à versão final da Lei no Congresso foi a inclusão na mesma da proposta da ‘Carreira de Estado para Médicos’. Os Empreendedores do PMM concordaram com essa proposta e acataram a ideia de um parlamentar da oposição, do PSDB, apresentá-la. Ela então foi aprovada e constava na Lei que saiu do Congresso Nacional enviada para sanção da Presidência. O relator da Lei comenta sobre o acordo:

Aí fechamos um acordo onde eu retirei o Fórum, a exigência só da residência como forma de formar especialistas, garantindo que poderia ser pela Sociedade (...). Para garantir o apoio do CFM, e da AMB, a gente tirou isso e colocou a carreira médica e aí nós fechamos o acordo e esse acordo garantiu a aprovação do Plenário (...). Óbvio que a gente precisava daquilo [Fórum de Regulação], mas quando a gente percebeu a reação, a gente já colocou em um capítulo à parte porque sabíamos que aquilo seria muito difícil de passar porque era uma inovação muito grande (E. Dep. Carvalho)

Acordos foram fechados com representantes da Comunidade Medicina Liberal, mas só o CFM o admitiu publicamente. A AMB seguiu se posicionando publicamente contra a Lei que veio a instituir o PMM (GOMES, 2016; SILVA, 2018; E. xv). Com a aprovação da Lei 12.871 na Câmara e no Senado por ampla maioria, o CFM reconheceu publicamente que a negociação aprimorara a Lei e justificou seu apoio com base em mudanças que considerou conquistas dos médicos. Dentre as mais importantes e que foram tratadas neste capítulo estão a redução de seis anos para três da validade da dispensa da revalidação de diploma, emissão do registro profissional ao cargo do MS, o reconhecimento dos títulos de especialista da AMB, a retirada do Fórum de Regulação e a inclusão da Carreira de Estado para Médico (JM, 2013).

Contudo, a Casa Civil identificou inconstitucionalidade no modo como foi redigida a Carreira de Estado e propôs o veto à Presidenta. Os Empreendedores do PMM tiveram de aceitar a recomendação, mas propuseram que se enviasse imediatamente um projeto de Lei corrigindo o texto e honrando o acordo com Comunidade Medicina Liberal e o Congresso. Além da alegada inconstitucionalidade, as áreas econômica e de planejamento do governo federal não aceitavam a criação de uma carreira médica, tendo em vista os custos diretos e potenciais, pois haveria prováveis repercussões de sua criação na remuneração de outras carreiras, e o problema político que seria enfrentado quando outras categorias profissionais fizessem demandas similares. Pode-se afirmar que, de todas as mudanças sugeridas na Lei do PMM, essa seria a única com peso orçamentário considerável. Além disso, o acordo não foi feito pelo núcleo do governo e sim por Empreendedores do PMM. A Carreira de Estado para os médicos foi vetada. Isso teve repercussões fortíssimas nas relações internas da Comunidade Medicina Liberal e dela com o governo. A AMB e a oposição no CFM atacaram a posição adotada pela direção denunciando seu apoio ao PMM e responsabilizando-a pela ‘vitória de

Pirro’⁷⁴. O CFM, atacado e acuado, rompeu as relações com o governo e se disse traído. Os processos de aprovação da Lei do Ato Médico e do PMM contribuíram para tornar a Comunidade Medicina Liberal uma opositora ainda mais feroz do PMM, do governo Dilma e do PT. A partir do veto, ela atuou constantemente contra a implementação do PMM, se opondo inclusive aos dispositivos com os quais havia concordado. Ela teve também papel destacado na desconstrução do Programa, quando houve oportunidades nos governos Temer e Bolsonaro. Frações com posições mais corporativas, mais ‘anti-PMM’ e mais à direita do espectro político, conquistaram diversas direções de entidades médicas. Houve um movimento de filiação em massa dos médicos a partidos de oposição, principalmente DEM e PSDB. Houve crescente participação de membros desta Comunidade e das direções das entidades médicas nas campanhas eleitorais de candidatos de oposição nas eleições de 2014, na campanha pelo *impeachment* da Presidenta Dilma, em 2016, e no apoio ao candidato, e depois ao governo, Bolsonaro (GOMES, 2016; SILVA, 2018; OLIVEIRA et al., 2019; PINTO et al., 2019; ESTEVES, 2020).

Na próxima e última seção, é realizada uma síntese sobre como a literatura aborda o processo de formulação do PMM cotejada com os principais resultados encontrados nesta pesquisa.

6.6 OS FATORES QUE INFLUENCIARAM O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PMM

Este capítulo procurou responder duas das quatro questões da pesquisa: qual o formato do PMM e por que ele foi formulado com esse formato e não outro? E quais atores, ideias e instituições influenciaram no processo de formulação dessa política? São dezenas de trabalhos que tratam do desenho do PMM, contudo, a maior parte deles descreve esse desenho para desenvolver outros objetivos. Parte da literatura que se propõe a analisar a entrada na agenda governamental do Programa subvaloriza o seu desenho, não analisa os porquês desse desenho e considera que foi um formato construído às pressas para responder uma demanda social e política. A literatura que analisa como aconteceu a formulação do PMM não é grande e nela predominam descrições analíticas do Programa relacionando elementos de seu desenho com

⁷⁴ Expressão utilizada para se referir a uma vitória obtida a alto preço e geradora de enormes prejuízos.

políticas similares, como o Provab e o Pits por exemplo, com recomendações internacionais, com estudos e debates do campo da Saúde Coletiva, com interesses e ideias de alguns atores, sendo os mais citados as entidades médicas e o governo federal (PINTO et al., 2014; COUTO. SALGADO; PEREIRA, 2015; OLIVEIRA et al., 2015; CARVALHO et al., 2016; GOMES, 2016; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016; PAULA, 2017; RIBEIRO et al., 2017; ROCHA, 2017; SALES, 2017; SILVA, 2017; OLIVEIRA, 2018; OLIVEIRA et al., 2018; OLIVEIRA e PINTO, 2018; SASSI, 2018; SILVA, 2018; OLIVEIRA et al., 2019; PINTO et al., 2019; PINTO, 2020). Nesta seção, são apontadas conclusões da pesquisa sobre a formulação do PMM em diálogo com essa literatura.

Um primeiro ponto a ser destacado é a influência de ideias da produção de conhecimento mundial na área de recursos humanos em saúde na formulação do PMM. É fundamental que as ideias sejam associadas aos atores, seus objetivos (sempre incluindo interesses) e valores. Certas evidências e propostas de soluções estão mais de acordo com as preferências e objetivos de alguns atores que de outros. Certas ideias programáticas encaixam melhor nos paradigmas cognitivos e estruturas normativas de uns que de outros (CAMPBELL, 2002). Diversos elementos do Programa foram inspirados e buscados na literatura mundial de recursos humanos em saúde. É importante notar que, pelo menos desde os anos 1950, há importante atuação de organismos multilaterais, como OPAS e OMS, na difusão de estudos e propostos para as políticas de recursos humanos no Brasil e há, também, muita proximidade entre diferentes grupos de pesquisa nacionais com os atores que atuaram no processo de formulação. Com efeito, diversas ideias programáticas utilizadas na formulação do PMM provêm dessas ‘fontes’ e isso é também destacado em parte da literatura (OLIVEIRA et al., 2015; CARVALHO et al., 2016; ROCHA, 2017; PAULA, 2017; OLIVEIRA, 2018; OLIVEIRA e PINTO, 2018; OLIVEIRA et al., 2018).

Também é necessário fazer essa análise considerando períodos de tempo mais estendidos, em busca de regularidades nessa associação entre ideias e atores. A maioria dos estudos trabalha com a díade governo e entidades médicas e analisa períodos de um a quatro anos. Poucos ampliam a análise para outros atores sociais e para períodos maiores (GOMES, 2016; ROCHA, 2017). O uso do conceito de comunidade de políticas permitiu identificar e sintetizar fortes regularidades na atuação de redes de atores que há décadas compartilham e defendem certos objetivos e ideias e se articulam em determinadas posições institucionais. Essa análise contribuiu para compreender ‘porquês’ das mudanças no PMM e dos formatos

nos quais se chegou. Assim, o segundo ponto diz respeito à constatação que os objetivos e ideias que mais determinaram o desenho do PMM foram aqueles da Comunidade Movimento Sanitário articulados, no caso do Eixo Formação, àqueles da interseção entre esta Comunidade e a Rede Temática Educação Médica. O papel da Comunidade Medicina Liberal no desenho foi mais o de condicioná-lo, bloqueando certas alternativas e enquadrando outras. Similar ao da Comunidade Regulação pelo Mercado, especialmente nas medidas de expansão e regulação das vagas de graduação em Medicina.

O terceiro ponto é que a formulação do PMM foi muito influenciada por políticas similares propostas e/ou implementadas antes. Alguns estudos historiaram trajetórias de outras políticas e estabeleceram relações, semelhanças e diferenças com o PMM (ROCHA, 2017; OLIVEIRA, 2018; SASSI, 2018). É importante entender que essas políticas constituem legados históricos, ideacionais e institucionais, extremamente importantes para a viabilização e para o desenho do PMM. Políticas como o Pits e a Estratégia de Saúde da Família, influenciaram e conformaram, respectivamente, o desenho do PMM. Políticas como o Requalifica-UBS e o Pro-Residência influenciaram e foram incorporados no PMM. Mas políticas como o Provab e o Plano Nacional de Educação Médica, bem como seus efeitos, sucessos, fracassos, instituições e recursos resultantes de sua implementação foram fatores decisivos na decisão, formulação, viabilização e implementação do PMM. A existência e a possibilidade de contar com a cooperação com a OPAS e Cuba, como foi analisado nesta tese e analisaram Oliveira e Pinto (2018), é outro elemento tão importante que permite afirmar que, sem a possibilidade dessa cooperação, dificilmente saltar-se-ia do Provab à criação do PMM.

O quarto ponto é que, para conseguir identificar esses efeitos de dependência de trajetória, bem como mapear e analisar os legados que influenciaram os objetivos, ações e ideias dos atores, é necessário fazer uma análise com amplo horizonte de tempo e atenta a esses legados. Precisa ser analisado o que foi produzido nas décadas anteriores sobre provimento, formação e regulação médicas. Quais ideias, propostas, disputas, memórias e instituições isso gerou. Como tudo isso interfere no processo de formulação e no desenho do PMM. Como as comunidades de políticas se posicionaram ao longo do tempo e como aturam para defender suas ideias e alcançar seus objetivos. Nessa análise foi importante identificar o que influenciou e induziu a construção de uma medida ou dispositivo integrante do PMM e o que bloqueou e restringiu certas possibilidades. Nesse aspecto, a análise da formação da

agenda nos capítulos 4 e 5 ajudou a identificar os principais fatores que condicionaram de forma mais duradoura e recorrente as soluções que foram seriamente consideradas para enfrentar a questão: os conflitos de agenda e de papéis regulatórios entre os subsistemas saúde e educação, o arranjo institucional então vigente para a regulação, formação e provimento médicos e a posição e atuação da Comunidade Medicina Liberal na luta pela manutenção do *status quo* e contra iniciativas com objetivos e formatos similares ao PMM. Esses três fatores fizeram com que o governo federal nas últimas décadas fosse experimentando políticas que respeitavam os limites estabelecidos pela Comunidade Medicina Liberal. Para que a agenda fosse formada e o Programa formulado e implementado, esses condicionantes foram, em parte superados e/ou contornados, mas eles continuaram influenciando os desenhos possíveis. Grande parte da formulação do PMM passou por tentar superar esses condicionantes. Trabalhos que focaram no estudo das entidades médicas (GOMES, 2016; SOARES, 2017; SILVA, 2018), por exemplo, forneceram direta ou indiretamente diversas pistas de quais eram esses limites.

O quinto ponto é que não é possível compreender adequadamente a entrada na agenda governamental e a formulação do PMM sem identificar a existência e analisar o papel central que tiveram certos ‘empreendedores de políticas’ no PMM. Considerar que o ator que protagonizou a formulação do Programa é um ‘monolítico governo’ ou um amplo ‘Movimento Sanitário’ é insuficiente para analisar diversos elementos do PMM que não estavam entre os objetivos e ideias desses atores e nem eram prioritários para eles. Assim, foi necessário estudar as características, experiências e trajetória desses indivíduos que foram empreendedores do PMM, bem como os objetivos, valores e ideias que influenciaram sua ação na produção do Programa. Alguns estudos identificaram esses indivíduos (GOMES, 2016; PAULA, 2017; ROCHA, 2017; SALES, 2017; SASSI, 2018), contudo, essa identificação só ocupou lugar de destaque na análise de Gomes (2016), cujo objeto de análise foi a agenda política das entidades médicas e de grupos médicos que agiam por fora dessas entidades. Mesmo assim, o esforço do autor não foi relacionar esse grupo ao desenho do PMM, só associá-lo com sua construção.

O sexto e último ponto refere-se ao papel de elementos e variáveis mais conjunturais na análise da formulação do PMM. A pesquisa mostrou que, para compreender como foi possível construir o PMM com seu desenho específico, é necessário colocar no centro da análise o contexto político e a correlação de forças em determinados momentos da formulação

do PMM; as linhas de ação estratégica, estilos e habilidades de certos atores, individuais e coletivos; certos processos, consequências e acontecimentos não planejados e contingentes; e ainda, determinados cálculos, decisões, táticas e ações específicas que ocorreram em momentos e processos decisivos da construção do Programa. Sem essa análise não seria possível explicar como foi possível manter o Eixo Provimento ‘intacto’ e ampliar o escopo do Programa da MP para a Lei, fazendo-o ainda mais próximo da perspectiva da Reforma Sanitária, mesmo ampliando a participação de diversos atores, o que inclui as entidades médicas, no processo de (re)formulação no Congresso Nacional, uma instituição conservadora no que diz respeito a assuntos médicos. Ou como foi possível ter a concordância do CFM em transferir parte do poder de autorização do exercício profissional ao MS, sendo que, há anos, qualquer ação neste sentido era prontamente vetada. Ou ainda, como medidas que foram vetadas e retiradas da Lei, ainda assim influenciaram as principais mudanças na mesma. Essa constatação dá relevo a fatores menos valorizados em teorias e *frameworks* que focam nas estruturas em detrimento da agência ou que consideram essa agência desde um ponto de vista mais macropolítico e social. Outrossim, coloca a necessidade de agregar essa dimensão da análise nos quadros teórico-metodológicos de pesquisas que analisam a produção de políticas, ao menos naquelas nas quais há forte disputa com capacidade de determinar as formas da política.

O próximo capítulo, o de conclusão da tese, faz um balanço atualizado da situação e efeitos do programa, tratando de políticas nas áreas de regulação, provimento e formação médica, bem como das contribuições e limites da tese e trata de possibilidades quanto ao desenvolvimento de novos estudos.

7 CONCLUSÃO

Neste capítulo de conclusão faz-se uma síntese dos principais achados, contribuições e limitações da tese, além de um balanço da situação atual do PMM e das perspectivas de políticas na área de gestão do trabalho e da educação na saúde. Na primeira seção, são apresentados os principais achados da tese organizados na ordem dos capítulos para facilitar o entendimento e a leitura da mesma. Na segunda seção, é feito um breve balanço do PMM analisando onde ele chegou, em termos de alcance de seus objetivos, e como estava ao fim de 2020. Por fim, a última seção do capítulo tem por objetivo sintetizar as principais contribuições, empíricas e teóricas, da tese, limitações e trata de possibilidades de desenvolvimentos de novos estudos.

7.1 PRINCIPAIS ACHADOS DA TESE

O esforço central desta tese foi analisar a entrada do PMM na agenda governamental e sua formulação. Neste esforço, foi necessário compreender as dinâmicas de conservação e mudança nos subsistemas saúde e educação relacionadas à questão das insuficiências na oferta e formação médicas e às soluções propostas e descartadas ou implementadas de regulação, formação e provimento de médicos. Com o objetivo de facilitar o entendimento e a leitura desta conclusão e da tese, nesta seção os principais achados estão sintetizados e organizados à frente conforme a ordem dos capítulos.

Foram identificadas três comunidades de políticas que tiveram papel relevante na produção do PMM: a Comunidade Movimento Sanitário, descrita por Côrtes (2009a), a Comunidade Defesa da Regulação pelo Mercado e a Comunidade Defesa da Medicina Liberal. Os atores, ideias, objetivos e modos de atuação das duas primeiras foram mais facilmente identificáveis na literatura – nos campos da Saúde Coletiva, Análise de Políticas Públicas e políticas educacionais - que analisa o movimento sanitário brasileiro, o complexo financeiro-industrial da saúde e o setor privado de educação superior no Brasil. A construção que exigiu mais esforço foi a caracterização da Comunidade Medicina Liberal buscando compreender suas relações com a estrutura social e o Estado, seus modos de atuação e a agenda política. Essa construção mostrou-se extremamente útil na análise da pesquisa porque foi observado que a atuação dessa Comunidade foi um fator decisivo na análise de porquê o

PMM só ter acontecido em 2013, porque e como aconteceu em 2013 e o que aconteceu com ele depois de ter sido implementado. Os atores e instituições da profissão médica influenciam muito a regulação da profissão e a produção de políticas de saúde, em especial, aquelas de regulação, formação e provimento médicos. A considerável autonomia econômica, política, científica e tecnológica da profissão médica tem relações com privilégios concedidos pelo Estado e com seu lugar na estrutura social, onde desempenha papéis na produção social e manutenção do *status quo* em dimensões como a econômica, tanto em termos de reprodução da força de trabalho como na produção capitalista específica do setor saúde, no processo de legitimação política do Estado e na biopolítica. Mas a capacidade de manter esse monopólio depende da estrutura institucional do Estado em análise, de suas relações com o Estado e os grupos sociais e de sua organização e atuação política. Mudanças econômicas, nas últimas décadas, vêm promovendo alterações profundas no trabalho médico que fica cada vez mais associativo, coletivo e dependente de corporações que estruturam complexas linhas de produção e buscam cada vez mais controlar as decisões médicas. Há um processo em curso de redução da autonomia técnica e do poder de decisão do médico no cuidado aos pacientes, um questionamento crescente da tradicional hegemonia médica nas equipes de saúde e abalos no prestígio profissional junto aos usuários e na maneira como são vistos pela sociedade. As propostas e lutas políticas prioritárias da profissão médica, que mostraram ter notável regularidade temporal e espacial, reflete esses elementos. Seu foco central é defensivo, buscase manter o *status quo* e sustentar a ideia de um exercício liberal da Medicina, com autorregulação da profissão, visão liberal da produção de serviços médicos e liberdade e autonomia de cada médico e médica decidir a conduta técnica.

As regularidades observadas, nestas últimas cinco décadas, nas posições e atuações de atores da profissão médica nas questões e políticas públicas objeto da pesquisa deu base à construção da Comunidade Medicina Liberal, que adotou as seguintes posições em relação ao objeto da tese: 1) foi contrária às propostas de provimento de médicos em locais com maior necessidade que não passassem por uma carreira médica em nível nacional, dirigida preferencialmente à atenção básica em saúde; 2) propôs uma regulamentação do ato médico, como forma de assegurar o monopólio de exercício da profissão e limitar a atuação de ‘leigos’ e das demais profissões de saúde; 3) buscou controlar a autorização da abertura de vagas de graduação e residência médicas, reduzir o número total de vagas de graduação e manter o controle sobre a entrada de médicos generalistas e especialistas no mercado de trabalho; e 4)

agiu para impedir ao máximo habilitação de médicos formados no exterior, sejam brasileiros ou estrangeiros, para o exercício da Medicina no país. Para influenciar as políticas, atuou como grupo de interesse junto aos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, articulando *lobbies*, principalmente, junto a colegas de profissão; ocupando espaços institucionais no Estado, especialmente em áreas às quais são delegadas decisões sobre ‘assuntos médicos’; influenciando, mobilizando ou coagindo os médicos por meio das entidades médicas e suas instituições; e dirigindo-se à sociedade por meio de importante ocupação de espaços nos veículos de comunicação.

Além disso, a análise permitiu a identificação e compreensão de três elementos centrais para o estudo da ação dos médicos como atores coletivos. O primeiro são as características peculiares do Conselho Federal de Medicina (CFM) e dos Conselhos Regionais de Medicina que, diferentemente das demais entidades médicas, são instituições estatais, controladas pelos próprios médicos, às quais a legislação atribui a responsabilidade de fiscalização do exercício profissional e dá poderes de Estado: podem criar regras, coagir e aplicar sanções a médicos, empresas médicas, serviços e gestores de saúde, públicos e privados. O segundo foi a influência dos médicos como atores políticos por meio de relações estabelecidas na malha associativa da sociedade, na qual relações e redes formais e informais com atores mais bem posicionados na hierarquia social e governamental foram fontes de poder. Um terceiro elemento a se destacar foi a identificação de um coletivo de médicos que, por sua vez, teve papel central na produção do PMM, que não atuou conforme os objetivos, propostas e valores predominantes da Comunidade Medicina Liberal, antes o contrário, teve diversos embates com ela. Foi analisada a trajetória desse coletivo desde os anos 1990. Além destas três comunidades de políticas, foi identificada e caracterizada a Rede Temática Educação Médica como uma rede de atores especialistas no estudo, discussão e atuação em prol da mudança da educação médica, comportando diferentes ideias, objetivos e projetos relacionados a este tema e tendo protagonizado iniciativas de mudança que geraram importantes legados históricos que influenciaram a ação dos atores sociais e a produção do PMM. A síntese das características destas comunidades e rede temática pode ser vista no Quadro 2 (no capítulo 3).

A pesquisa identificou dois fortes preditores de maior oposição e dificuldade na viabilização e sustentabilidade de políticas nas áreas de regulação, formação e provimento médicos. O primeiro é que propostas de alterações nas ‘regras do jogo’ do arranjo

institucional que define os papéis entre o subsistema saúde e educação e que sustentam o *status quo* da profissão médica, uma vez que estes atores tendem a resistir à perda de papel e poder, tendem a não se conformar às novas regras e tendem a querer retomar, quando possível, a posição e regras antigas. O segundo são os arranjos institucionais que constituíram o SUS. A política nacional de atenção básica e a regulação do sistema superior de educação, de um lado, condicionaram a abrangência e sustentabilidade das políticas que não se conformaram e conflitaram com esses arranjos, e, de outro, influenciaram o desenho das políticas mais bem sucedidas no enfrentamento das questões e soluções relacionadas às insuficiências na oferta e formação de médicos.

Contatou-se que, de 2003 a 2016, foram tratadas como questão central na agenda do governo federal a universalização do direito à saúde e educação por meio da implementação de políticas de ampliação do acesso aos serviços de saúde e à educação. Mesmo com as mudanças na direção do MEC (oito ministros) e MS (sete ministros) no período, a análise das políticas implementadas, da prioridade no orçamento e dos resultados alcançados, mostra a manutenção dessa questão na agenda. À frente do MEC, na maior parte do tempo, estiveram ministros que eram importantes quadros do PT e, no caso do MS, ambos períodos se iniciaram com quadros do PT (de 2003 a 2005 e de 2011 a 2015), mas, devido a crises de governabilidade, essa direção foi transferida a quadros do MDB. Especialmente nos períodos nos quais o ministro e os escalões superior e intermediário eram do PT, dirigiram o MS pessoas com forte sentimento de pertença e compartilhamento de valores com a Comunidade Movimento Sanitário, levando àquele espaço a intenção de tornar política pública diversos objetivos, valores e ideias desta Comunidade, como os princípios constitucionais da universalidade, equidade, integralidade e também a diretriz que atribuiu ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos em saúde. Contudo, essa última diretriz constitucional não correspondia nem ao arranjo institucional vigente – que delegava a regulação legal do trabalho ao Congresso Nacional, a regulação infralegal e fiscalização do trabalho aos Conselhos Profissionais e concentrava o poder de ordenar a formação no MEC e IES - nem aos objetivos e preferências dos dirigentes dos subsistemas educação e da Comunidade Medicina Liberal.

No primeiro ano do Governo Lula, devido às mudanças das direções em ambos subsistemas, ao esforço de dirigentes do MS e a diversos fatores conjunturais chegou-se a cogitar a transferência ao MS de parte da ordenação da formação em saúde e de espaços

institucionais do MEC responsáveis pelos ‘assuntos médicos’. Contudo, isso não foi concretizado. Atores do subsistema educação e da Comunidade Medicina Liberal atuaram pela manutenção do arranjo institucional vigente e essa mudança não entrou mais na agenda. Constrangido por esse arranjo, os dirigentes do MS, em sua maioria membros da Comunidade Movimento Sanitário, passaram a agir somente naquilo que tinham governabilidade. Para intervir na formação, precisavam agir em acordo com o MEC, porém, havia dois constrangimentos importantes a essa ação: os dirigentes do MEC entendiam que as IES tinham autonomia para orientarem a formação e, nas formações profissionais consideravam que isso deveria ser feito em diálogo com as organizações de cada profissão. A influência da Comunidade Medicina Liberal no MEC ocorria não apenas através desse diálogo, mas também porque seus membros ocupavam cargos ou participavam de órgãos colegiados e influenciavam os espaços institucionais do MEC responsáveis por ‘assuntos médicos’.

A pesquisa mostrou também que as políticas de regulação, formação e provimento médicos não entraram nos centros das agendas do núcleo do governo e nem das direções do MEC e MS. No caso do MEC, embora fosse prioritária a expansão de vagas no ensino superior, a expansão de vagas nos cursos de Medicina não era um objetivo específico, mas acabou sendo uma das consequências. A mudança e reorientação da educação médica não era uma proposta que o MEC pretendesse levar adiante, como de fato não levou até a criação do PMM. Um dos motivos para as resistências do MEC era porque sua direção entendia que se promovesse mudanças na educação médica teria de fazer o mesmo para outros cursos e isso demandaria muitos recursos e esforços. Os dirigentes do MS, em contraste, tinham clareza que a insuficiência na oferta e a inadequação da formação médica às necessidades do SUS eram problemas que limitariam, no médio prazo, a expansão e qualidade dos serviços de saúde. Para eles, entretanto, no curto prazo, o problema podia, e foi contornado, com medidas como o aumento do repasse financeiro a estados e municípios para ampliar a capacidade de recrutamento médico no mercado de trabalho.

Os dirigentes do MS entendiam que soluções relacionadas à mudança na formação demandariam muito tempo e teriam consequências imediatas indesejadas, como reações contrárias da Comunidade Medicina Liberal. As consequências desejadas seriam incertas e viriam somente em médio e longo prazo. Soluções relacionadas à regulação e provimento médicos, como a autorização do exercício de médicos estrangeiros no Brasil e o Serviço Civil Obrigatório encontraram um cenário ainda mais difícil. Sofriam ainda mais resistência da

Comunidade Medicina Liberal e tinham um potencial maior de desgastar politicamente o governo, devido à necessidade de mudança legislativa que levaria a disputa para a arena do Congresso Nacional. Como há anos a Comunidade Medicina Liberal impedia a aprovação de soluções similares no Congresso e como o núcleo do governo previa que os partidos de oposição poderiam usar esse conflito para produzir derrotas e desgastar o governo, este caminho foi evitado. Além disso, não houve empreendedores para as soluções propostas, como por exemplo, a autorização de diplomas e o Serviço Civil Obrigatório. Na verdade, as direções intermediárias dos espaços institucionais responsáveis pela formulação e implementação dessas soluções no MEC e MS, respectivamente, atuaram pelo abandono daquelas soluções.

Isso resultou em uma situação conjuntural de equilíbrio de forças que tendeu à reprodução do instituído, não permitindo nem ao MS promover mudanças na direção que pretendia, nem à Comunidade Medicina Liberal fazer o Estado assumir a defesa de suas propostas. Essa situação fez o MS, a partir de 2005, quando o MDB assumiu sua direção, praticar uma estratégia que vigeu até 2010, caracterizada pela opção de não enfrentar nenhum desses condicionantes - limites estabelecidos pela Comunidade Medicina Liberal, legislação e demais arranjos institucionais vigentes e o controle do subsistema educação (MEC e IES) sobre as decisões e regras relacionadas à graduação e residência. Operando no que tinha governabilidade e naquilo que havia acordo com o MEC, a direção do MS formulou e implementou o Pro-Saúde (em 2006), sendo que antes (2003) já haviam sido criadas a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), para ampliar a capacidade de intervenção do MS nessa área, e a Rede Observa-RH, que foi muito importante para a produção de evidências que ajudaram o MS a conformar a questão das insuficiências na oferta e formação médicas e formular as políticas da área, dentre elas o PMM. No fim do Governo Lula (2010) foram criados o Pro-Residência e a UNA-SUS e formulados os incentivos no Fies e o Revalida, que só conseguiram ser implementados no Governo Dilma (2011). O único desses programas que teve forte resistência da Comunidade Medicina Liberal foi o Revalida, que só avançou porque “subiu” para a agenda do Presidente Lula saindo da interface dos subsistemas saúde e educação, onde soluções similares vinham sendo bloqueadas. Ainda assim, o Revalida só conseguiu ser implementado porque foi produzido em acordo e em colaboração com o MEC, não demandou mudança legislativa e aprovação do Congresso, modificou o mínimo possível o arranjo institucional vigente - as IES seguiram com a

atribuição de validar os diplomas e podiam optar se adeririam ou não ao novo exame nacional -, e porque a solução foi ‘enquadrada’ na ideia de meritocracia defendida pela Comunidade Medicina Liberal. Esses arranjos e soluções – Sgtes, Rede Observa-RH, Pro-Saúde, Pro-Residência, UNA-SUS, Fies e Revalida – constituíram legados históricos que influenciaram a formulação do PMM, como foi tratado nos capítulos 5 e 6.

No período de 2003 a 2010, inicialmente os dirigentes do MS, membros da Comunidade Movimento Sanitário, optaram por uma estratégia de ‘deslocamento’ (MAHONEY e THELEN, 2010) procuraram fazer mudanças mais significativas no arranjo institucional - ampliar a capacidade de decisão do MS na ordenação da formação em saúde, para mudar a graduação, regular as residências, formar e prover médicos – e não conseguiram. A partir de 2005, acomodaram-se em uma estratégia de ‘mudança em camadas’ (MAHONEY e THELEN, 2010) na qual só avançava no que tinha acordo com o MEC, respeitava os limites estabelecidos pela Comunidade Medicina Liberal e propunha mudanças que não alteravam o *status quo*. Com isso prepararam o terreno para mudanças que foram realizadas no período de 2011 a 2016, sendo as mais importantes consolidadas na proposta do PMM, lançado por medida provisória em 2013. A Comunidade Medicina Liberal atuou pela manutenção das regras vigentes nas áreas de regulação, provimento e formação médicas. A direção do MEC, na área de formação médica, admitiu poucas mudanças no *status quo*. Mesmo as poucas mudanças definidas pelo MS – como os critérios de necessidade social para os novos programas expansão das residências -, tiveram dificuldades de implementação porque os dirigentes das comissões e programas de residência médica, dos cursos de Medicina eram, em grande parte, da Comunidade Medicina Liberal e usaram uma estratégia de ‘conversão’ (MAHONEY e THELEN, 2010), fazendo uso do alto grau de discricionariedade que gozavam para interpretar as novas regras de modo a aplicar o mínimo possível ou não aplicar as novas diretrizes. Nacionalmente, atuaram nesse sentido integrantes da burocracia do MEC, membros de comissões de assuntos médicos e consultores *ad hoc*.

A pesquisa mostrou que quatro fatores são responsáveis pela entrada da questão das insuficiências na oferta e formação médicas na agenda do governo e, portanto, contribuíram com a criação do PMM: 1) o novo governo federal que, tanto no núcleo de governo como no subsistema saúde, passou a ter dirigentes que assumiram seus cargos priorizando a questão; 2) o agravamento objetivo da questão com consequências negativas para os serviços de saúde prestados à população; 3) a ação dos Empreendedores do PMM conformando e dando

visibilidade ao problema; e 4) a ampliação da ‘percepção’, ‘potência’ e ‘proximidade’ do problema na perspectiva de gestores municipais e da população em geral (ZAHARIADIS, 2016).

Como foi mostrado no capítulo 5, paralelamente ao agravamento da questão, as soluções até então utilizadas para contorná-la perderam eficácia, e isso passou a limitar a expansão de serviços de saúde, o principal objetivo do governo na área de saúde. Os efeitos negativos disso junto a gestores municipais, estaduais e parlamentares foram importantes o suficiente para chamar a atenção da Presidenta Dilma para a questão na campanha eleitoral de 2010. Em seus discursos de posse, tanto a Presidenta quanto o Ministro Padilha anunciaram que o enfrentamento da questão da insuficiência de médicos seria prioridade do governo. A mudança de governo, em 2011, e a análise dos objetivos, ideias e ações dos integrantes do núcleo do governo, de parlamentares, e de dirigentes MS e MEC são centrais na compreensão da entrada da questão na agenda governamental e para a formulação do PMM. Dentre estes, identificou-se sujeitos bem posicionados institucionalmente no MS, MEC e Congresso Nacional, com alto grau de compartilhamento de ideais, valores e objetivos, que atuaram como Empreendedores do PMM. Sujeitos estes que tiveram capacidade de mobilizar diversos outros de uma geração da Comunidade Movimento Sanitário e da Rede Temática de Educação Médica que atuaram na linha de frente das organizações responsáveis pela implementação do PMM. Além disso, parte desses Empreendedores do PMM atuou como dirigente da Secretaria de Relações Institucionais (SRI) no Governo Lula e soube aproveitar sua trajetória e contatos no núcleo do governo, nos estados e municípios e no Congresso Nacional, para ampliar a capacidade do MS de intervir no processo de conversão da Lei do PMM. A posição e atuação desses sujeitos e da Presidenta, nesta ordem, foram considerados pela maioria dos entrevistados como os principais fatores responsáveis pela entrada do PMM na agenda governamental. Vale destacar que, quando indagados diretamente, os próprios Empreendedores do PMM entrevistados reconheceram-se nesse papel e observaram que suas ações não teriam sido exitosas sem o apoio e decisões tomadas diretamente pela Presidenta Dilma em momentos chave. O segundo grupo de atores que foi mais importante para a entrada do PMM na agenda governamental é aquele composto por gestores municipais, prefeitos e secretários de saúde, e suas associações.

Os Empreendedores do PMM aproveitaram-se e, ao mesmo tempo, contribuíram para o aumento da ‘percepção’, ‘potência’ e ‘abrangência’ do problema da “falta de médicos”.

Promoveram estudos e debates sobre o tema e possíveis soluções, atuaram todo o ano de 2011 para conformar o problema e colocá-lo na agenda do governo federal e conseguiram consolidar a ideia de que não seria possível ter impacto positivo na área de saúde sem enfrentar esse problema porque, além de limitar as possibilidades de implementação de políticas prioritárias na saúde, era uma demanda política dos gestores municipais, estaduais e parlamentares. Além disso a população percebia a questão como um obstáculo à melhoria da atuação do governo na área de saúde.

Outro fator fundamental na criação do PMM identificado na análise se refere à mobilização de recursos estratégicos e superação de constrangimentos político-institucionais que, no período de 2003 a 2010, tinham bloqueado soluções que alterassem o *status quo* da Medicina e de sua regulação. Se no Governo Lula, o MEC, sob a influência da Comunidade Medicina Liberal, havia sido um empecilho ao avanço dessas iniciativas, no Governo Dilma, com as atuações do núcleo do governo e com as mudanças institucionais e de dirigentes – como as mudanças na Sesu e Seres, designação de responsáveis pela formulação do PMM e criação de novos espaços institucionais, menos influenciados pela Comunidade Medicina Liberal, para implementar o Programa -, o MEC mudou de posicionamento e foi importante na formulação e implementação do PMM. A decisão de evitar uma solução que exigisse aprovação de uma Lei no Congresso Nacional fez ainda com que outras soluções – como o Fies, o Revalida, o Provab e o Plano Nacional de Educação Médica - que não exigiam mudança legislativa e que confrontavam menos a Comunidade Medicina Liberal, fossem tentadas antes do PMM.

A pesquisa mostrou também que a análise das soluções que antecederam o PMM é necessária para compreender como o PMM foi possível e com o desenho com o qual foi implementado. Observa-se que eventos e processos passados produziram efeitos de dependência de trajetória no caminho trilhado na construção do PMM. Em síntese, pode-se dizer que até o Provab o MS somente conseguira implementar políticas que estavam dentro de certos limites estabelecidos pela Comunidade Medicina Liberal. O Provab é muito similar ao Pits, mas tem o incremento do bônus de 10% na seleção de residência médica, medida que teve a oposição da Comunidade Medicina Liberal. O Eixo Provimento do PMM pode ser visto como similar ao Provab, com o incremento de poder recrutar médicos brasileiros e estrangeiros para o exercício da medicina no Brasil, mesmo sem a autorização do CFM. As soluções construídas até a criação do PMM promoveram aprendizados, criaram condições de

implementação do PMM, geraram instrumentos de política e ampliaram a capacidade do governo de implementá-lo. Um último recurso estratégico decisivo para o sucesso na formulação do PMM foi a cooperação com a OPAS e Cuba. Sem a possibilidade de contar com um grande contingente de médicos acionáveis, caso os recrutamentos de brasileiros e estrangeiros não atendessem a demanda, dificilmente ter-se-ia saltado do Provab para o PMM.

Outro fator importante para a entrada do PMM na agenda governamental, para a sua formulação e decisão de fazê-lo foi a posse de novos prefeitos e gestores municipais de saúde em 2013 à proximidade das eleições de 2014. Os novos prefeitos e gestores de saúde, as ações de suas entidades representativas, articuladas às dos Empreendedores do PMM do MS e a campanha “Cadê o Médico”, promovida pelas entidades nacionais de prefeitos, aumentaram a pressão sobre o núcleo do governo em favor do lançamento do PMM e a perspectiva de que houvesse apoio público ao Programa. Ainda assim, havia indecisão no núcleo do governo sobre o quando seria lançado o Programa: ele era considerado uma solução necessária para enfrentar um grave problema do SUS, mas sabia-se que, inevitavelmente, levaria a um processo de embate e desgaste público no qual o governo poderia sair derrotado. A balança pendeu pelo adiamento desse lançamento, contra ‘comprar’ o conflito e a favor da manutenção da governabilidade e da alta popularidade que o governo gozava, até junho de 2013, quando as ‘Jornadas de Junho’ provocaram uma queda drástica na aprovação do governo faltando pouco mais de um ano para as eleições de 2014. Com isso, o cálculo se inverteu: como o maior custo político era não responder àquelas demandas e ao processo de desgaste, o PMM foi escolhido como uma das respostas e decidiu-se lançá-lo imediatamente.

Assim, esta pesquisa contestou a visão predominante de que o PMM teria sido uma formulação às pressas, em resposta às ‘Jornadas de Junho’, para enfrentar uma questão há muito presente na agenda - as insuficiências na oferta e formação médicas. O que se constatou é que as ‘Jornadas’ não foram a causa do PMM, foram uma oportunidade/catalisador para a decisão de lançar o PMM naquele momento. Segundo os entrevistados mais bem posicionados no processo de tomada de decisão sobre o Programa, mesmo que o PMM não tivesse sido lançado no calor das ‘Jornadas’, teria sido antes da campanha eleitoral de 2014, porque precisava-se de uma ação de peso na saúde. A visão era de que teria apoio popular, como de fato teve, e isso superaria o provável prejuízo político junto à Comunidade Medicina Liberal.

Em resumo, o agravamento do problema das insuficiências na oferta e formação médicas, o aumento da relevância da questão, o posicionamento de novos atores na direção do sistema político e subsistema saúde e educação são responsáveis pela entrada da questão na agenda do governo, com prioridade máxima no MS e alguma prioridade no núcleo do governo, já em 2011. A ação dos Empreendedores do PMM, conformando e processando os problemas, as soluções formuladas e implementadas, somados aos fatores anteriores, foi responsável por colocar a solução PMM na agenda do núcleo do governo no início de 2012, quando foi determinada a sua formulação a um grupo interministerial conduzido pelo MS e MEC. A ação dos Empreendedores do PMM, da Presidenta e do núcleo do governo e a superação de constrangimentos institucionais no MS e, principalmente, no MEC permitiram a formulação do PMM ao longo do ano de 2012. A posse dos novos prefeitos e ação dos mesmos articulada aos Empreendedores do PMM, o avanço nas tratativas com a OPAS e Cuba, a proximidade das eleições de 2014, somados aos fatores anteriores, foram responsáveis pela decisão de implementação do PMM, mas ainda sem a definição de uma data de lançamento. A mudança do contexto político em junho de 2013, com papel destacado das ‘Jornadas de Junho’, mudou o cálculo estratégico do núcleo do governo fazendo com que o PMM fosse lançado naquele momento.

Evidenciou-se também forte influência da produção de conhecimento mundial na área de recursos humanos em saúde nas ideias consideradas na formulação do PMM e de outras soluções implementadas de 2011 a 2013. Isso pode ser demonstrado comparando essas soluções com experiências internacionais – como, por exemplo, as do sistema público de saúde do Reino Unido, da articulação entre regulação profissional, educação e assistência na Austrália ou a *National Health Service Corps* dos EUA – ou com a categorização de intervenções governamentais feita pela OMS e apresentada no Quadro 5 (capítulo 3)⁷⁵. A formulação foi também influenciada por políticas de regulação, formação e provimento propostas e/ou implementadas antes, que constituíram legados históricos, ideacionais e institucionais, extremamente importantes para a viabilização e para o desenho assumido pelo PMM. Soluções como o Pits e Estratégia de Saúde da Família influenciaram o desenho do

⁷⁵ Dentre as medidas previstas nos três Eixos do PMM e em soluções como o Fies, podem ser identificadas ‘intervenções educacionais’ (como as A2, A3 e A5), ‘intervenções regulatórias’ (como B4 e, em parte, B3), ‘intervenções econômicas’ (como a C1) e ‘intervenções para apoio profissional e pessoal’ (como as D2 e D3, e menor medidas D5 e D6, e D1 considerando políticas sociais do governo que atingiam essas áreas).

PMM. O Requalifica-UBS e o Pro-Residência não só influenciaram como foram incorporados. E, além de terem influenciado e sido incorporados ao PMM, os sucessos e fracassos do Provac e do Plano Nacional de Educação Médica, suas instituições e recursos que foram estruturados em sua implementação foram fatores decisivos na formulação do PMM. A existência e a possibilidade de contar com a cooperação com a OPAS e Cuba é outro elemento decisivo no desenho do PMM.

A Comunidade Movimento Sanitário – e suas ideias – foi o ator coletivo com maior influência na formulação do PMM, sendo que as ideias da Rede Temática Educação Médica tiveram participação decisiva no desenho final do Eixo Formação. O papel da Comunidade Medicina Liberal foi principalmente de limitar seu alcance e o da Comunidade Regulação pelo Mercado de evitar que as medidas de expansão e regulação das vagas de graduação em medicina afrontassem objetivos e ideias do setor privado de educação superior.

Os Empreendedores do PMM integravam e agiam no sentido de coordenar as ações e avançar na apresentação de propostas de solução, especialmente quando ocuparam posições de direção no governo federal. Esses indivíduos conseguiram influenciar mais no desenho que PMM veio a ter no momento em que houve uma espécie de ‘janela de oportunidade’, durante a discussão da Lei do PMM, alargando seu escopo no que se refere à formação médica, definindo mudanças na graduação, na residência e no planejamento da formação de especialistas.

Esta ‘janela de oportunidade’ foi criada com a decisão de lançar o PMM por meio de uma MP que teve que ser convertida em Lei e, principalmente, pela opinião pública favorável ao PMM, conforme pesquisas de opinião realizadas entre junho e novembro de 2013. Isso ocorreu graças a três fatores: aos efeitos da implementação do PMM em milhares de municípios, à repercussão midiática positiva desse efeito e à percepção de que a Comunidade Medicina Liberal criticava o PMM em razão de interesses corporativos.

Empreendedores, Comunidade Movimento Sanitário, prefeitos e parlamentares apoiadores do PMM, bem como seus opositores perceberam que havia maioria no Congresso em favor do Programa. Por isso, os opositores, como a Comunidade Medicina Liberal, passaram a negociar mudanças no Projeto da Lei. Para centralizar as decisões nesse processo de negociação foi organizado um centro de inteligência que articulou as ações dos Empreendedores do PMM no Executivo e no Legislativo, ao mesmo tempo em que a relatoria da Lei ficou com o Deputado Carvalho, um dos Empreendedores do Programa. A estratégia

de negociação utilizada usou a tática de ‘bodes na sala’, inserindo propostas que se mostraram inaceitáveis para a Comunidade Medicina Liberal e que foram retiradas ao final das discussões. Adotou-se, ainda, uma frente de ação para a defesa do PMM no Judiciário, pois a Comunidade Medicina Liberal moveu dezenas de ações contra o Programa.

Sintetizados os principais achados da tese, na próxima seção será feito um panorama de como evoluiu o PMM de 2013 à 2020.

7.2 PANORAMA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PMM DE 2013 A 2020

Este panorama da implementação do PMM tem um triplo objetivo: apresentar o que foi mesmo implementado daquilo proposto no PMM, indicar efeitos relacionados aos objetivos do Programa e mostrar processos de (re)formulação no PMM que, em alguns casos, foram de deliberada desconstrução. O panorama é apresentado por Eixos do PMM, primeiro o de Infraestrutura, depois o Formação e, por fim, o Provimento⁷⁶.

O principal instrumento para melhoria da infraestrutura no âmbito do PMM foi o Requalifica-UBS, que fora criado em 2011, e incorporado ao Programa, em 2013, com um orçamento que saltou de 1,7 bilhões de reais, quando da criação, para 4,9, no ano da incorporação ao PMM (BRASIL, 2015; PINTO, 2018). Com a ascensão de Temer à Presidência da República, em 2016, e com forte arrocho fiscal decorrente da aprovação da Emenda Constitucional do chamado ‘Teto de Gastos’ (EC 95/2016), que congelou os orçamentos das áreas sociais por 20 anos, o Requalifica-UBS foi paralisado. Desde então não foram autorizadas novas obras e foram canceladas obras que não haviam se iniciado.

No Eixo Formação um primeiro efeito relevante e, até então, inédito foi a atuação intersetorial dos subsistemas saúde e educação no modo e intensidade como foi feito. Houve um planejamento de curto a longo prazo de estratégias de mudança da formação médica (graduação e pós-graduação), com orientação das ações regulatórias do MEC em função das necessidades e prioridades definidas para o SUS (ROCHA, 2017; OLIVEIRA, 2018; PINTO et al., 2019; SORDI, 2019). Para conseguir desempenhar esse papel foi alterado o arranjo

⁷⁶ A partir de 2016, no Governo Temer, muitas informações que estavam disponíveis no sítio virtual oficial do PMM foram retiradas, a partir do Governo Bolsonaro, as informações pertinentes à implementação dos três Eixos não foram mais publicadas. Na escrita desse panorama tiveram que ser combinadas informações de sistemas e relatórios oficiais com artigos e reportagens.

institucional do MEC e MS, o que incluiu mudanças na estrutura administrativa: no MS, a criação do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (Depreps) na Sgtes, no MEC, a criação da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (Ddes) na Secretaria de Educação Superior (Sesu) e da Coordenação-Geral dos Processos de Chamamento Público na Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres).

O efeito mais visível foi a expansão e interiorização das vagas de graduação em Medicina. De aproximadamente 19 mil vagas de graduação em Medicina ofertadas no início de 2013 o país chegou a quase 32.626 (aumento de 71%) no fim de 2018. A meta 11.447 vagas foi ultrapassada, o número de vagas no interior superou ao das capitais, o Brasil superou a meta 1,34 vagas por 10 mil habitantes e houve um aumento maior nas regiões com maior necessidade (MORENO e OLIVEIRA, 2018; OLIVEIRA et al., 2019; PEREIRA et al., 2021). A meta do PMM era aumentar a proporção de médicos no Brasil de 1,8 médicos por mil habitantes para 2,7 até 2026. Por isso foi previsto um aumento de 11.447 vagas de graduação, em um prazo de 5 anos, o que elevaria a proporção de vagas de ingressos em cursos de Medicina de 0,8 para 1,34 vagas por dez mil habitantes. As vagas públicas foram viabilizadas em pactuações do MEC com as próprias universidades, em cursos já existentes ou através da criação de novos, e as vagas privadas por meio dos editais de chamamento público previstos na Lei do PMM. O primeiro edital foi publicado em 2014 e o segundo em 2015, todos para abertura de novos cursos em cidades do interior. Mas houve resistências a esse processo, as entidades médicas, aliadas a grupos econômicos regionais que perderam a concorrência para abrir as novas escolas, apoiaram ações no Tribunal de Contas da União que, em 2015, decidiu suspender o andamento do primeiro edital. Logo no início do governo Temer, devido ao ajuste fiscal, foi determinado que não poderiam ser abertas novas vagas em universidades públicas federais. Com efeito, se no Governo Dilma 36% das novas vagas em cursos de Medicina foram em IES públicas, no Governo Temer essas vagas representaram apenas 2% do total. Em 2017, a Comunidade Medicina Liberal conseguiu junto ao MEC uma ‘moratória’ de cinco anos na autorização de novas vagas de Medicina, públicas e privadas. A moratória foi uma ‘vitória de Pirro’, porque, sob pressão da Comunidade Regulação pelo Mercado, o MEC manteve a decisão de abertura vagas relativas a processos já apresentados e ainda autorizou abertura de novas vagas em cursos privados já existentes. Esses dois processos – moratória e expansão privada de vagas – não seguiram os critérios de necessidade

social estabelecidos na Lei do PMM, e consolidaram a maior expansão privada da história dos cursos de Medicina.

O acesso ao curso de Medicina foi ampliado e interiorizado em todas as regiões do país. Entretanto, com o *boom* de vagas privadas proporcionado pelo Governo Temer e com as cortes em programas como o Fies, Prouni e assistência estudantil, o curso de Medicina ficou mais acessível do que era em 2013, mas principalmente para aqueles que podem pagar para cursá-lo. A ampliação nos últimos dois anos do Governo Bolsonaro foi menor, mas seguiu acontecendo no setor privado (PEREIRA et al., 2021). O outro objetivo dessa expansão, de ampliar a taxa de médicos no Brasil de 1,8 para 2,7 médicos/mil habitantes até 2026, ainda não foi, mas será atingido com a expansão já realizada. Em 2020 a taxa nacional chegou a 2,38 médicos/mil habitantes e as projeções apontam que atingirá 2,7 antes de 2025 (DMB, 2020). Contudo, ainda é muito menor que a média atual (2020) da OCDE, de 3,5. De qualquer modo, nota-se efeitos no mercado de trabalho médico, como podem ser acompanhados na Estação de Pesquisas Sinais de Mercado da Rede Observa-RH⁷⁷.

Considerando as medidas que visavam a mudança na graduação, ainda em 2014 foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação e MEC as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (DCN-M), em um processo que contou com audiências públicas e reuniões nas quais participaram o MEC, MS, direções e corpos docentes e discentes das universidades, gestores do SUS e diversos segmentos da sociedade, incluindo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as entidades médicas. As novas DCN-M atualizaram a formação médica, estabeleceram normas mais claras e objetivas para a reorientação do curso às necessidades do SUS, determinam prazos e instrumentos para a induzir e avaliar a implementação das mudanças (OMS, 2010; ROCHA, 2017; OLIVEIRA, 2018; OLIVEIRA et al., 2019; PINTO et al., 2019). À publicação das DCN seguiram-se desdobramentos para efetivar sua implementação e fortalecer o processo de regulação pela sociedade. Começou a ser estruturado um sistema de avaliação integrado. Um de seus componentes tinha como objetivo verificar a implementação das DCN-M pelos cursos de Medicina públicos e privados. O prazo estabelecido era até o ano de 2018 e essa verificação seria feita por meio de auditorias e processos avaliativos do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes). O processo dirigido por uma comissão, com participação do

⁷⁷ Pode ser visto no sítio virtual <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>

MEC, Inep, MS, CNS, Abem, Denem e CFM concluiu, em abril de 2016, a criação de um novo instrumento de avaliação⁷⁸ do Sinaes, com 15 novos indicadores específicos para a medicina para avaliar a implementação das DCN-M. O segundo componente foi criado com a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem) que objetivava aferir o estado momentâneo de cada educando em relação ao novo perfil esperado pelas novas DCN-M e acompanhar o crescimento e aquisição de competências. Como o objetivo desta avaliação era aferir o perfil do egresso do curso de Medicina, foi defendido que ela servisse também para regular o acesso aos programas de residência médica – implementando um sistema similar ao Enem-Sisu - e que fosse a avaliação aplicada no Revalida para revalidar o diploma dos médicos formados fora do Brasil, unificando assim os critérios (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al., 2019; PINTO et al., 2019).

Contudo, o fortalecimento da Comunidade Medicina Liberal, no Governo Temer, fez diversas destas medidas serem desfeitas ou abandonadas. Ainda, em 2016, foram suspensos os efeitos das mudanças realizadas no Sinaes⁷⁹ e, a partir de 2017, a Anasem foi interrompida. Na sequência, a avaliação da graduação foi suprimida da legislação com a aprovação da Lei nº 13.530 de 2017, que alterou a Lei do PMM, logo, não houve mais a integração dos processos de avaliação, acesso à residência e revalidação de diplomas. Ainda assim, mesmo sem instrumentos que induzam com mais força e verifiquem sua implementação, as novas DCN-M promoveram mudanças identificadas em alguns estudos: efeitos muito diferentes, dependentes do contexto e de outros fatores locais; mais perceptíveis nas escolas criadas recentemente que nas antigas; e mais relacionados aos elementos mais objetivos das DCN-M, como a maior presença da MFC nos currículos, maior tempo de atuação na atenção básica e urgências no SUS (ROCHA, 2017; OLIVEIRA, 2018; CYRINO et al., 2020).

Quanto à residência médica, a meta era universalizar seu acesso até 2018, ampliando 12.376 vagas até 2017, sendo que pelo menos 40% destas em Medicina de Família e Comunidade (MFC). As vagas abertas, até 2018, atingiram 82% da meta prevista, sendo que quase dois terços destas vagas foram criadas até 2016, ainda sob a gestão da Presidenta Dilma e 26% em MFC. A meta da universalização foi cumprida - o número de vagas de residência chegou em 24,8 mil e o de egressos de graduação no mesmo ano a 19,4 mil - mas não da forma que o PMM previu

⁷⁸ Portaria 386 de maio de 2016.

⁷⁹ Portaria nº 1.503, de setembro de 2016.

inicialmente (MORENO e OLIVEIRA, 2018; DMB, 2020). A expansão das vagas deveria ser articulada a um novo itinerário de formação dos especialistas. A Lei do PMM aprovada em 2013 tornava obrigatório que os médicos, primeiramente, fizessem um a dois anos de MFC e só depois poderiam cursar outra especialidade. Mas havia um ‘gatilho’ na Lei: essa exigência só passaria a valer quando houvesse um número de vagas de residência de acesso direto superior ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina. A Comunidade Medicina Liberal conseguiu bloquear essa decisão durante o Governo Temer. No Governo Bolsonaro ampliou ainda mais sua influência: no primeiro ano de governo assumiu a direção do MS o ex-Deputado Mandetta do DEM, que havia sido o maior opositor do PMM na Câmara dos Deputados e era um deputado tido como representante do interesse das entidades médicas no parlamento (GOMES, 2016; E. i; v; vii; x; xviii; xix). Com efeito, o novo itinerário de formação foi retirado da Lei do PMM, em 2019⁸⁰. O Cadastro Nacional de Especialistas, previsto na Lei, foi criado em outubro de 2015 e reuniu informações de todos os médicos especialistas do país, permitindo conhecer a quantidade e distribuição regional desses profissionais, identificar a necessidade de especialistas por região de saúde e, dessa forma, planejar a expansão de vagas de formação e serviços de saúde. Ainda em 2015, a Comunidade Medicina Liberal colocou-se fortemente contrária ao Decreto 8516 de 2015, que criou o Cadastro, apesar de ter concordado com sua inserção na Lei em 2013. Desta vez, com outra correlação de forças, com uma Câmara dos Deputados em período *pré-impeachment*, aliou-se ao Presidente da Câmara, à ‘bancada médica’, liderada pelo Deputado Mandetta, e conseguiu obrigar o governo federal a recuar e republicar o Decreto, retirando pontos com os quais CFM e AMB discordavam. Um ano depois, com o início do Governo Temer, o Cadastro Nacional de Especialistas foi simplesmente retirado do ar, sem nenhuma justificativa, embora ainda siga constando na Lei do PMM.

O Eixo Provimento conseguiu, até o fim de 2015, atender toda a demanda de médicos solicitada pelos municípios, conforme as regras do Programa, que estabeleciam: alocar médicos no território nacional com base em critérios de equidade; ampliar a cobertura da AB; ter impacto em indicadores de saúde sensíveis à AB; e ter significativa aprovação por parte de usuários atendidos, médicos participantes e gestores municipais⁸¹ (OPAS, 2015; ROPMM,

⁸⁰ A Lei 13.958 de 2019, que previu a criação do Médicos pelo Brasil, ainda não implementado, revogou os dois artigos (6º e 7º) da Lei do PMM que tratavam das novas regras e itinerário da residência médica.

⁸¹ Os pontos mais citados na pesquisa foram, no caso dos usuários: satisfação com a atuação dos médico do PMM, melhor qualidade do atendimento, médico mais atencioso e a consulta ‘agora resolve’ melhor os

2015; UFMG/IPESPE, 2015; PINTO et al., 2017; ÖZÇELİK, 2020). Havia médicos do PMM em 73% dos municípios, em todos os estados e, pela primeira vez, em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei). O PMM chegou ao máximo de 18.247 médicos em quase 4,1 mil municípios atendendo 63 milhões de pessoas (BRASIL, 2015). A consolidação e crescente avaliação positiva do PMM junto à população, gestores e aos próprios médicos participantes fez com que, cada vez mais, médicos recém-formados deixassem de rejeitar a possibilidade de atuar por um tempo no Programa. Em 2015, quando Provac e PMM foram integrados, a adesão dos médicos ao Programa ganhou um estímulo a mais: a bonificação de 10% na prova de seleção da residência médica. Com efeito, pela primeira vez, todas as novas vagas oferecidas foram ocupadas por médicos com registro no Brasil fazendo a participação dos mesmos no PMM saltar de 12% em 2013 para 29% (5.292 médicos), em 2015. Essa grande adesão dos médicos brasileiros ao Programa fortaleceu politicamente o Eixo Provac, dificultando posições contrárias da Comunidade Medicina Liberal.

Contudo, assim que Temer assumiu à Presidência, o Ministro da Saúde nomeado, Deputado Ricardo Barros do PP, fez reuniões com representantes da Comunidade Medicina Liberal e, ao fim das mesmas, fez anúncios noticiados pela imprensa: declarou que o PMM era provisório e prometeu reverter algumas de suas medidas, especialmente a participação dos médicos cubanos (CACIAN, 2016). Entretanto, a forte pressão de prefeitos e parlamentares junto ao núcleo do governo e ao Presidente Temer fez com que o Eixo Provac fosse protegido de mudanças. Com isso, apesar de diversos discursos sobre a valorização dos médicos brasileiros, nenhuma medida diferente, de fato, foi realizada, porque, desde 2015, a proporção de médicos brasileiros já aumentava a cada novo chamamento e havia um plano de substituição dos médicos cubanos, e demais estrangeiros, onde os médicos brasileiros aceitavam ir (BRASIL, 2015; MATOS, 2019; E. i; xix). O número de médicos cubanos saiu de um máximo de 11.400, em 2014, para um mínimo de 8.332 no último semestre do Governo Temer, em 2018. O próprio Ministro Barros, depois, passou a criticar publicamente os médicos brasileiros e valorizar os cubanos (PODER 360, 2017). Até a eleição de Bolsonaro, nenhuma mudança qualitativa significativa tinha acontecido com o Eixo

problemas de saúde., No caso dos gestores municipais com médicos do Programa: cumprimento da carga horária, disponibilidade para atender a população, aumento da oferta de consultas, atenção e qualidade do atendimento (UFMG/IPESPE, 2015)

Provimento, embora a redução de médicos e, consequentemente, da população atendida fosse notável e alvo de críticas dos gestores e no parlamento. Com a eleição de Bolsonaro, ainda no período de transição, diversas declarações e ameaças do Presidente eleito à Cuba e ao acordo de Cooperação entre Brasil, OPAS e Cuba possibilitou a ruptura do acordo e a saída dos 8,3 mil médicos cubanos que atuavam no PMM, deixando 30 milhões de pessoas desassistidas. De um máximo de 18 mil médicos alcançados em 2015, o Governo Temer encerrou com pouco mais de 8 mil médicos. Logo no primeiro ano, o Governo Bolsonaro anunciou que iria acabar com o PMM, assumiu o discurso da Comunidade Medicina Liberal de que o objetivo oculto do PMM era transferir recursos a Cuba, ignorou os estudos e evidências sobre os efeitos e resultados do Programa, ignorou apelos de parlamentares e gestores municipais (JUCÁ, 2018). Foi anunciado um novo programa, o Médicos Pelo Brasil, com um discurso que buscava contemplar a Comunidade Medicina Liberal e prometia uma carreira nacional para médicos. Porém, embora a Lei tenha sido aprovada ainda em 2019, o programa não foi implementado até o presente momento (maio de 2021).

Em síntese, o Programa Médicos Pelo Brasil seria o PMM sem o Eixo Infraestrutura, sem o Eixo Formação e reduzindo o Eixo Provimento só aos médicos com registro no Brasil. Tentaria atrair os médicos brasileiros sem a bonificação de 10% na residência, mas com a promessa de praticar uma remuneração maior e um emprego celetista, depois de alguns anos de atuação (com o pagamento de uma bolsa com os mesmos valores de antes), oferecido por uma instituição paraestatal, que deveria ter sido criada, mas não foi. Assim, o que segue garantindo a atuação de 15 mil médicos em 3,7 mil municípios é o PMM. Isso evidencia a força desta solução que resistiu a dois governos que assumiram dizendo que iriam acabar com ela, mas que tiveram dificuldades para deixar de responder à necessidade social atendida pelo Programa e de propor outra solução que atendesse a essa necessidade. Contudo, é possível dizer que a Lei do Médicos Pelo Brasil não conseguiu ser usada pelo Governo Bolsonaro para implementar este Programa, mas com as supressões que realizou na Lei do PMM e com a paralização administrativa dos Eixos Infraestrutura e Formação conseguiu reduzir e desconfigurar o PMM, bloqueando o que ele tinha de mais estruturante e afastando mais uma vez o SUS da diretriz de ordenar a formação da força de trabalho em função das necessidades da população.

7.3 CONTRIBUIÇÕES DA TESE, LIMITAÇÕES E NOVOS ESTUDOS

Nesta última seção são sintetizadas as mais relevantes contribuições da tese à literatura, especialmente a dos campos de Análise de Políticas Públicas e de Saúde Coletiva. Também serão identificadas limitações da mesma e apontadas possibilidades de desenvolvimento futuro. Isso será feito considerando cada capítulo para facilitar a leitura e a consulta.

A maior contribuição do capítulo 3 é a análise do espaço mesossocial nos subsistemas saúde e educação responsável pela decisão, formulação e implementação de políticas relacionadas à regulação, formação e provimentos médicos. Foi necessário compreender que esse espaço constitui uma ordem social específica, com determinados arranjos institucionais, atores e ideias, que exerce e sofre influências de relações que estabelece com outros espaços, com o sistema político mais amplo e com a estrutura social e econômica. O referencial teórico da tese deu atenção à criação, manutenção e mudança de instituições nesses espaços, influenciadas tanto por fatores exógenos quanto endógenos. Neste último caso, como resultados, previstos ou não, da disputa e ação de atores que atuam estrategicamente influenciados por determinadas regras e pela distribuição desigual de recursos que condicionam, possibilitam e oferecem oportunidades à atuação desses atores. Assim, foi necessário compreender as arenas, espaços institucionais, regras e recursos relacionados às questões e soluções de política das áreas estudadas – regulação, provimento e formação médicas –, com suas singularidades e interfaces e analisar a posição, objetivos, ideias, poder e modos de atuação de cada comunidade de política nesse espaço. Ainda que, nesta tese, a construção desse espaço mesossocial tenha sido usada para apoiar especificamente a análise de como nas últimas décadas foram tratadas a questão das insuficiências na oferta e formação médicas e as soluções de política propostas para enfrentá-la, ela pode ser útil para outros estudos de políticas relacionadas à área de recursos humanos em saúde ou gestão da educação e do trabalho em saúde.

Foi também confirmada a utilidade empírica do uso do conceito de ‘comunidade de políticas’ no caso estudado na medida em que permitiu identificar regularidades, com grande amplitude temporal e espacial, nos objetivos, ideias e ações dos atores coletivos mais relevantes para a pesquisa. A proposição de novas comunidades de políticas que atuam nesse espaço, como a Comunidade Defesa da Medicina Liberal e Defesa da Regulação pelo

Mercado, além do reconhecimento de outra anteriormente proposta na literatura, como a Comunidade Movimento Sanitário (CÔRTEZ, 2009a), pode apoiar análises que extrapolem o tema de recursos humanos e tratem de disputas e processos relacionados a outras políticas de saúde. A síntese das características destas comunidades e da Rede Temática Educação Médica podem ser vistas no Quadro 4 (no capítulo 3). Foi identificado e teve sua trajetória analisada, um grupo de indivíduos da profissão médica que atuaram no movimento estudantil de medicina, em outras entidades médicas e na Rede Temática Educação Médica nas décadas de 1990 e 2000, mas que compartilham objetivos, ideias e propostas com a Comunidade Movimento Sanitário e têm atuado na gestão do SUS desde então. Essa análise foi importante no estudo da produção do PMM, pelo fato dos principais empreendedores do PMM serem desse grupo, mas poderá ser útil e apoiar análise futuras. Além disso, foi necessário compreender melhor a influência de um conjunto amplo de atores da profissão médica na produção de políticas, mesmo em atuações individuais e não coordenadas, quando suas fontes de poder foram relações estabelecidas na infraestrutura associativa da sociedade. Constatou-se que relações e redes, formais e informais, com atores mais bem posicionados na hierarquia social estão relacionadas a influências e constrangimentos muito importantes na análise da política em foco. A pesquisa mostrou a importância dessa influência, especialmente, no caso de médicos que tratavam de dirigentes governamentais na condição de seus pacientes, tendo alguns deles, inclusive, assumido cargos em espaços institucionais. Há o reconhecimento genérico dessa influência na literatura nacional e internacional (CAMPOS, 1987; MACHADO, 1997; CARAPINHEIRO, 2005), mas não foram identificados estudos que buscaram identificar essas redes de relações e analisar sua influência em políticas. Assim, embora isso tenha sido identificado, o quadro teórico-metodológico e o instrumental utilizados na pesquisa não permitiram que a compreensão sobre isso fosse aprofundada.

O capítulo 4 ofereceu uma compreensão integrada da formação da agenda e formulação das políticas de regulação, formação e provimento no período de 2003 a 2010, tanto das que foram implementadas, quanto daquelas que foram descartadas ou descontinuadas. A literatura que aborda essas políticas o faz analisando, especificamente, cada solução ou pequeno grupo de soluções de uma determinada área (HADDAD et al., 2012; PETTA, 2013) ou trata do conjunto das ações no período descrevendo e analisando resultados, mas não indagando por que aconteceu ou por que deixou de acontecer (CIUFFO; RIBEIRO, 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; RODRIGUES et al., 2013). Para se chegar

aos resultados alcançados, foi essencial delimitar um período histórico ampliado e estudar a trajetória de produção das políticas, considerando de maneira integrada a formação da agenda e formulação, não só da solução foco da análise, mas das soluções consideradas e produzidas em um espaço mesossocial e período de tempo determinados. Isso permitiu perceber o que muitas vezes é ‘invisível’ quando só são analisados os documentos da ‘história oficial’, que contam melhor a história do que foi proposto, aceito e implementado, e pior a do que foi rejeitado. O referencial teórico que é base do quadro analítico é o Neoinstitucionalismo Histórico, porém, convém destacar o uso específico da Teoria da Mudança Institucional Gradual (TMIG) nesta análise em especial. A TMIG ampliou a compreensão da diversidade de posições, projetos, atuações e condições de atuar dos atores sociais para além das condições de dominantes, dominados e desafiantes. Permitiu analisar o objetivo do ator de conservar ou mudar as regras e uma determinada ordem social e relacionar sua atuação e as estratégias empregadas com o contexto político específico e as características institucionais do espaço analisado. Com isso, foi possível identificar o papel de outros atores, antes despercebidos, como dirigentes de escalões intermediários no MEC e MS, sujeitos da tecnoburocracia estatal posicionados em arenas de decisão relevantes ou em estruturas descentralizadas com maior responsabilidade na implementação e execução das políticas analisadas. A TMIG mostrou potência para identificar diferenças nos padrões de ação estratégica das gestões do MS estudadas, quando desenvolveu ou tentou desenvolver uma estratégia de ‘deslocamento’ ou quando optou ou foi obrigado a optar por uma estratégia de ‘mudança em camadas’. Também para perceber e analisar estratégias de ‘conversão’ com o intuito de resistir, conservar e restaurar, que ajudam a compreender por que mudanças não foram implementadas mesmo quando foram priorizadas pelos dirigentes e tiveram regras alteradas formalmente.

Contudo, algumas limitações precisam ser destacadas nesse capítulo. O estudo desse período compreendeu somente as políticas de regulação, formação e provimento médicos (poderia ter considerado outras áreas das políticas de saúde, poderia ter considerado não só médicos etc.) e o fez subordinado ao objeto da tese, colocando foco no que contribuiu com a entrada na agenda governamental e formulação do PMM. Com isso, a análise de políticas consideradas importantes pelos atores do período não ganhou atenção para além do que elas geraram de legados à produção do PMM. Nesse sentido, seria importante desenvolver estudos que não padecessem dessa restrição e ampliassem o objeto da análise.

Comparando os achados do capítulo 5 com a literatura que buscou explicar a formação do PMM, é possível apontar algumas diferenças importantes que podem ser vistas como contribuições da tese à produção de conhecimento acerca do Programa. Nessa literatura predominam 1) a explicação do PMM como o ‘acoplamento’ dos fluxos dos ‘problemas’, ‘solução’ e ‘contexto político’, em uma ‘janela de oportunidades’, tendo como protagonista o governo federal e/ou o Congresso Nacional; e 2) a explicação que dá mais valor à ação e a ideias de um novo governo, atento à questão da insuficiência na oferta de médicos, que soube aproveitar, ou que reagiu, às ‘Jornadas de Junho’, para propor uma solução em acordo com seus objetivos. A valorização das ‘Jornadas de Junho’ como o fator considerado mais importante para a produção do PMM chega a afirmações nas quais o PMM teria sido uma formulação às pressas, ‘requeitando’ um problema antigo, surgida para responder às ruas em 2013. Os achados da pesquisa apontaram em outra direção. O PMM começou a ser formulado no início de 2012, quase foi lançado no fim deste mesmo ano, tinha previsão de lançamento para o período posterior à Copa das Confederações no segundo semestre de 2013, mas as Jornadas de Junho - e a situação conjuntural de junho de 2013 que inclui outros fatores e processos, além das Jornadas - foram uma oportunidade, ou um catalisador, que fez ele ser lançado naquele momento. A literatura também valoriza a mudança dos atores políticos no governo como um fator que explica o PMM. A pesquisa reforçou essa constatação, analisando esses atores, suas características, ideias, objetivos, agenda prioritária e estratégias de ação. Além disso, destacou a existência e a importância da atuação de empreendedores de políticas que não foram identificados nem tratados na literatura como tal. Alguns estudos identificaram esses indivíduos (GOMES, 2016; PAULA, 2017; ROCHA, 2017; SALES, 2017; SASSI, 2018), contudo, essa identificação só ocupou lugar de destaque na análise de Gomes (2016), cujo objeto foi as propostas políticas das entidades médicas e de grupos médicos que agiam por fora dessas entidades. Assim, o esforço de Gomes não foi analisar o papel desse grupo na construção e desenho do PMM, embora tenha identificado sua participação.

Três outros fatores que se mostraram decisivos na pesquisa não foram elencados na literatura como fatores importantes ou, quando mencionados, tiveram um papel mais periférico na explicação da entrada do PMM na agenda governamental. O primeiro é a evolução histórica da questão, de suas consequências, o aumento da importância dada a ela pelos atores sociais e, em decorrência disso, a atuação dos mesmo em prol da entrada na agenda governamental do PMM. O segundo é o papel central dos legados históricos das

soluções anteriores para o problema das insuficiências na oferta e formação médicas, principalmente daquelas construídas de 2010 a 2013, incluindo a cooperação com a OPAS e Cuba, para a compreensão não só da entrada do PMM na agenda governamental, mas também das características do desenho formulado. O terceiro é a importância de se ter superado, ou contornado, constrangimentos político-institucionais que impediram que algo similar ao PMM fosse produzido no período de 2003 a 2010, tais como a discordância e/ou resistências da direção e/ou de espaços institucionais do MEC e fazer mudanças legais na arena do Congresso contra a Comunidade Medicina Liberal.

Metodologicamente, foi muito importante ter realizado entrevistas, além da análise documental e bibliográfica, porque, como a construção do PMM foi extremamente sigilosa, há um déficit de documentos oficiais e de publicações que contam sua ‘história’. Assim, foi necessário rastrear processos e acontecimentos de sua produção por meios das entrevistas e, então, associar com as análises documental e bibliográfica. É compreensível que estudos que partam da documentação disponível concluam que a política foi formulada em curto espaço de tempo para responder às ‘Jornadas de Junho’, até porque o discurso oficial tentou, ao máximo, difundir a ideia do PMM como uma resposta às reivindicações e demandas das ruas. Há uma queixa dos Empreendedores do PMM contra a imprensa, creditando a ela essa associação, mas observa-se que, dos discursos de anúncio e lançamento da Presidenta a documentos oficiais publicados anos depois, essa ‘vinculação de origem’ foi repetida e fortalecida. Também foi importante não circunscrever a análise ao período de 2013, porque é difícil compreender a entrada do PMM na agenda governamental sem retroceder a meses antes de quando ele foi formulado em sua versão inicial, em fevereiro de 2012. De igual modo, o resultado tampouco é satisfatório se não se examina o PMM em relação ao Fies, ao Revalida, ao Provac, ao Plano Nacional de Educação Médica entre outros tratados na tese.

Do ponto de vista teórico, foi fundamental para a análise ter claro os fatores causais classicamente considerados no campo de Análise de Políticas Públicas na explicação da produção de políticas. Assim, foi um exercício permanente selecionar processos e acontecimentos, interrogando e investigando o papel que tiveram atores, interesses, redes, ideias, instituições e fatores sociais e econômicos. O uso da Teoria dos Múltiplos Fluxos (TMF) foi fundamental para mapear processos centrais na formação da agenda da questão das insuficiências na oferta e formação médicas e da entrada do PMM na agenda governamental. Essa teoria contribuiu com categorias de análise do quadro teórico-metodológico e pode ser

identificada quando na tese são focados os problemas, as soluções, o contexto político e os Empreendedores do PMM. Contudo, observou-se que os trabalhos que analisaram o PMM utilizando somente a TMF apresentaram vieses como: foco excessivo da análise no momento do chamado ‘acoplamento’ dos fluxos; circunscrição da análise ao entorno desse período; dificuldade de identificar o papel de processos que apresentam uma trajetória mais longa e que constroem e influenciam, inclusive, o processamento dos problemas e a seleção de alternativas de soluções; e dificuldade de perceber adequadamente fatores importantes, mas que não conseguem ser apreendidos pelas categorias problema, solução ou contexto. Assim, nesta pesquisa, o foco não recaiu só no momento do ‘acoplamento’. Usou-se a TMF para identificar esses processos e, a partir daí, estudar suas trajetórias em períodos mais longos, tanto anteriores quanto posteriores ao ‘acoplamento’. Essa análise evitou também analisar os chamados fluxos – de problemas, soluções e contexto político - de maneira isolada e independente. Assim, usando como teoria de base o Neoinstitucionalismo Histórico em cada período, especialmente a Teoria da Mudança Institucional Gradual (TMIG), foi analisado o espaço mesossocial de modo integrado, com seus atores sociais, arranjos institucionais, com sua dinâmica que, para ser compreendida, exigiu uma análise atenta às interações entre os chamados fatores causais das políticas públicas. Assim, é possível dizer que são contribuições da pesquisa ao estudo das políticas públicas tanto esse alerta ao modo como foi utilizada a TMF no estudo da entrada do PMM na agenda governamental, quanto o modo como foi usado nesta análise o Neoinstitucionalismo Histórico, a TMIG e, de modo complementar e específico, a TMF. Vale destacar ainda que o uso de conceitos da Análise de Discurso Político foi especialmente útil na compreensão das circunstâncias que influenciaram as decisões e ações mais relevantes.

Um limite da pesquisa foi não ter entrevistado sujeitos que foram os protagonistas das decisões e ações das Comunidades Medicina Liberal e Regulação pelo Mercado. Optou-se por focar as entrevistas e estudar mais profundamente os *policy maker* do PMM e os principais atores responsáveis por exigir a entrada do Programa na agenda do governo, participar de sua formulação, apoiar sua aprovação e atuar em sua implementação. É verdade que a extensa literatura tratando das posições, ideias e ações das entidades médicas com relação ao PMM e farta disponibilidade de documentos com posicionamentos, tanto de lideranças individuais quanto das próprias entidades médicas, dão um importante base para a análise. Talvez um estudo mais aprofundado de atores da Comunidade Medicina Liberal e Regulação pelo

Mercado revele e elucide elementos que não foram percebidos nesta tese, assim como esta tese percebeu elementos não percebidos nos estudos que trataram o ator *policy maker* do PMM como a unidade ‘governo’.

A produção do capítulo 6 contribui, em primeiro lugar, porque são pouquíssimos os estudos que buscam entender o que aconteceu para que o PMM tivesse o formato que tem. Mas sua maior contribuição está em mostrar que cada medida que integra o PMM tem uma história complexa que envolve legados ideacionais e institucionais e que só pode ser compreendida com um olhar atento às suas trajetórias de construção, cheias de constrangimentos e influências estruturais, mas também com um papel da agência extremamente importante. O esforço da tese em combinar fatores estruturais e conjunturais, de identificar quais são os sujeitos que fazem certas ‘ideias se moverem’ é uma contribuição apresentada à comunidade científica para ser criticada e aprimorada. Uma limitação evidente é não ter considerado toda uma série de formulações e reformulações que aconteceram no PMM após a aprovação da Lei que agregaria mais complexidade à análise, na medida em que evidenciaria ainda mais o papel do processo de implementação e seus efeitos no desenho e ‘redesenho’ do Programa. Esta é mais uma possibilidade de estudos futuros. Além desta, vale ainda acrescentar outras duas: é necessário compreender o quanto os objetivos de mudar a educação médica e de democratizar o acesso à formação médica foram favorecidos ou dificultados devido à expansão de vagas ter sido predominantemente privada; e aprofundar o estudo sobre os porquês da engenhosa regulação da expansão de vagas privadas de medicina, com uma orientação voltada à necessidade social, não ter conseguido resistir à ação da Comunidade Regulação pelo Mercado que, em três governos diferentes, conseguiu impor suas ideias, interesses e necessidades, contornando limitações da nova legislação criada com o PMM.

Por fim, esta tese, do ponto de vista de seus achados empíricos, pode contribuir para a melhor compreensão do processo de entrada na agenda governamental, formulação e implementação de diversas medidas e soluções que, em futuro próximo, a despeito de terem sido abandonadas, mesmo com razoável êxito e alcance dos objetivos mirados, possam entrar na agenda e serem reformuladas para a melhor adequação a um novo contexto sanitário, político e social. E, de um ponto de vista analítico, pode levar à identificação de alguns padrões que, observados aqui, podem ser também identificados em outras políticas sociais nesse período. Em quantas outras áreas e programas de políticas públicas desse período não

são possíveis identificar dirigentes que, forjados em movimentos de luta em organizações da sociedade civil, assumiram lugar de direção no Estado, portando valores, ideias e o objetivo de mudar, em maior ou menor grau, um estado de coisas, mas se deparam com um arranjo institucional e com uma correlação de forças que tende à conservação deste *status quo*? Assim, será que o estudo desse caso pode ser significativo para a compreensão de aspectos mais amplos relativos a como se produziu políticas públicas durante o período dos governos de centro-esquerda do PT no Brasil? A análise do PMM pode promover aprendizados que ajudem a compreensão mais aprofundada desses processos?

REFERÊNCIAS

AARON, Y. *et al.* Census of actively licensed physicians in the United States. **J Med Regulation**, [s.l.], v. 99, n. 2, p. 11-24, 2012.

ACIOLE, Giovanni Gurgel. The More Doctors for Brazil Project and the construction of myths: a Barthean reading. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 1, n. 21, p. 1157-1158, 2017.

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A Saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec, 2006.

ADAM, Silke; KRIESI, Hanspeter. The network approach. **Theories of the policy process**, [s.l.], v. 2, p. 189-220, 2007.

ALESSIO, Maria Martins. **Análise da implantação do programa mais médicos**. 2015. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Más Médicos: elementos de tensión entre gobierno y entidades médicas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, p. 1143-1156, 2017.

ALÉSSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 633-667, 2016.

ALMEIDA JUNIOR, Vicente de Paula. **O processo de formação das políticas de avaliação da educação superior no Brasil (1983-1996)**. 2004. Tese de Doutorado (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, UNICAMP, 2004.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 129, p. 637-651, 2006.

AMÂNCIO FILHO, Antenor. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, 2004.

AMARAL, José Luis Gomes do. **Em debate o serviço civil obrigatório para médicos das universidades públicas**. In: Conselho Federal de Medicina (CFM), 29 nov. 1999. CFM, [s.l.], 1999. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20457:em-debate-o-servico-civil-obrigatorio-para-medicos-das-universidades-publicas&catid=46. Acesso em: 24 jan. 2020.

AMARAL, Nelson Cardoso. La educación superior brasileña: dilemas, retos y comparaciones con los países de ocde y brics. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de janeiro, v. 21, n. 66, p. 717-736, 2016.

ANDRADE, Henrique Sater de; BRAGANTE, Inaiara. A trajetória da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 42, p. 396-405, 2018.

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

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM. [s.l.s.n.], [2020?]. Disponível em: <https://amb.org.br/cbhpm/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. **Department of Health, Rural and Regional Health Austrália**. Rural Health Workforce Strategy (RHWS) Incentive Programs [Arquivo on-line]. Canberra: Department of Health, 2014a. Disponível em ://www.ruralhealthaustralia.gov.au/internet/rha/publishing.nsf/Content/RHWS_incentive_programs. Acesso em: 20 set. 2014.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. **Department of Health**. Work as a doctor in Australia. [Arquivo on-line]. Canberra: Department of Health, 2014b. Disponível em: <http://www.doctorconnect.gov.au/internet/otd/publishing.nsf/Content/home>. Acesso em: 20 set. 2014.

BARCELOS, Márcio. **Ideias, agendas e políticas públicas**: um estudo sobre a área de biocombustíveis no Brasil. 2015. 239f. Tese de Doutorado (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2014.

BARROS, Clarissa Maria Dubeux Lopes; TORRES, Ana Raquel Rosas; PEREIRA, Cicero Roberto. Actitudes de estudantes de Medicina frente al" Más Médicos" revela favorecimiento endogrupal. **Psico**, [s.l.], v. 48, n. 1, p. 12-20, 2017.

BATISTA, Mariana. O poder no Executivo: uma análise do papel da Presidência e dos Ministérios no presidencialismo de coalizão brasileiro (1995-2010). **Opinião Pública**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 449-473, 2013.

BAUMGARTNER, F.; JONES, B. **Agendas and Instability in American Politics**. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press, 2009.

BECKER, Camila Lângaro. **Comunicação e interesse público**: o acontecimento Mais Médicos no jornalismo de referência brasileiro. 2017. 164 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação e informação) – Faculdade de biblioteconomia e comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

BECKER, Howard S. **Uma teoria de ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

BENNETT, A; CHECKEL, J.T. (Eds.) (2015). **Process Tracing: From Metaphor to Analytic Tool**. Cambridge: Cambridge University Press.

BONIN, Robson. **Popularidade de Lula bate recorde e chega a 87%, diz Ibope**. In: G1, 16 dez 2010. G1, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2010/12/popularidade-de-lula-bate-recorde-e-chega-87-diz-ibope.html>. Acesso em: 10 out 2020.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas:** sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus Editora, 1996.

BRANCO, António Gomes; RAMOS, Vítor. Cuidados de saúde primários em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Portugal, v. 19, n. 2, p. 5-12, 2001.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. **Avaliação da Necessidade de Médicos Especialistas**. Brasília, DF: Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, 2009.

BRASIL. **Decreto no 62.927, de 28 de junho de 1968**. Institui, em caráter permanente, o Grupo de Trabalho "Projeto Rondon", e dá outras providências, 1968. Brasília: Presidência da República, 1968. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-62927-28-junho-1968-404732-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.385 de 8 de dezembro de 2010**. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm. Acesso em: 11 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto no 78.307, de 24 de agosto de 1976**. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, e dá outras providências, 1976. Brasília: Presidência da República, 1976. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 11 jan. 2020.

BRASIL. Discurso de posse. **Ministro (2011-2014: Alexandre Rocha Santos Padilha)**. Brasília, DF, 3 jan. 2011. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 8 maio 2020.

BRASIL. Discurso de Posse. **Presidente (2003-2010: Luís Inácio Lula da Silva)**. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/discursos-de-posse/discurso-de-posse-1o-mandato/view>. Acesso em: 6 mar. 2020.

BRASIL. Discurso de Posse. **Presidente (2003-2010: Luís Inácio Lula da Silva)**. Brasília, DF, 01 de jan. 2007. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/discursos-de-posse/discurso-de-posse-2o-mandato/view>. Acesso em: 6 mar. 2020.

BRASIL. Discurso de posse. **Presidente (2011-2016: Dilma Vana Rousseff)**. Brasília, 1 jan. 2011a. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em:

<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/dilma-rousseff/discursos/discursos-da-presidenta>. Acesso em: 8 mai. 2020.

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 República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 2013b. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>. Acesso em: 11 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 11 jan. 2020.

BRASIL. **Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 2013a. Disponível em: http://189.28.128.100/maismedicos/mp621_maismedicos_.pdf. Acesso em: 11 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, 4. ed., Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 192 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade / MS. SGTES**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Economia. **Relatório Anual de Avaliação do PPA 2012-2015, Ano Base 2014**. Brasília, DF: Ministério da Economia, 2012a. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/ppa-2012-2015>. Acesso em: 20 jun. 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 439, de 7 de abril de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Presidência da República, 2011c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2087, de 1º de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília, DF: Presidência da República, 2011d. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html. Acesso em: 11 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de 11 de março de 2004**. Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2004a. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/prtsgtes.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020

BRASIL. **Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 11 jan. 2020.

BUYKX, Penny *et al.* Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. **Australian Journal of Rural Health**, Austrália, v. 18, n. 3, p. 102-109, 2010.

CAETANO, Rodrigo da Costa; VARGAS, Diogo de Souza; MOURA, Sérgio Arruda de. Programa mais médicos: esquadrinhando uma política de saúde que viraliza. **Liinc em revista**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2017.

CAIRNEY, Paul; ZAHARIADIS, Nikolaos. Multiple streams approach: a flexible metaphor presents an opportunity to operationalize agenda setting processes. *In*: CAIRNEY, Paul; ZAHARIADIS, Nikolaos. **Handbook of public policy agenda setting**. Oxford: Edward Elgar Publishing, 2016.

CAMPBELL, John L. Ideas, Politics and Public Policy. **Annual Review of Sociology**, [s.l.], v. 28, n. 21, p. 21-38, 2002.

CAMPOS FE, BELISÁRIO SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-142, 2001.

CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Pesquisa em base de dados**, São Paulo, v. 44, p. 13-24, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A Saúde, o SUS e o programa "Mais Médicos". **Revista do Médico Residente**, Paraná, v. 15, n. 2, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 641-642, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1988.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2655-2663, 2016.

CANCIAN, Natália, Programa Mais Médicos é provisório, diz Ricardo Barros, ministro da Saúde. In: **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 set. 2016. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1794201-programa-mais-medicos-e-provisorio-diz-ricardo-barros-ministro-da-saude.shtml>. Acesso em: 20 jun. 2020.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt; BRASIL, Felipe Gonçalves. Análise de políticas públicas: uma revisão da literatura sobre o papel dos subsistemas, comunidades e redes. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 101, p. 57-76, 2015.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 4. ed. Porto: Edições Afrontamento, 2005.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CARNOY, Martin. **Estado e teoria política**. 8. ed. Campinas: Papirus, 2003.

CARVALHO, Cristina Helena Almeida de. Política para a educação superior no governo Lula: expansão e financiamento. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, São Paulo, n. 58, p. 209-244, 2014.

CARVALHO, Fernanda Cavassana de. **A consolidação do Programa Mais Médicos na opinião pública e na cobertura jornalística**. São Paulo: Comunicação Guerra & Paz 2014.

CARVALHO, Mônica Sampaio de. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Brasília, DF, 2013.

CARVALHO, Mônica Sampaio; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, 2013.

CARVALHO, Viviane Karoline da Silva; MARQUES, Carla Pintas; SILVA, Everton Nunes da. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 21, p. 2773-2784, 2016.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. **Íntegra do discurso do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, durante a cerimônia de transmissão de cargo**. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, [s.n.], 2011. Disponível em: <http://cebes.org.br/2011/01/integra-do-discurso-do-ministro-da-saude-alexandre-padilha-durante-a-cerimonia-de-transmissao-de-cargo/>. Acesso em: 10 out. 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; CYRINO Eliana Goldfarb. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. *In*: CECCIM, R. B; CYRINO, E. G, editores. **Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho**. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital**. *Ciência & saúde coletiva*, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CERQUEIRA, Marta Sofia Marques. **Serviço médico na periferia (1975-1982): Portugal desenvolvimento através da prestação de cuidados de saúde?**. 2010. Tese de Doutorado (Doutorado em Desenvolvimento, Diversidades Locais e Desafios Mundiais) - Instituto Universitário de Lisboa, Portugal, Lisboa, 2010.

CHAUI, Marilena. Uma nova classe trabalhadora. São Paulo: Emir Sader Org, 2013.

CHEHUEN NETO, José Antônio *et al.* Programa Mais Médicos e a formação dos estudantes de Medicina no Brasil. **HU revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 3, p. 219-226, 2017.

CHEN, L. C. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. **Bull World Health Organ**, [s.l.], v. 88, n. 5, p.323, 2010.

CHOPRA, Mickey *et al.* Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. **The Lancet**, [s.l.], v. 371, n. 9613, p. 668-674, 2008.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, p. 125-140, 2008.

CNT. **Aumenta a aprovação sobre o Programa Mais Médicos**, revela Pesquisa CNT/MDA. Cnt, [s.l.], 7 nov. 2013. Disponível em: <https://cnt.org.br/agencia-cnt/programa-mais-medicos-pesquisa-CNT-MDA-aprovacao-07112013>. Acesso em: 20 nov. 2020.

COBB, Roger W.; ELDER, Charles D. The politics of agenda-building: An alternative perspective for modern democratic theory. **The Journal of Politics**, [s.l.], v. 33, n. 4, p. 892-915, 1971.

COÊLHO, D.B. Mecanismos políticos e institucionais da difusão de políticas. *In*: FARIA, C.A.P *et al.* (Orgs). **Difusão de políticas públicas**. São Bernardo do Campo: Ed UFABC, 2016. p35-64.

COHEN, Michael D.; MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. A garbage can model of organizational choice. **Administrative science quarterly**, Cornell, p. 1-25, 1972.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. CINAEM. **Preparando a transformacao da educacao médica brasileira: Projeto CINAEM-III fase relatório 1999-2000**. [Relatório técnico]. CINAEM, [s.l.], 2000.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final 12ª Conferência Nacional de Saúde - Conferência Sergio Arouca**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. **Carta aberta: os médicos na luta em defesa da saúde pública**. 26 jun. 2013. CRM-PR, Paraná, 2013. Disponível em <https://www.crmpr.org.br/Carta-aberta-os-medicos-na-luta-em-defesa-da-saude-publica-11-10175.shtml>. Acesso em: 20 nov. 2020.

CORDEIRO, Hésio. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, 2009b.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009a.

CÔRTEZ, Soraya Vargas; LIMA, Luciana Leite. A contribuição da sociologia para a Análise de Políticas públicas. **Lua Nova**, São Paulo, v. 87, p. 33-62, 2012.

CÔRTEZ, Soraya Vargas; SILVA, Marcelo Kunrath. Sociedade civil, instituições e atores estatais: interdependências e condicionantes da atuação de atores sociais em fóruns participativos. **Estudos de Sociologia**, São Paulo, v. 15, n. 29, 2010.

COSTA, Ana Maria *et al.* Mais (e melhores) Médicos. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 175-181, 2015.

COSTA, Greiner; DAGNINO, Renato. (Orgs). **Gestão estratégica de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora T+8, 2008.

COSTA, Nilson. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação**. São Paulo: Hucitec, 1998.

COTANDA, Fernando Coutinho *et al.* Processos de pesquisa nas Ciências Sociais: uma introdução. In: PINTO, Céli Regina Jardim; GUAZZELLI, Cesar Augusto Barcelos. **Ciências Humanas: pesquisa e método**. São Paulo: Ciências Humanas, pesquisa e método, 2008.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O marxismo e a política**. São Paulo: Cortez, 1994.

COUTO, Mariele Pena de; SALGADO, Eneida Desiree; PEREIRA, Alexsandro Eugenio. O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 97-113, 2015.

CRUZ, Kathleen Tereza da *et al.* **A formação médica no discurso da CINAEM.** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

CYRINO Eliana Goldfarb; *et al.* The Project “Mais Médicos” and training in and for the Brazilian Health System (SUS): why change it?. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 5-6, 2015.

CYRINO, Eliana Goldfarb *et al.* Mapeamento das características da implantação de novos cursos de Medicina em universidades federais brasileiras. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 44, 2020.

DATAFOLHA. **Cresce apoio à importação de médicos proposta pelo governo federal.** In: Datafolha. São Paulo, Datafolha, 13 ago. 2013. Disponível em: <https://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2013/08/1326895-cresce-apoio-a-importacao-de-medicos-proposta-pelo-governo-federal.shtml>. Acesso em: 10 nov. 2020.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1613-1624, 2013.

DILMA, Rouseff. Panfleto de divulgação. **Os 13 compromissos programáticos de Dilma Rouseff para debate na sociedade brasileira.** Coligação Para o Brasil Seguir Mudando, 2010, 11 f., [s.l.s.n.], 2010. Disponível em: http://deputados-democratas.org.br/pdf/Compromissos_Programaticos_Dilma_13%20Pontos_.pdf. Acesso em: 10 out 2020

DOLEA, Carmen; STORMONT, Laura; BRAICHET, Jean-Marc. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, [s.l.], v. 88, n. 5, p. 379-385, 2010.

DOMINGUES, José Maurício. **Teorias sociológicas no século XX.** São Paulo: Editora Record, 2001.

DONNANGELO, Maria Cecília de Ferro. **Medicina e sociedade:** o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Hucitec editora, 1975.

DURKHEIM, Emile. **As regras do método sociológico.** São Paulo: Martins Fontes, 2009.

DUSSAULT, Gilles; FRANCESCHINI, Maria Cristina. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Human resources for health**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 1-16, 2006.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese.** 18. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

ELIAS, Norbert. **Introdução à sociologia.** Lisboa: edições 70, 1999.

EMERICH, Tatiana Breder *et al.* O jornal Folha de S. Paulo no contexto das indústrias culturais e midiáticas: um olhar para as manchetes sobre o Programa Mais Médicos. **Revista**

Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 16-24, 2018.

ENTINI, Carlos Eduardo. **Tocantins contratou médicos cubanos em 1998**. In: *Jornal O Estado de São Paulo*, São Paulo, 25 de ago 2013. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://acervo.estadao.com.br/noticias/acervo,tocantins-contratou-medicos-cubanos-em-1998,9219,0.htm>. Acesso em: 2 set 2020.

ESTEVES, Bernardo. Em pé de guerra: porque os médicos ficaram tão polarizados. **Revista Piauí**, Piauí, n. 169, out 2020.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 9, set. 2016.

FAGUNDES, H. S.; NOGUEIRA, V. M. R. A Análise de Discurso e Produção do Conhecimento sobre os Direitos Sociais. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 185-197, jul./dez. 2008.

FAIRCLOUGH, Isabela; FAIRCLOUGH, Norman. **Political discourse analysis: A method for advanced students**. Routledge: [s.n.], 2013.

FELIPE, J. S. MPAS: o vilão da Reforma Sanitária?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 483- 504, out./dez. 1987.

FERLA, Alcindo A.; PINTO, Hêider A.; BÔER, Lisiane; TREPTE, Renata; CECCIM, Ricardo B. Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: o caso dos programas mais médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, n. 2, p. 1129-1141, 2017.

FERLA, Alcindo Antônio. **Clínica em movimento: cartografias do cuidado em saúde**. Caxias do Sul: Editora UCS, 2007.

FERLA, Alcindo Antônio; MARANHÃO, Thais; PINTO, Hêider Aurélio. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem: refletindo sobre o VER-SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

FERLA, Alcindo *et al.* Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica e no cotidiano do Sistema Único de Saúde: desenvolvimento do trabalho e redução de iniquidades. In: TELLES, Helcimara Souza. (Org.). **Mais Médicos: As vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019. p. 263.

FERREIRA, Marília Mendes. A Vitória de Lula e sua representação nos jornais nacionais e internacionais. **Signótica**, Goiás, v. 16, n. 2, p. 257-270, 2004.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz *et al.* **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 2, p. 51-71, 1998.

FIOCRUZ. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>. Acesso em: 13 jun. 2020.

FLIGSTEIN, Neil. Habilidade social e a teoria dos campos. **Rev. adm. empres**, São Paulo, p. 61-80, 2007.

FLIGSTEIN, Neil; MCADAM, Doug. **A theory of fields**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Clínica**. 5. ed. São Paulo: Editora Forense Universitária, 1998.

FREITAS, Sandro. **Governos tucanos também importou médicos de Cuba**. In: Bahia Notícias, Salvador, 29 ago. 2013. Disponível em: <https://www.bahianoticias.com.br/noticia/142854-governo-tucano-tambem-importou-medicos-de-cuba.html>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FRENK, Julio *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, [s.l.], v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

FRIEDBERG, Erhard. **O Poder e a Regra. Dinâmicas da Ação Organizada**. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.

FULTON, Brent D. *et al.* Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. **Human resources for health**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 1-11, 2011.

FUNESA. Fundação Estadual de Saúde. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe**. Livro do Aprendiz: 1 ed. Fundação Estadual de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Aracaju: FUNESA, 2011.

GLOBAL CONSENSUS FOR SOCIAL ACCOUNTABILITY OF MEDICAL SCHOOLS. **Global consensus for social accountability of medical schools**. [Relatório internacional]. [s.l.s.n.], 2010. Disponível em: http://www.ub.edu/medicina_unitatededucaciomedica/documentos/Global%20Consensus.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

GENERAL MEDICAL COUNCIL. **The state of medical education and practice in the UK, 2012**. General medical council, [s.l.], 2012. Disponível em: http://www.gmc-uk.org/The_state_of_medical_education_and_practice_in_the_UK_2012_0912.pdf_49843330.pdf. Acesso em: 13 jun. 2018.

GENTILI, Pablo; OLIVEIRA, Dalila Andrade. A procura da igualdade: dez anos de política educacional no Brasil. São Paulo: Emir Sader Org., v. 10, p. 253-263, 2013.

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995a.

GERSCHMAN, Silvia. Sobre a formulação de políticas sociais. *In*: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 1995b.

GIDDENS, Anthony. **A Constituição da Sociedade**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1989.

GIRALDI, Renata. **Brasil trará seis mil médicos cubanos para atender moradores de áreas carentes**. *In*: Agência Brasil. Notícias de saúde. 6 maio 2013. São Paulo, Agência Brasil, 2013. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-05-06/brasil-trara-6-mil-medicos-cubanos-para-atender-moradores-de-areas-carentes>. Acesso em: 12 dez. 2020.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, [s.l.], v. 8, n. 15, 2002.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia de Saúde da Família. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010.

GIRARDI, Sábado Nicolau; FERNANDES JR, Hugo; CARVALHO, Cristiana Leite. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. **Espaço para Saúde**, Londrina, v. 2, n. 1, 2000.

GOMES, Luciano Bezerra. **A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas**. 2016. Tese de Doutorado (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, p. 1103-1114, 2017.

GONÇALVES, Anderson Tiago Peixoto. Análise de Conteúdo, Análise do Discurso e Análise de Conversação: estudo preliminar sobre diferenças conceituais e teórico-metodológicas. **Administração: Ensino e Pesquisa**, São Paulo, v. 17, n. 2, 2016.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato *et al.* O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na Análise de Políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, p. 511-520, 2013.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere. Maquiavel, notas sobre o estado e a política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GRUNDY, Paul H.; BUDETTI, Peter P. The distribution and supply of Cuban medical personnel in Third World countries. **American Journal of Public Health**, [s.l.], v. 70, n. 7, p. 717-719, 1980.

HADDAD, Ana Estela *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 36, n. 1, p. 03-04, 2012.

HAN, Gil-Soo; HUMPHREYS, John S. Overseas-trained doctors in Australia: community integration and their intention to stay in a rural community. **Australian Journal of Rural Health**, Australia, v. 13, n. 4, p. 236-241, 2005.

HAY, Colin. Constructivist institutionalism. In: RHODES, R. A. W; BINDER, S. A. & ROCKMAN, B. A. (Orgs.). **The Oxford handbook of political institutions**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

HOGGETT, Paul. Agency, rationality and social policy. **Journal of social policy**, [s.l.], v. 30, n. 1, p. 37-56, 2001.

HOWLETT, Michael. A dialética da opinião pública: efeitos recíprocos da política pública e da opinião pública em sociedades democráticas contemporâneas. **Opinião Pública**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 167-186, 2000.

ÍÑIGUEZ-RUEDA, Lupicínio; ANTAKI, Charles. El análisis del discurso en psicología social. **Boletín de psicología**, São Paulo, v. 44, p. 57-75, 1994.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Saúde**. Brasília, DF: IPEA, 2011. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf. Acesso em: 17 ago. 2019.

IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 95-105, jan. 2000.

JAMB. Jornal da Associação Médica Brasileira. São Paulo: AMB, jan./fev. 2003a.

JAMB. Jornal da Associação Médica Brasileira. São Paulo: AMB, jul./ago. 2003d.

JAMB. Jornal da Associação Médica Brasileira. São Paulo: AMB, mai./jun. 2003c.

JAMB. Jornal da Associação Médica Brasileira. São Paulo: AMB, mar./abr. 2003b.

JAMB. Jornal da Associação Médica Brasileira. São Paulo: AMB, nov./dez. 2003f.

JAMB. Jornal da Associação Médica Brasileira. São Paulo: AMB, set./out. 2003e.

JESSOP, Bob. Bringing the state back in (yet again): reviews, revisions, rejections, and redirections. **International Review of Sociology/Revue internationale de sociologie**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 149-173, 2001.

JOHN, Peter. Is there life after policy streams, advocacy coalitions, and punctuations: Using evolutionary theory to explain policy change?. **Policy Studies Journal**, Estados Unidos, v. 31, n. 4, p. 481-498, 2003.

JORNAL MEDICINA. **Setembro de 2013**. Ano XXVIII, nº 224. Conselho Federal de Medicina. Brasília, DF: JM, 2013.

JUCÁ, Beatriz. **Cuba decide sair do Mais Médicos após condições anunciadas por Bolsonaro.** In: El País. Política. 14 nov. 2018. El País, São Paulo, 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/11/14/politica/1542212032_463199.html. Acesso em: 21 jan. 2021.

KEMPER, Elisandréa Sguario; MENDONÇA, Ana Valeria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2785-2796, 2016.

KINGDON, J. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. 2. ed. Washington: Longman Classics, Political Science, 2011.

KORPI, Walter. **The power resources model**. The welfare state reader. [S.l.s.n.], p. 76-87, 2006.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec, 2002.

LIMA V. V. *et al.* Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 279-278, 2015.

LIMA, Juliano de Carvalho. Uso público da razão e argumentação: análise dos debates sobre o Programa Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 1, 2017.

LIMA, Luciana D. de; MACHADO, Cristiani Vieira; GERASSI, Camila Duarte. O neo-institucionalismo e a Análise de Políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Mato Grosso: rede Unida, 2011.

LIMONGI, Fernando; FIGUEIREDO, Argelina. **Poder de agenda e políticas substantivas. Legislativo brasileiro em perspectiva comparada**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

LIPSKY, Michael; BUREAUCRACY, Street-Level. **Dilemmas of the individual in public services**. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

LOPES, Antônio Carlos. “Programa Mais Médicos” e a Saúde no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 309-309, 2013.

LOTTA, Gabriela Spanghero; GALVÃO, Maria Cristina Costa Pinto; FAVARETO, Arilson da Silva. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 21, n. 9, 2016.

LOWI, Theodore J. Four systems of policy, politics, and choice. **Public administration review**, [s.l.], v. 32, n. 4, p. 298-310, 1972.

LUZ, Liliene Xavier. Empresas privadas e educação pública no Brasil e na Argentina. **Educação & Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 437-452, 2011.

LUZ, Madel Terezinha. **As instituições médicas no Brasil**: instituições e estratégias de hegemonia. São Paulo: Graal, 1979.

MACEDO, Alex dos Santos *et al.* O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. **Cadernos EBAPE**, Brasília, DF, v. 14, p. 593, 2016.

MACHADO, Maria Helena (Org.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACHADO, Maria Helena *et al.* **O mercado de trabalho em saúde no Brasil**: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1992.

MACHADO, Maria Helena. **Perfil dos médicos no Brasil**: Brasil e Grandes Regiões em números. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

MACHADO, Maria Helena; CAMPOS, F.; LIMA, N. Em defesa do Mais Médicos. **Revista Valor Econ**, São Paulo, v. 28, 2015.

MACIEL FILHO, Romulo. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. Rio de Janeiro: Editora Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J.; ROCHA, Marcia Gomes. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. **The Journal of ambulatory care management**, Estados Unidos, v. 40, n. 2, p. S4, 2017.

MAHONEY, James; THELEN, Khetleen. A theory of gradual institutional change. Explaining institutional change: Ambiguity, agency, and power. **Imprensa da Universidade de Cambridge**, Cambridge, v. 1, p. 1-37, 2010.

MANHAES, Eduardo. Análise de discurso. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 305-315.

MARGARITES, Gustavo Conde. **A constituição da assistência social como um campo de ação estratégica no estado brasileiro**. 2019. Tese de Doutorado (Doutorado em Sociologia) –Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

MARENCO, André. **Teoria para quem precisa de teoria**. In: LIMA, Luciana Leite; SCHABBACH, Leticia Maria. Políticas públicas: questões teórico-metodológicas emergentes. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2020.

MARENCO, André; STROHSCHOEN, María Tereza Blanco. ¿, Cada uno en su lugar? Un análisis de la producción científica sobre políticas públicas en el Brasil (1996-2016). **Estado**

Abierto. Revista sobre el Estado, la administración y las políticas públicas, v. 3, n. 1, p. 47-75, 2018.

MARINS J. J. N. *et al.* **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. Rio de Janeiro: ABEM, Fiocruz; 2004.

MAROY, Christian. **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa, 1997.

MARTINS, M. de A.; SILVEIRA, Paulo Sérgio Panse; SILVESTRE, Daniel. **Estudantes de Medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções**. [s.l.]: Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras, Relatório I [Internet], 2013.

MARX, Karl. **Coleção os pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MATOS, M. F. M. **O caso dos médicos cubanos no Brasil: análise da compatibilidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil e o Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS)**. 2019. Tese de Doutorado (Doutorado em Direito) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

MATTOSO, Jorge. **Dez anos depois**. São Paulo: Emir Sader Org., 2013.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processo**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MCADAM, D. The political process model. *In*: BUECHLER, S.; CYLKE Jr., K. (Org.). **Social movements: perspectives and issues**. Mayfield: Mountain View, 1997. p.172-192.

MCCOMBS, M. **A Teoria da Agenda: a mídia e a opinião pública**. tradução de Jacques A. Wainberg–Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MCCOMBS, Maxwell E.; SHAW, Donald L. The agenda-setting function of mass media. **Public opinion quarterly**, Oxford, v. 36, n. 2, p. 176-187, 1972.

MEDEIROS, Kátia Rejane de; TAVARES, Ricardo Antônio Wanderley. Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco, a Lei de Responsabilidade Fiscal. **Divulg. saúde debate**, São Paulo, p. 56-64, 2012.

MEDICI, André Cezar. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 132-146, 1987.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. **Saúde em Debate**, São Paulo v. 42, p. 346-360, 2018.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico**. 1979. Dissertação (Mestrado em história) –Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: Mendes, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário, o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 19-91.

MENDONÇA, R. **Popularidade de Dilma cai 27 pontos após protestos**. *In*: Folha de São Paulo. Poder. 29 jun. 2013. São Paulo, Folha de São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2013/06/1303541-popularidade-de-dilma-cai-27-pontos-apos-protestos.shtml>. Acesso em: 12 dez. 2020.

MENEZES, Vinícius Pereira. **A influência da mídia no processo de formação da agenda de políticas públicas na área de saúde: um enfoque sobre o Programa Mais Médicos**. 2018. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo., v.15, n. 2, p. 72-87, ago. 2006

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político - o caso da política de saúde. **Locus: revista de História**, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 47-69, 2009.

MERHY, Emerson Elias. **A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, Emerson Elias. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: FRANCO T. B.; PERES M. A. A. (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 21-45.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

MESQUITA, Marcos Ribeiro. Movimento estudantil brasileiro: práticas militantes na ótica dos novos movimentos sociais. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 66, p. 117-149, 2003.

MIGUEL, Luis Felipe. Os meios de comunicação e a prática política. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo. n. 55-56, p. 155-184, 2002.

MIGUEL, Luis Felipe. **O colapso da democracia no Brasil: da Constituição ao golpe de 2016**. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* **Métodos, técnicas e relações em triangulação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* O desafio do conhecimento. **Pesquisa qualitativa em saúde**, São Paulo, v. 2, 1993.

MORAIS, Indyara *et al.* Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos?. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 107-115, 2014.

MORENO, Ana Carolina; OLIVEIRA, Elida. **Brasil criou 13.624 vagas em cursos de medicina desde 2013; 20% delas seguem os critérios do Mais Médicos**. *In*: G1, 2 dez. 2018. São Paulo, G1, 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/guia-de-carreiras/noticia/2018/12/02/brasil-cria-13624-vagas-em-cursos-de-medicina-desde-2013-20-delas-seguem-os-criterios-do-mais-medicos.ghtml>. Acesso em: 13 jan. 2021.

MULLER, Pierre; SUREL, Yves. **A análise das políticas públicas**. São Paulo: Educat, 2002.

NATIONAL HEALTH SERVICE CORPS. **United States Department of Health and Human Services, division of Health Resources and Services Administration, Bureau of Clinician Recruitment and Service**. National Health Service Corps. [S.l.s.n.], 2020. Disponível em: <http://nhsc.hrsa.gov/>. Acesso em: 11 maio 2020.

OFFE, Claus. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

OFFE, Claus. **Capitalismo desorganizado: transformações contemporâneas do trabalho e da política**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

OLIVEIRA, A. P. C. D. *et al.* Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: estudo de caso múltiplo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, 2018.

OLIVEIRA, Eliane; BATISTA, Henrique Gomes. **Faltam profissionais da área de saúde para Dilma poder cumprir metas estipuladas no setor**. *In*: O Globo. 11 dez. 2010. São Paulo, O globo, 2010. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/faltam-profissionais-da-area-de-saude-para-dilma-poder-cumprir-meta-estipulada-no-setor-2911732>. Acesso em: 14 maio 2020.

OLIVEIRA, Felipe Proença *de et al.* “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

OLIVEIRA, Felipe Proença *de et al.* Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 41, p. 60-73, 2017.

OLIVEIRA, Felipe Proença *de*. **As mudanças na formação médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos**. 238f. Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2018.

OLIVEIRA, Felipe Proença *et al.* Brazilian More Doctors Program: assessing the implementation of the Education Axis from 2013 to 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p. e170949, 2019.

OLIVEIRA, Felipe Proenço; PINTO, Hêider Aurélio. A formulação e implementação do Programa Mais Médicos e a cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde e Cuba. **Saúde em Redes**, Rede Unida, [s.l.], v. 4, n. 4, p. 33-47, 2018.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a Glance 2011**. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2011. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en. Acesso em: 13 jun. 2018.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a Glance 2003**. Indicadores da OCDE. Paris: OECD Publishing, 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1787/health_glance-2003-en. Acesso em: 19 jan. 2021.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a Glance 2019**. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries. **Anais**. [WHA57.19], [s.l.], 2004. Disponível em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf. Acesso em: 2 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2010a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Rapid scaling up of health workforce production. **Anais**. [WHA59.23], [s.l.], 2006. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R23-en.pdf. Acesso em: 2 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2010b. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html. Acesso em: 2 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Kampala declaration and agenda for global action**. [s.l.s.n.], 2018b. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf>. Acesso em: 2 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008**. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca. Lisboa: Ministério da Saúde de Portugal, 2008a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas** [E-book].

Washington, DC: OPAS, 2015. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>. Acesso em: 2 fev. 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las américas**. Washington, DC: OPAS, 2010.

ÖZÇELİK, Ece A. **With or Without: an Assessment of Brazil's More Doctors Program on Population Health**. 2020. Tese (Doutorado em Publicidade) – Harvard T.H. Chan School of Public Health, 2020.

PADILHA, Alexandre Rocha dos Santos. Entrevista com Alexandre Padilha (entrevista). **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília. v. 28, p. 6-10, 2011.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PANAIT, Iani; DE MELO, Robert George Otoni. O despertar do gigante: reflexões sobre o poder de agenda do presidente em períodos de crise. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, São Paulo, v. 6, p. 62-76, 2018.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n.1, p.71-79, jan./abr. 2000.

PAULA, Douglas Marcos Pereira *et al.* O Programa “Mais Médicos” na mídia Brasileira: estado da arte. **Observatorio (OBS*)**, [s.l.], v. 11, n. 2, 2017.

PAULA, Juliana Braga de. **Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil**: Cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico. 2017. Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

PAULA, Juliana Braga de; FARIA, Marcia Westphal. Sistemas de saúde, cooperação horizontal e o programa mais médicos no brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, 2018.

PENTEADO, Claudio Camargo; FORTUNATO, Ivan. Mídia e políticas públicas: possíveis campos exploratórios. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 30, n. 87, p. 129-142, 2015.

PEREIRA, Douglas Vinícius Reis *et al.* Cartografia das escolas médicas: a distribuição de cursos e vagas nos municípios brasileiros em 2020. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 1, 2021.

PÉREZ, P. B.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G.; VEGA, R. S. **Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas en Brasil: proyecciones a 2020**. Las Palmas: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 2011.

PETTA, Helena Lemos. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 72-79, 2013.

PIERANTONI, Celia Regina; DAL POZ, Mario Roberto; GIRARDI, Sábado. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em Saúde. In: PIERANTONI, Celia Regina; DAL POZ, Mario Roberto; GIRARDI, Sábado. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 157-168.

PIERSON, Paul. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. **American political science review**, Estados Unidos, v. 94, n. 2, p. 251-267, 2000.

PINTO, Hêider Aurélio *et al.* O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, n. 1, 2019.

PINTO, Hêider Aurélio *et al.* O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. **Divulg. saúde debate**, São Paulo, n. 51, p. 105-120, 2014.

PINTO, Hêider Aurélio *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, n.1, 2017.

PINTO, Hêider Aurélio. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. **Saúde em Redes**, rede unida, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018.

PINTO, Hêider Aurélio. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**, rede unida, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 35-53, 2018.

PINTO, Hêider Aurélio. O Movimento Estudantil de Medicina e a transformação da Escola Médica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, p. 159-160, 2000b.

PINTO, Hêider Aurélio. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar**. A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: conexão para a produção de saberes e as práticas. Série Atenção Básica e Educação na Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

PINTO, Hêider Aurélio. Reflexões sobre as contribuições do programa mais médicos para a implementação e coordenação de políticas públicas. In: MELLO, Janine *et al.* (Org.). **Implementação de políticas e atuação de gestores públicos: experiências recentes das políticas de redução das desigualdades**. Brasília: Ipea, 2020.

PINTO, Hêider Aurélio. **Reflexões: a Denem como escola**. Minas Gerais: Mimeo, 2000a.

PINTO, Hêider Aurélio. **Serviço Civil Obrigatório e a interiorização da saúde**. Minas Gerais: Mimeo, 1999.

PINTO, Heider Aurélio; FERLA, Alcindo Antonio. Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Redes**, rede unida, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 81-94, 2015.

PINTO, Hêider Aurélio; GARCIA JR, Carlos Alberto. Uma análise do desafio de mudança da formação em saúde e do VERSUS na perspectiva do movimento estudantil. In: SILVA FILHO, CC; GARCIA JR, CA.; KOVALESKI, D. F. (Org). **VER-SUS Santa Catarina itinerários (trans)formadores em saúde**. Tubarão: Copiart, 2017.

PINTO, Hêider Aurélio; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica**. [Internet]. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2012.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 38, p. 358-372, 2014.

PINTO, José Marcelino de Rezende. O acesso à educação superior no Brasil. **Educação & Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 88, p. 727-756, 2004.

PMDB. Partido do Movimento Democrático Brasileiro. **A Travessia Social: uma ponte para o futuro**. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, 2016.

PODER 360. **Barros diz que médicos vão parar de ‘fingir que trabalham’ e causa fúria**. In: Poder 360. 17 jul. 2017. [S.l.], Poder 360, 2017. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/barros-diz-que-medicos-vao-parar-de-fingir-que-trabalham-e-caoa-furia>. Acesso em: 5 jan. 2021.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder e o socialismo**. 4. ed. São Paulo: Graal, 2000.

PRESIDÊNCIA. **Discurso da Presidenta da República, Dilma Rousseff, durante cerimônia de lançamento do Pacto Nacional pela Saúde**. Mais Hospitais e Unidades de Saúde, Mais Médicos e Mais Formação. 8 jul. 2013. Brasília, DF: Biblioteca da presidência, 2013b. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/discursos/discursos-da-presidenta/discorso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-durante-cerimonia-de-lancamento-do-pacto-nacional-pela-saude-2013-mais-hospitais-e-unidades-de-saude-mais-medicos-e-mais-formacao>. Acesso em: 12 dez. 2020.

PRESIDÊNCIA. **Pronunciamento da Presidenta da República, Dilma Rousseff, em cadeia nacional de rádio e TV**. 21 jun. 2013. Brasília, DF: Biblioteca da presidência, 2013a. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/dilma-rousseff/discursos/discursos-da-presidenta/pronunciamento-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-em-cadeia-nacional-de-radio-e-tv> Acesso em: 12 dez. 2020.

PROGRAMA DE GOVERNO 2002. **Lula Presidente. 2002**. [S.l.s.n.], 2002. Disponível em: <https://www1.uol.com.br/fernandorodrigues/arquivos/eleicoes02/plano2002-lula.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

QUEIROZ, M. de S. Perspectivas teóricas sobre Medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 318-325, 1991.

REDE OBSERVATÓRIO PROGRAMA MAIS MÉDICOS. **Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014**. [Relatório on-line]. São Paulo, OTICS, 2015. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>. Acesso em: 2 fev. 2020.

REGO, Sérgio; MACHADO, Maria Helena. Formação Médica no contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil: avaliações e perspectivas. In: MACHADO, M. H. *et al.* (Org.). **O PMM e a Atenção Básica**. Curitiba: Editora Prismas, 2017. p. 155–176.

RIBEIRO, Dominic Doula; PELEGRINI, Tatiane; RODRIGUES, Cristiana Tristão. **Implementação e prospecções do Programa Mais Médicos no Brasil sob o enfoque do modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon**. São Paulo: Espacios, 2017.

RIBEIRO, Robespierre Costa. Programa Mais Médicos—um equívoco conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 20, p. 421-424, 2015.

RIOS, David Ramos da Silva; TEIXEIRA, Carmen. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, p. 794-808, 2018.

RISTOFF, Dilvo. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 723-747, 2014.

RITZ, S. A.; BEATTY, K.; ELLAWAY, R. H. Accounting for social accountability: Developing critiques of social accountability within medical education. **Education for Health: Change in Learning and Practice**, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 152–157, 2014.

ROCHA, Vinicius Ximenes Muricy. **Reformas na Educação Médica no Brasil: Estudo Comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina de 2001 e 2014**. 2017. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, Rio de Janeiro, 2017.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida *et al.* Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, p. 1147-1166, 2013.

ROVERE, Mário R. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 54, n. 19, p. 635-636, 2015.

RUQUOY, Danielle. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: ALBARELLO, Luc *et al.* **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: gradiva, 1997, p. 84-116.

RUTLEDGE, Paul. Presidential power and agenda setting. In: RUTLEDGE, Paul. **Handbook of Public Policy Agenda Setting**. Oxford: Edward Elgar Publishing, 2016.

SABATIER, P. A.; WEIBLE, C. M. The advocacy coalition framework: innovation and clarifications. *In*: SABATIER, P. A. (Org.). **Theories of the policy process**, Cambridge, Califórnia: West view Press. 2007. p.189-220.

SADER, Emir. (Org.). **Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo, FLACSO, 2013.

SALES, Mozart Júlio Tabosa. Programa Mais Médicos no Brasil: Análise de uma política pública sob a perspectiva da violência estrutural. 2017. Dissertação (Mestrado em Perícias Forenses) – Programa de Pós-graduação em Perícias Forenses, Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, 2017. Disponível em <<http://higia.imip.org.br/handle/123456789/558>>

SALLES, Marina; SROUGI, Miguel. O que falta discutir sobre a saúde pública brasileira. **Revista de Cultura e Extensão USP**, São Paulo, v. 10, p. 11-17, 2013.

SANCHO, Karla Amorim; BORGES, Fabiano Tonaco. “O que ele admira é a ditadura”: discurso da mídia sobre o programa “mais médicos” no Brasil. **Trabalhos Completos ALED BRASIL**, São Carlos, v. 2, n. 3, 2016.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. São Paulo: graal, 1989.

SANTOS, Fabiano. Patronagem e poder de agenda na política brasileira. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1997.

SANTOS, Rodrigo Silvério de Oliveira. **Médicos brasileiros conservadores: O Programa Mais Médicos pela retórica da intransigência**. 2014. 55f. Trabalho de conclusão de curso (bacharel em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SANTOS, Rogério Carvalho. **Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil**. 1998. Dissertação (Mestrado em medicina preventiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.

SASSI, André Petraglia. **Dinâmicas da implantação do programa mais médicos na Paraíba: contribuições sociológicas para a análise de uma política pública**. 2018. Tese de Doutorado (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2018.

SCHEFFER, Márcio. (Coord.). **Demografia Médica no Brasil em 2013**. Equipe de pesquisa: CASSENTE, Alex *et al.* São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2013.

SCHEFFER, Márcio. (Coord.). **Demografia Médica no Brasil em 2018**. Equipe de pesquisa: CASSENTE, Alex *et al.* São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2018.

SCHEFFER, Márcio. (Coord.). **Demografia Médica no Brasil em 2020**. Equipe de pesquisa: CASSENOTE, Alex *et al.* São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2020.

SCHEFFER, Mário. Para muito além do Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 21, p. 2664-2666, 2016.

SCHEFFER, Mário. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, p. 637-670, 2015.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate. **Revista faces de Clio**, Juiz de Fora, v. 2, n. 3, p. 1-53, jan./jul. 2016.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **El médico y la Medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XXI / Lilia Blima Schraiber**. Lánus: Remedios de Escalada, De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019.

SCHRAIBER, Lilia Blima. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 11, p. 57-64, jan./mar., 1995.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

SCOTT, John. **A matter of record: Documentary sources in social research**. [S.l.]: John Wiley e Sons, 2014.

SCREMIN, Liege; JAVORSKI, Elaine. O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do Programa Mais Médicos. **Cadernos da Escola de Comunicação**, Curitiba, v. 1, n. 1, 2013.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, v. 133, 2010.

SEGALIN, Marina. **O Programa Mais Médicos**: Um estudo de imagem a partir da Revista Veja. 2013.69f. Trabalho de conclusão de curso (bacharel em Relações Públicas) – Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SHIROMA, Eneida Oto; CAMPOS, Roselane Fátima; GARCIA, Rosalba Maria Cardoso. Decifrar textos para compreender a política: subsídios teórico-metodológicos para análise de documentos. **Perspectiva**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 427-446, 2005.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; ANDRADE, Henrique Sater de. Formação médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 21, p. 2670-2671, 2016.

SILVA, Augusto Santos. A ruptura com o senso comum nas ciências sociais. In: SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira. **Metodologia das Ciências Sociais**. Porto: Afrontamento, 1986, p. 29-53.

SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira. Uma visão global sobre as ciências sociais. *In: SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira. Metodologia das Ciências Sociais.* Porto: Afrontamento, 1986, p. 9-27.

SILVA, Erika Siqueira. **Programa Mais Médicos: a formação de uma política pública.** 2017. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de ciências médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

SILVA, Hudson; BAIA, Priscila. Associação político-partidária e influência da estrutura de incentivos na adesão dos municípios às políticas de saúde: evidências do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, p. 615-631, 2018.

SILVA, Luana Nunes da. Programa Mais Médicos: embates políticos entre entidades médicas e o Estado. **Anais.** [8º Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: o avanço do capital sobre a saúde da classe trabalhadora]. Frente Nacional, Porto Alegre, 2018.

SILVA, Vinício Oliveira da *et al.* O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 42, p. 489-502, 2018.

SINGER, André *et al.* **Por que gritamos golpe?:** para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Editora Boitempo, 1. ed., 2016.

SINGER, André. **Os sentidos do lulismo:** reforma gradual e pacto conservador. Porto Alegre: Editora Companhia das Letras, 2012.

SIQUEIRA, Carol. **Câmara Dos Deputados. Plenário discute registro de médico estrangeiro pelo Ministério da Saúde** **Fonte:** Agência Câmara de Notícias, 9 out. 2013. Brasília: Agência Câmara de Notícias, 2013. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/417447-plenario-discute-registro-de-medico-estrangeiro-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em: 20 dez. 2020.

SOARES, Catharina Matos *et al.* Análise do posicionamento das entidades médicas-2015-2016. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 41, p. 74-86, 2017.

SORDI, Mara Regina Lemes De. A formação médica socialmente referenciada e as políticas mercadológicas de regulação da qualidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p. e180712, 2019.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, São Paulo, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, Leonardo de. **Representações do “Programa Mais Médicos” pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina.** 2014. 144 f. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. (Org.). **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. Cortez Editora. Rio de Janeiro, 1995a.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Políticas sociais e cidadania na América Latina. *In: CANESQUI, Ana Maria. (Org.). Ciências Sociais e Saúde.* São Paulo: Hucitec- Abrasco, 1997.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In*: TEIXEIRA, Sonia Fleury. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Cortez Editora. Rio de Janeiro, 1995b.

TRINDADE, Thiago Gomes; BATISTA, Sandro Rodrigues. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca!. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 21, p. 2667-2669, 2016.

TRUE J. L.; JONES, B. D.; BAUMGARTNER, F. R. Punctuated-Equilibrium Theory: explaining stability and change in public policy making. *In*: SABATIER, P. A. (Org.). **Theorie of the policy process**. Cambridge, MA: Westview Press, 2007. p. 155-188.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Instituto de pesquisas sociais, políticas e econômicas. **Pesquisa avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos**. Minas gerais: Mimeo, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. [Relatório Técnico de Projeto]. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.Medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Relatório final: Estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde nível superior no Brasil entre 1991 e 2010**. [Relatório Técnico de Projeto]. Belo Horizonte: UFMG, 2014. Disponível em: [http://epsm.nescon.Medicina.ufmg.br/epsm/Estudos_Pesquisa/Mercado%20de%20trabalho%20das%20profissoes%20de%20nivel%20superior%20no%20Brasil%20\(Rel.Final\).pdf](http://epsm.nescon.Medicina.ufmg.br/epsm/Estudos_Pesquisa/Mercado%20de%20trabalho%20das%20profissoes%20de%20nivel%20superior%20no%20Brasil%20(Rel.Final).pdf). Acesso em: 10 fev. 2020.

VIANA, Ana Luiza de. Enfoque metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. *In*: CANESQUI, Ana Maria. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997.

VILLA REAL, Gustavo Gabriel *et al*. Estudantes e Professores da Área da Saúde Conhecem o Programa Mais Médicos?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 1, p. 110-116, 2017.

WEBER, Max. **Conceitos básicos de sociologia**. São Paulo: Centauro, 2003.

WEBER, Max; GERTH, Hans Heinrich; MILLS, Charles Wright. **Ensaio de sociologia**. São Paulo: LTC, 1982.

WORD HEALTH ORGANIZACION. **Increasing acces to health workers in remote and rural áreas through improved retentions: global policy recommendations**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Observatory Data**. Density of physicians. Geneva: WHO, [2020?], Disponível em: http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/. Acesso em: 20 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public spending on health: a closer look at global trends**. Geneva: WHO, 2018.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Método**. São Paulo: Bookman, 2001.

ZAHARIADIS, Nikolaos. Setting the agenda on agenda setting: definitions, concepts, and controversies. *In*: ZAHARIADIS, Nikolaos. **Handbook of public policy agenda setting**. Oxford: Edward Elgar Publishing, 2016.

ZAHARIADIS, Nikolaos. The multiple multiple streams. Structure, limitations, prospects. *In*: SABATIER, Paul A. (Org). **Theories of the policy process**. Cambridge: Westview Press, 2007.

ZOLA, Irving Kenneth. “Medicine as an institution of social control”. *In*: COX, Caroline e MEAD, Adrienne (Eds.), **A Sociology of Medical Practice**. Londres: Collier-Macmillan, 1975.

APÊNDICE 1

Uma prosa sobre descobertas, ritos de passagem, mergulhos e reconstruções

Fui provocado a falar um pouco de como foi a trajetória de construção dessa tese, fazendo um mergulho no campo das ciências sociais tendo vindo do campo da saúde, lidando de um jeito novo com algo que conhecia bastante há muito tempo e me permitindo pensar e perceber diferente do que percebia, enfrentando o desafio de escrevê-la em meio a toda a mudança e dor provocada pela tragédia (em grande parte evitável) da Pandemia do novo Coronavírus no Brasil e contando de como tudo isso produz não só um novo texto, mas uma nova pessoa.

Na Especialização, de 2005 a 2006, fiz uma caminhada entre a Saúde Coletiva e as Ciências Sociais, me desafiei a construir uma análise macro-política de um país e de sua reforma sanitária. Faltando um mês para a defesa, aconteceram coisas e descobertas que mudaram com intensidade o que eu sentia e pensava sobre o que estava há um ano pesquisando. Desarranjado, reposicionei o estudo. Não consegui dar solução teórica para as novas questões (como incorporar as descobertas na pesquisa sendo que elas contradiziam o referencial teórico que eu usava até então?), privilegiei o empírico, destacando a incompletude do quadro teórico – em um texto que bem chamei de “Narrativa implicada de um descaminho” - e anunciando um investimento e construção posterior. Sorte a minha que minha dupla de orientadores eram Emerson Merhy e Kathleen Cruz, que além de muitíssimo potentes, foram compreensivos. Mas, essa construção ficou por fazer, a vida me convidou a mergulhar e eu acabei ‘dobrando’ a aposta no mergulho: as lutas e fazeres do trabalho e gestão em saúde na construção do SUS.

Mais tarde no Mestrado, entre 2012 e 2014, experimentei uma entrada no campo de Análise de Políticas Públicas. Tentei uma conciliação entre o meu referencial teórico de então, construído nos anos de movimento estudantil e atuação no movimento sanitário, com as novas descobertas da Análise de Políticas Públicas, que iniciaram em um curso de Especialização na

área em 2008 e seguiram com os diversos estudos no Mestrado. Com os estímulos de Alcindo Ferla - meu orientador à época, sempre aberto às novidades e para quem ‘tudo vale a pena se a alma não é pequena’ e se o saber é potente para interrogar a realidade - fui até onde pude ir naquele contexto. O referencial teórico da dissertação mais pareceu um acerto de contas com o ‘descaminho’ da especialização do que o quadro de análise do objeto da pesquisa de mestrado. Foi bem mais amplo que o que demandava a dissertação, contendo diversas partes que eram como um diálogo com algo que não estava ali. Meu orientador havia sinalizado isso, a banca viu e falou disso, mas tolerou. Acho que avaliou que a dissertação era também produção de diálogo meu comigo mesmo: além do estudo de então, tinham estudos de uma vida até ali.

Aí veio o Doutorado. Há muito tempo queria poder me dedicar fortemente aos estudos e, naquele momento, consegui organizar meu tempo, vida e trabalho com um espaço generoso (nos meus padrões) para isso. Fiz um projeto de pesquisa no fim de 2016 e apresentei para a seleção do Doutorado na Sociologia da UFRGS, paixão antiga. Já foi um deslocamento epistêmico considerável fazer o projeto de pesquisa construindo um objeto, referencial e metodologia que dialogassem com o novo campo. Foi massa, só não foi tão potente porque fui eu comigo mesmo e os textos. Na seleção fui orientado pela banca a apresentar meu projeto no Programa de Políticas Públicas do mesmo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, onde alguns dos avaliadores que me entrevistavam eram também docentes. O tema e desenho da pesquisa encaixava mais lá do que ali. Dito e feito. Fui selecionado, descobri que era lá mesmo que eu tinha que estar: um programa interdisciplinar, estudantes de diversas áreas com as mais variadas políticas como objeto de pesquisa e conduzido pela Sociologia e Ciência Política, mas também pela Antropologia e apoiado por várias outras áreas, como Economia, Administração e Engenharia, para ficar só naquelas nas quais fiz disciplinas. Encantei-me. Fiz muitas disciplinas e seminários, sendo que, algumas delas, com minha orientadora me perguntando “pra quê você está fazendo mais essa, Hêider? Foca no que precisa pra tese”. Mas eu queria aproveitar a oportunidade ao máximo, explorar, conhecer diferentes mundos.

Em 2017, no primeiro ano, logo de cara tenho uma anedótica vivência de calouro que se auto-aplicou trotes de modo involuntário. Peguei cinco disciplinas calculando exclusivamente o encaixe das horas das atividades presenciais na agenda da semana. Quando descobri que cada uma delas me demandava, em média, 100 páginas semanais de leitura (fiz essa conta depois) em português, inglês, espanhol e, às vezes em francês. Descobri que

deveria ter conversado mais antes de tomar essas decisões. Minha orientadora, Soraya Côrtes, está dispensada dessa responsabilidade, só aceitou me orientar no segundo semestre, depois que sobrevivi a essas cinco cadeiras, uma das quais dada por ela mesma. Aqui um parêntese: Soraya aceitou me orientar mesmo sem agenda. Eu conhecia há muito suas obras na interface com a Saúde Coletiva e, no doutorado, pude conhecer sua produção na Análise de Políticas Públicas e Sociologia e ainda ter aulas com ela. Quis de todo o jeito que ela me orientasse e só sosseguei quando deu certo. Foi uma espera até o último momento que valeu demais a pena!

Voltando aos trotes. Como se não bastasse, em minha primeira aula nas ciências sociais, eu me voluntariei sozinho para apresentar um seminário à turma na aula seguinte, sem nunca ter visto antes como era a práxis, a cultura, os códigos, o ‘ethos’ daquele ‘povo novo’ da Antropologia Política. Conheci e li Marcel Mauss, o tema do seminário, cujo original eram 51 páginas em francês, para meu desespero. Esforcei-me para ser bem crítico, achei que era o que o grupo esperava. Apresentei avanços e limites nas proposições de Mauss, com a propriedade de quem tinha lido ao autor pela primeira vez. Assim que terminei, no intervalo logo antes do debate com a turma e a professora, um aluno originário da Ciência Política em uma pergunta resumiu a impressão geral “você é médico? Tri. Gostei das críticas que fez, embora não concorde com algumas. Você sabia que Mauss é tipo o Marx pra eles [a turma de antropólogos]? Bem corajoso. Acho que esse debate será quente”, concluiu com um sorriso sincero e com um olhar solidário antecipando o que vinha.

Assim passou-se um ano e meio de estudos, colegas e professores incríveis, obras, teorias, quadros analíticos e conceitos incríveis. Sensação de aprendiz de feiticeiro. Com os colegas, em especial aqueles que tinham também vivência e experiência de ação política e gestão, como Manuela D’Avila e Miguel Rossetto, conversávamos sobre nossas descobertas de estudos e teorias que tentavam analisar e explicar mil coisas que a gente foi aprendendo e descobrindo na práxis. Eram duas as sensações “ah! se eu tivesse conhecido e aprendido isso antes” e “que bom que tive a vivência que tive para conseguir entender, criticar e adaptar isso aqui agora.”.

Aí, em meados de 2018, depois de três semestres cursando diversas cadeiras e tendo concluído esta etapa, tendo voltado para Salvador, fui para minha banca de qualificação. Uma banca incrível: um grande sanitarista, Alcindo Ferla, que, além de tudo, foi meu orientador no Mestrado e conhecia minha trajetória epistêmica; Ligia Madeira, socióloga, coordenadora do Programa e sempre preocupada com a qualidade de sua produção, pesquisadora com muito

conhecimento e rigor com as pesquisas do campo; e André Marengo, cientista político brilhante e muitíssimo crítico, que sempre conseguia fazer com que colocássemos em análise o que, até logo antes da conversa, a gente achava que tinha certeza que pensava. Uma banca tão potente quanto crítica e abrangendo três campos de conhecimento. A ideia tinha sido essa mesmo, ousar e receber críticas e orientações de três perspectivas razoavelmente diferentes. Se era para mergulhar, que fosse depois de um salto e até o fundo! A experiência foi fabulosa. Para mim teve o efeito de um rito de passagem: a banca aprovou o projeto de pesquisa, me deu boas vindas ao campo de Análise de Políticas Públicas, gostaram do potencial contido no trabalho que apresentara, mas me mostrou que eu teria de reconstruir e avançar em muita coisa. A síntese da mensagem da banca poderia ser representada assim: “parabéns, Hêider! Vimos seu esforço e que estudou muito, até nos surpreendeu. Mesmo vindo de outro campo, fez um belo panorama deste. Mas para a pesquisa terá que fazer muito mais. Desse passeio pelo campo, quase como estudando e fichando a literatura dele, será necessário que você o compreenda, aprofunde em suas teorias a ponto de conseguir fazer escolhas, adaptar e construir um quadro teórico adequado à sua análise específica”. Foi ótimo, mas o desafio deu frio na barriga: como faria isso? Aliás, conseguiria fazer isso? E eu achando que com o que estava na qualificação era só seguir. Soraya, na mesma linha, me parabenizou, mas me alertou que das 40 páginas da qualificação, eu quase não usaria nada. Como não usei mesmo. Abandonei essa versão do texto e comecei outra.

O segundo semestre de 2018 e o ano de 2019 foram dedicados a estudar muito, fazer as análises bibliográfica e documental e realizar todas as entrevistas. Foi incrível. Um mergulho desafiador em um empírico gerador de mil ideias e questões. Em uma viagem aos EUA para o Congresso da Associação de Estudos Latino-Americanos (LASA) e uma visita a um grupo de pesquisa na Escola de Saúde Pública da Harvard, justamente para apresentar o que já tinha sobre o Programa Mais Médicos e debatê-lo com outros pesquisadores, aconteceu um ‘clique’ que mudou a pesquisa. Percebi que para compreender melhor o que tinha tornado o Mais Médicos possível seria necessário entender também porque ele não tinha sido possível antes e porque houve tanto esforço para impossibilitá-lo depois. Voltei ao Brasil, conversei com Soraya e ajustamos a pesquisa para dar conta disso. Um divisor de águas essencial.

Terminadas as 19 entrevistas e com todo o material empírico nas mãos, resolvi repetir a experiência do Mestrado, quando precisei me desconectar de meu contexto e me afastar física e mentalmente para poder dedicar fortemente à escrita. Se no mestrado foi uma viagem

de 15 dias, no Doutorado aproveitei o sanduiche em Portugal para fazer isso. Fui muitíssimo bem recebido no Instituto Universitário de Lisboa, o tradicionalíssimo ISCTE, no centro de estudos de políticas públicas, com a queridíssima e bastante conhecida socióloga da saúde, Graça Carapinheiro. Eu a conhecia há muito tempo por suas obras e de um encontro de pesquisa que fizemos em 2013, quando fui apresentado a ela por Luís Cecílio – que ainda no movimento estudantil me convenceu que era central estudar Sociologia. Lá em Lisboa, novo rito de passagem. Ao chegar, Graça me fez uma pergunta mais ou menos assim “Hêider, vieste até aqui, para uma escola de Sociologia, ter com uma coorientadora socióloga... diga-me: você quer apenas seguir em seu campo e usar conhecimentos da Sociologia ou quer fazer um mergulho e produzir sua tese como um cientista social?”. Foi como perguntar a um mineiro se ele queria queijo (por falar nisso, o que são aqueles queijos portugueses também hein?). Mergulhei, passei a viver na biblioteca ou com os livros de lá, fiz debates presenciais incríveis com a Graça e ia ajustando tudo à distância com Soraya. Esta me alertou algo do tipo “Hêider, cuidado com a Graça. Ela é socióloga raiz, vai querer fazer de você um sociólogo e você tem que terminar essa tese”. Adoro. O fato é que mergulhei e nunca havia estudado tanto na vida. Diferentemente do planejamento - voltar de Portugal com a tese quase pronta -, cheguei ao Brasil com minha segunda versão de construção da tese - com a introdução de então e a primeira versão do capítulo que trata do referencial teórico-metodológico, um texto de 110 páginas - e com o quadro analítico de tratamento das entrevistas.

Feliz da vida, ‘me achando’, mandei para Soraya. Mas só para ouvir algo na linha de “parabéns, vê-se que você estudou muito. Mas, olha, pensado na tese, vamos manter aqui só o que vai ser usado de fato. Então, se muito, usará só um terço do que está aqui e, mesmo assim, precisará ser reconstruído com base na análise do empírico. Portanto, vamos deixar esse capítulo por último, vamos nos dedicar aos capítulos empíricos”. Com isso, mais uma vez, achei que já tinha muita coisa, e, na verdade, não tinha ainda nada escrito. Arquivei essa versão do texto para consulta e uso, mas fui para a construção de uma terceira versão.

Início de 2020 e chega ao Brasil a Pandemia do Coronavírus com todas as omissões e erros absurdos que fez com que ela se tornasse a maior tragédia sanitária de nossa história. Na vida pessoal, eu em um novo cotidiano que combinava trabalho à distância e cuidado das filhas que estavam (e ainda estão quando escrevo este texto) sem escola presencial. A escrita da tese virou uma produção intensa nos horários que elas estavam dormindo: manhãzinha cedo, tarde da noite e madrugada. Um desafio, mas que foi caminhando ao longo de todo o

ano de 2020. Assim, embora não tenha cumprido meu plano de defender a tese no segundo semestre de 2020, os capítulos foram nascendo e foi um prazer produzi-los. Novas reconstruções na produção do primeiro capítulo empírico, o que tratou de por que o Mais Médicos não foi possível no período de 2003 a 2010 (o capítulo 4 desta tese). Escrevi um texto seguindo uma lógica cronológica, historiando acontecimentos, descrevendo algumas políticas, dando detalhes e fazendo análises propiciadas pelo quadro analítico ao longo do texto em alguns parágrafos com esse objetivo. Estava encantado com a potência da junção do material empírico e do referencial teórico que me fazia perceber e pensar coisas que, mesmo há anos atuando e estudando o tema, não havia ainda me dado conta. Mais uma vez, feliz da vida, mandei pra Soraya, achando que estava ‘arrasando’, mas já ressabiado.

Soraya leu aquele imenso capítulo com 69 páginas, gostou do que havia ali de material empírico e achados, mas disse que a escrita tinha que ser completamente diferente. Foi ali que conheci mais a fundo o modo como se escreve, analisa os achados e usa-se o referencial teórico no novo campo. Descrições, às vezes, que interessam à Saúde Coletiva, ali são menos importantes porque o foco é na tese que se defende. Arquivei também esta versão do material, criei um documento novo e fui para a quarta construção da tese, que foi aquela que chegou até aqui. Em cada capítulo, passou a ter um certo rito: escrevia do jeito que era mais acostumado, analisava esse material e, a partir dele, produzia outro na linha do que tinha sido a reconstrução do capítulo 4. Isso foi caminhando a ponto de, nos dois últimos, eu não precisar mais fazer aquela escrita prévia – começava a assimilar, era como aprender a escrever em outra língua. O rito a partir dos próximos capítulos se sofisticou: após construir a versão para envio de cada um, havia um debate no grupo de pesquisa com Soraya e mais um colega de “banca”, sugestões de mudança apresentadas no debate e enviada em texto com controle de alterações. Dentre estes colegas, dois sociólogos, ex-orientandos de Soraya e prêmio Capes de melhor tese – isso me deixava ‘só um pouquinho’ apreensivo pelo ‘nível da régua’, como podem imaginar. Cabe aqui um agradecimento especial a um deles, Márcio Barcelos, que, por duas vezes, analisou o texto em construção e deu retornos importantíssimos. O fato é que os primeiros retornos positivos foram, pra mim, outro rito de passagem. Comemorei, muito, cada etapa superada desses desafios.

As centenas de páginas escritas viraram estas 300 aqui. Mas aqui estão mais que páginas. Em síntese, poderia dizer que está o sonho de um estudante de medicina que quase largou o curso para fazer ciências sociais e que passou a faculdade e movimento estudantil

inteiro estudando por conta própria; está um esforço de quatro anos feito em uma trajetória de descobertas, mergulhos e reinvenções na qual fiz e fortaleci laços de amizade e conheci e reconheci grandes mestras e mestres; estão milhares de horas de dedicação subtraídas de outras coisas, mas tive o privilégio de conseguir fazer caber na minha vida sem real prejuízo de nada que nela considere essencial; está também o privilégio e luta de escrever a tese e sobreviver à pandemia, cuidando da saúde dos meus, em especial, de meu pai, que nasceu de novo nesse período; está aqui um monumento à esperança, no sentido de um olhar para a história identificando lutas inspiradas no mais generosos valores, ideias e objetivos e produzindo análises que tentam aumentar a sabedoria e condições de concretizá-los no futuro.

APÊNDICE 2

Roteiro de entrevista semiestruturada

1) Indagar “o que fez com que o Programa Mais Médicos fosse possível?” e explorar as dimensões da resposta.

2) Perguntar quais eram os problemas que o grupo/ator representado por aquele entrevistado considerava os prioritários a resolver no período dele.

3) Questionar se e por que esses problemas tornaram-se prioritários naquele momento. Entender se já eram antes, o quanto eram, se não eram, entender o que mudou ou quem atuou para que mudasse. Comparar com o momento de lançamento do PMM para quem é de período anterior ou posterior ao lançamento do PMM.

4) Inquirir quais políticas/programas/medidas estavam sendo debatidas para enfrentar os problemas considerados prioritários no período e entender como eram debatidas e por que e como avançaram ou foram descartadas ou bloqueadas.

5) Fazer perguntas para compreender por que a Lei teve tantas diferenças com relação à Medida Provisória e o que aconteceu para que essas mudanças acontecessem.

6) Indagar sobre grupos/atores que apoiaram e que se opuseram ao PMM ou à política em análise. Compreender as razões do apoio ou da oposição, modo de ação e acontecimentos, processos e ações que aumentaram ou reduziram apoio/oposição de cada grupo identificado.

7) Investigar se a pessoa identifica alguns grupos e/ou pessoas específicos que tiveram papel importante em apresentar, defender, convencer, criar viabilidade política, formular e/ou agir para aprovar e implementar o PMM ou a política que ela estiver analisando. Se sim, examinar as características e modos de atuação dessa pessoa/grupo.

8) Fazer questões para entender como a pessoa avalia o PMM comparando os momentos de seu lançamento, restante do Governo Dilma e Governo Temer.

9) Perguntar em síntese “por que o PMM foi então possível em 2013” e “por que não foi possível antes”?

