



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social

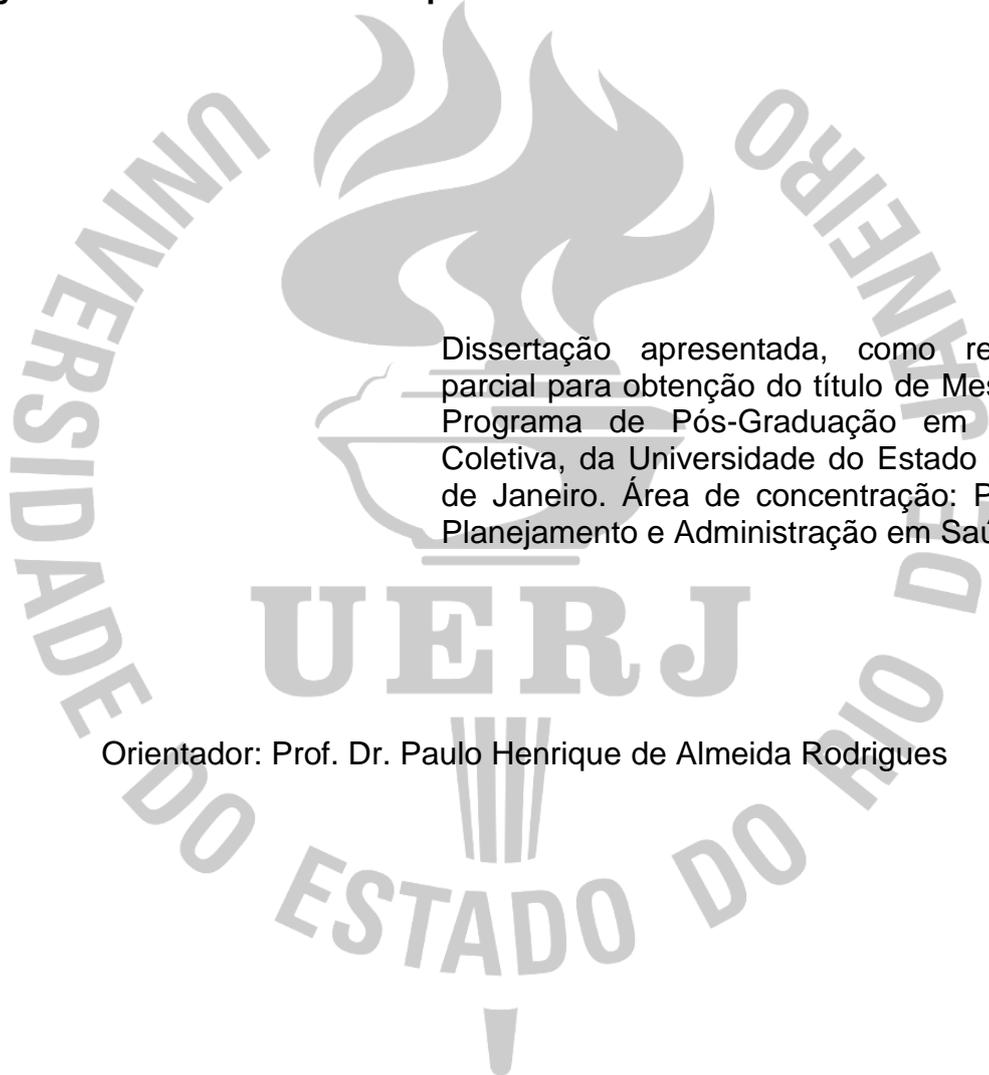
Luana Nunes da Silva

**Programa Mais Médicos: embates políticos entre entidades médicas e  
o Estado**

Rio de Janeiro  
2018

Luana Nunes da Silva

**Programa Mais Médicos: embates políticos entre entidades médicas e o Estado**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S586p Silva, Luana Nunes da  
Programa Mais Médicos: embates políticos entre entidades médicas e o  
Estado / Luana Nunes da Silva . – 2018.  
165 f.

Orientador: Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Instituto de Medicina Social.

1. Planos e programas de saúde – Teses. 2. – Teses. 3. Esportes – Teses.  
4. Atletas – Teses. 5. Pesquisa qualitativa – Teses. I. Azize, Rogerio Lopes.  
II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.  
III. Título.

CDU 614.39:614.255(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Luana Nunes da Silva

**Programa Mais Médicos: embates políticos entre entidades médicas e o Estado**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 16 de março de 2018.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues (Orientador)  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dra. Mônica de Castro Maia Senna  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2018

## DEDICATÓRIA

A minha amada companheira, Angela Beatriz Mercado Acevedo

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e aos espíritos de luz que sempre me acompanham, concedendo-me forças para continuar.

A minha mãe, que mesmo com pouco, nunca deixou nada faltar a meu irmão e a mim. Que me guiou nos diversos caminhos por onde passei. Que me recebe sempre com um sorriso e um abraço acolhedor.

A minha família, que aguenta firme as minhas ausências e que nunca desistiu de mim. Sem vocês eu nada seria.

A minha amada companheira que me apoia em cada luta que decido travar. Mesmo quando eu acho que tudo está perdido, você não desiste de mim. Você é minha fortaleza e sempre será. O amor que eu sinto por você é maior que qualquer tipo de preconceito, maior que qualquer obstáculo, maior que a mim mesma.

Aos meus amigos queridos que sempre estão a meu lado. Cada abraço que recebi de vocês me deu ânimo para seguir.

Ao meu amigo e psiquiatra favorito, Felipe. Obrigada por cuidar de mim quando estou em crise e por ser acima de tudo, meu amigo.

Ao meu orientador, Paulo Henrique. PH, obrigada por confiar em mim, por não me deixar desanimar e por me ensinar a cada dia que devemos lutar pelo que acreditamos com fé.

Ao André Luis Mendonça por aceitar fazer parte do meu caminho, por torcer por mim desde que me conheceu e pelo apoio que me dá.

Ao Ruben Araújo de Mattos por aceitar fazer parte da banca de defesa dessa dissertação e pelo compartilhamento de conhecimento que me proporciona a cada encontro.

A Mônica de Castro Maia Senna, minha eterna orientadora! Você sempre será a pessoa que mais contribuiu para o meu desenvolvimento acadêmico. Serei eternamente grata a você por isso.

## RESUMO

SILVA, Luana Nunes. **Programa Mais Médicos**: embates políticos entre entidades médicas e o Estado. 2018.163 f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Essa dissertação tem como objetivo analisar os embates políticos entre as principais entidades médicas nacionais e o Estado brasileiro em torno do PMM. O Mais Médicos gerou resultados significativos para a população que não tinha acesso a assistência médica. Mas esses resultados não foram suficientes para aplacar as críticas vindas de determinadas entidades representativas da profissão e de muitos médicos no país. Considerando a história da medicina no ocidente observa-se que essa profissão obteve um forte poder na sociedade, sendo o saber hegemônico da profissão determinante para a vida da maioria das pessoas. As relações entre a profissão médica com o Estado e a classe burguesa possibilitaram o fortalecimento político e econômico dessa profissão. No Brasil esse cenário não foi diferente. Diante dessas questões, as manifestações contrárias ao PMM podem ter outros sentidos, mediados por interesses particulares da profissão, que também representam interesses de classe. Optei nesse estudo pela pesquisa qualitativa, que foi realizada por meio de pesquisa documental e análise de conjuntura, e teve como aporte teórico o neoinstitucionalismo histórico. O movimento de lutas das entidades médicas e de grande parte da categoria médica contra o PMM não conseguiu anular o programa, mas alcançou objetivos importantes para garantir certa autonomia da profissão em relação ao Estado. A mobilização da categoria contra o PMM alcançou o Congresso Nacional, fazendo alianças importantes com os partidos de oposição. Houve forte adesão da categoria médica a esses partidos em 2014. Além disso, foi significativa a luta do movimento médico contra a reeleição da presidente Dilma Rousseff, o que mostrou que as reivindicações contra o PMM, se mesclaram a reivindicações contra o governo Dilma.

Palavras-chave: Medicina. Saúde da Família. Mais Médicos. SUS.

## ABSTRACT

SILVA, Luana Nunes. **More Medical Program: envy between women doctors and the State.** 2018.163 f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This dissertation aims to analyze the political debate between the main national medical entities and the Brazilian State around the PMM. The 'Mais Médicos' generated significant results to the population who didn't have any access to medical assistance. Those results weren't enough to appease the criticisms from the professional entities related to the medical field and doctors all around the country. Taking in consideration the west medicine history, it is observed that this profession is powerful in our society, being the hegemonic knowledge of the profession determinant to most of the population. The relationship among medicine, State and bourgeois class make possible political and economic strengthening of this profession. In Brazil this scenario wasn't different. In the face of these questions, the manifestations against PMM can have another meaning, they can be mediated by particular interests of the profession, also they can represent rank's interests. Qualitative research was the chosen option for this study, it was conducted through documental research and situation analysis, and historical neoinstitutionalism was chosen as theoretical support. The battle between medical entities and big part of the medical category against the PMM could not override the program, but it achieved important goals to ensure a certain profession's autonomy in relation to the State. The mobilization of the category against the PMM reached the National Congress, providing important connections with the opposition. There was strong adhesion of the medical category to these parties in 2014. In addition, the conflict of the medical movement was significant in opposition to Dilma Rousseff's reelection, that showed the claims against the PMM merged with the claims against Dilma's mandate.

Keywords: Medicine. Family Health. 'Mais Médicos'. Health Unic System.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Brasil, variação trimestral do PIB, 2002 a 2007.....	96
Figura 2 -	Brasil, variação trimestral do PIB, 2008 a 2015.....	96
Figura 3 -	Anúncio da petição eletrônica pela contratação de médicos.....	99
Figura 4 -	Publicação sobre o manifesto de Belém.....	105
Figura 5 -	Matéria sobre reunião das entidades médicas nacionais com Dilma Rousseff.....	106
Figura 6 -	Matéria sobre a mobilização da categoria médica.....	108
Figura 7 -	Matéria sobre o programa de interiorização proposto pelo CFM.....	109
Figura 8 -	Publicação sobre a 'crise' entre a categoria médica e o governo federal.....	111
Figura 9 -	Anúncio da criação do site de denúncias sobre o SUS.....	114
Figura 10 -	Matéria sobre o lançamento do PMM.....	119
Figura 11 -	Matéria sobre a reação das entidades médicas contra o PMM.....	121
Figura 12 -	Matéria sobre a saída das entidades médicas das comissões e conselhos da União.....	123
Figura 13 -	Manifesto realizado pelas entidades médicas no ENEM.....	124
Figura 14 -	Matéria sobre a demora para que os CRMs emitam registro provisório aos médicos intercambistas.....	128
Figura 15 -	Matérias sobre as faltas dos médicos inscritos no PMM.....	129

Figura 16 -	Mudanças propostas pelo CFM para o PMM.....	130
Figura 17 -	Matéria sobre a saída da médica Ramona do PMM.....	134
Figura 18 -	Matéria sobre apoio do CFM a médicos que abandonarem o PMM.....	135
Figura 19 -	Publicação da AMB sobre apoio às manifestações.....	141
Figura 20 -	Publicação da nota de apoio do CFM e AMB a Michel Temer.....	143

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Reportagens Jornal O Globo, janeiro a março de 2013.....	101
Quadro 2 -	Reportagens Jornal O Globo, maio de 2013.....	103

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
APS	Atenção Primária à Saúde
ABS	Atenção Básica em Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CRM	Conselho Regional de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CEBES	Centro Brasileiros de Estudos de Saúde
DEM	Democratas
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ENEM	Encontro Nacional das Entidades Médicas
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FNM	Federação Nacional dos Médicos
FNP	Federação Nacional dos Prefeitos
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JAMB	Jornal da Associação Médica Brasileira
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social

MPT	Ministério Público do Trabalho
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
MPL	Movimento Passe Livre
MBL	Movimento Brasil Livre
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NDC	Novas Diretrizes Curriculares
OIT	Organização Internacional dos Trabalhadores
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PGR	Procuradoria Geral da República
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PMM	Programa Mais Médicos
PPA	Plano de Pronta Ação
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRM	Programas de Residência Médica
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
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
PIB	Produto Interno Bruto
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica
PGR	Procuradoria Geral da República
PRMGFC	Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SF	Saúde da Família
TCU	Tribunal de Contas da União
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USB	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
1	<b>CONSTITUIÇÃO DOS MODERNOS PODER E SABER MÉDICOS NO OCIDENTE</b> .....	21
1.1	<b>A medicina como profissão</b> .....	21
1.1.1	<u>O desenvolvimento da medicina moderna e as relações de poder estabelecidas na sociedade capitalista</u> .....	23
1.2	<b>Histórico das relações entre a profissão médica e o estado no brasil</b> .....	37
1.2.1	<u>As políticas de assistência médica e previdenciárias até 1964</u> .....	38
1.2.2	<u>Desenvolvimento da assistência médica no período ditatorial</u> .....	44
1.2.3	<u>Abertura política e promulgação do sus</u> .....	52
1.3	<b>O mercado de trabalho do médico no Brasil</b> .....	56
1.4	<b>A Reorganização da Atenção Primária no Brasil</b> .....	59
2	<b>PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO SUS E SUAS REPERCUSSÕES</b> .....	63
2.1	<b>Projeto Mais Médicos para o Brasil: Provimento emergencial</b> .....	64
2.2	<b>Qualificação da estrutura da APS</b> .....	68
2.3	<b>Eixo educação</b> .....	69
2.4	<b>PMM: algumas considerações sobre a repercussão do programa</b> .....	73
3	<b>DESENHO, OBJETIVOS E MÉTODOS DA PESQUISA</b> .....	77
3.1	<b>Desenho da Pesquisa e Métodos</b> .....	77
3.2	<b>Referencial teórico</b> .....	79
3.2.1	<u>A análise de políticas públicas sob a ótica do neoinstitucionalismo histórico</u> .....	79
3.3	<b>As entidades médicas consideradas no estudo</b> .....	86
3.3.1	<u>A Associação Médica Brasileira (AMB)</u> .....	86
3.3.2	<u>O Conselho Federal de Medicina (CFM)</u> .....	88

3.3.3	<u>A Federação Nacional dos Médicos (FENAM)</u> .....	89
3.4	<b>Objetivos</b> .....	90
3.4.1	<u>Objetivo geral</u> .....	90
3.4.2	<u>Objetivos específicos</u> .....	90
3.5	<b>Métodos e procedimentos</b> .....	91
3.5.1	<u>Métodos de coleta de dados</u> .....	91
3.5.2	<u>Período do estudo</u> .....	93
3.5.3	<u>Procedimento de análise</u> .....	93
3.5.4	<u>Questões éticas</u> .....	94
4	<b>OS EMBATES POLITICOS ENTRE AS ENTIDADES MÉDICAS E O ESTADO EM TORNO DO PMM</b> .....	95
4.1	<b>A conjuntura política anterior ao anúncio do PMM</b> .....	95
4.2	<b>'Cadê o médico? ': as primeiras repercussões sobre a vinda de médicos estrangeiros para o Brasil</b> .....	98
4.3	<b>A 'ameaça' se torna real: o lançamento do PMM</b> .....	116
4.3.1	<u>"Os intercambistas que vieram participar do programa lançado pelo governo federal não são médicos no Brasil": a chegada dos médicos Cubanos</u> .....	125
4.4	<b>Consolidação do PMM</b> .....	132
4.4.1	<u>As entidades médicas e os programas de apoio aos estrangeiros</u> .....	133
4.4.2	<u>O ensino médico no foco dos debates</u> .....	137
4.5	<b>As entidades médicas, as eleições de 2014 e as manifestações pró impeachment</b> .....	139
4.6	<b>PMM no governo Temer</b> .....	142
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	148
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	152

## INTRODUÇÃO

Em junho de 2013 foram observadas no Brasil fortes manifestações populares que, dentre outras questões, reivindicaram melhorias na área da saúde pública (AVRITZER, 2016). Antes dessas manifestações – em janeiro do mesmo ano – um movimento denominado "Cadê o Médico?", criado pela Frente Nacional de Prefeitos<sup>1</sup> (FNP), foi realizado com o intuito de cobrar do Governo Federal respostas imediatas para o problema da falta de médicos nos serviços de saúde (FNP, 2013).

Nesse contexto de manifestações populares e reivindicações de gestores municipais, foi lançado em julho de 2013 o Programa Mais Médicos (PMM), que apresenta como objetivos: a diminuição da carência de médicos em regiões prioritária para o Sistema Único de Saúde (SUS) – regiões com maior escassez de médicos; o fortalecimento dos serviços de atenção básica e o aprimoramento da formação médica no país de forma a torná-la mais próxima das reais necessidades de saúde da população (BRASIL, 2015).

Para se concretizar esses objetivos o PMM tomou uma série de medidas de curto e longo prazos. Dentre as medidas mais comentadas pela mídia e criticadas pelas entidades médicas nacionais, está o provimento emergencial, que recrutou médicos vindos de outros países – a maioria de Cuba – para atuarem na Atenção Primária à Saúde (APS) em áreas com maior escassez de médicos. A vinda de médicos estrangeiros se tornou alvo de várias críticas – divulgadas pela mídia – por parte das principais entidades representativas da profissão médica no Brasil, que realizaram uma série de ações para impedir o desenvolvimento do PMM (BRASIL, 2015; CARVALHO, 2016; LANDIM, 2013; BORGES & SANCHO, 2016).

---

<sup>1</sup> “Entidade de direito privado, de natureza civil, sem fins lucrativos, que tem como um de seus objetivos, promover além da pauta municipalista tradicional, uma agenda que contemple novos temas como qualidade urbana e ambiental, a inclusão social e o desenvolvimento sustentável” (Fonte: <https://www.blogger.com/profile/08045257254435329395>).

Além do provimento emergencial, o PMM também instituiu mudanças na formação médica. Com o Mais Médicos, determinou-se a reorientação da formação dos médicos, tanto na graduação quanto nos Programas de Residência Médica (PRM). A Lei instituiu que novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina fossem discutidas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). O objetivo dessa medida é a atualização da formação médica, visando o olhar crítico do aluno, a integração ensino-pesquisa-extensão, a relação com tecnologias de informação e comunicação, adequação da formação do médico às reais necessidades de saúde da população e dos sistemas de saúde, assim como a busca de uma formação voltada para o cuidado integral da população (BRASIL, MS, 2015).

Até o lançamento do referido Programa, o Estado brasileiro pouco interveio, tanto na regulamentação da profissão médica, quanto no currículo da graduação e nos cursos de residência médica. Apesar de historicamente contribuir significativamente para o fortalecimento da profissão (CECCIM e PINTO, 2007; e RODRIGUES et al, 2013; CORDEIRO, 1984). O PMM levanta o debate sobre a necessidade de uma formação médica que esteja de acordo com as reais demandas da população nas diversas regiões do Brasil. Pois o SUS ainda é um dos maiores empregadores de médicos no país (BRASIL, 2015; e SCHEFFER et al 2015).

O PMM trouxe resultados positivos para aquelas regiões onde a escassez de médicos era predominante. Alguns estudos apontam que o PMM possibilitou o aumento de ações de promoção e prevenção em saúde na APS, aumentou o nível de satisfação dos usuários e contribuiu significativamente para o suprimento da escassez de médicos em determinadas regiões<sup>2</sup>. Mesmo ainda não tendo alcançado todas as metas propostas, se observou também o aumento do número de vagas na graduação em medicina e no

---

<sup>2</sup>Sobre essa questão ver matéria publicada pelo site da Escola Nacional de Saúde Pública intitulada: Mais Médicos é uma Política de Estado bem-sucedida. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/40631>. Bem como o documento intitulado: Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais. Um estudo de casos múltiplos. Brasília, DF: OPAS, 2017.

curso de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade. Além de ter possibilitado a inserção dos alunos de medicina no SUS antes que os mesmos se formassem – o que é de suma relevância ao se levar em consideração que grande número de médicos recém-formados vai trabalhar no SUS.

No entanto, esses resultados não foram suficientes para aplacar as críticas vindas de determinadas entidades representativas da profissão e de muitos médicos no país. Considerando a história da medicina no ocidente observa-se que essa profissão obteve um forte poder na sociedade, sendo o saber hegemônico da profissão determinante para a vida da maioria das pessoas. As relações entre a profissão médica com o Estado e a classe burguesa possibilitaram o fortalecimento político e econômico dessa profissão (STARR, 1991; LUZ, 2014; DONNANGELO, 1975). No Brasil esse cenário não foi diferente. Diante dessas questões, as manifestações contrárias ao PMM podem ter outros sentidos, mediados por interesses particulares da profissão, que também representam interesses de classe.

Nessa direção, o objetivo do presente estudo é analisar os embates políticos entre as principais entidades médicas nacionais e o Estado brasileiro em torno do PMM. Com vistas a alcançar o objetivo proposto, foi realizada pesquisa nos documentos de domínio público produzidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM). Esses documentos apresentam maior distribuição entre a categoria médica e também maior influência. Sendo esses documentos importantes fontes de pesquisa para a compreensão de como as entidades médicas estudadas se posicionaram diante do PMM no decorrer dos quatro anos de sua existência.

Além disso, foi realizada pesquisa documental nas matérias produzidas pelo jornal O Globo, um dos jornais de maior circulação do país. Compreendo que os meios de comunicação em massa, como o jornal O Globo, impacta diretamente nas formas como as pessoas agem e interagem entre si. Além de serem potentes formadores de opinião e de uma dada “consciência política” (THOMPSON, 2011). Sendo, dessa forma, importante fonte de pesquisa para

a reflexão de como a mídia influenciou nos posicionamentos adotados em relação ao PMM.

O aporte teórico que melhor contribuiu para os objetivos desse estudo foi o neoinstitucionalismo histórico. Essa corrente busca a contextualização dos atores, seus interesses e ações estratégicas, tendo como finalidade a elaboração de uma teoria de médio alcance que propicie um elo entre análises centradas no Estado e na sociedade (MARQUES, 1997). Dessa forma, busquei identificar e analisar os posicionamentos adotados pelas principais entidades médicas nacionais diante do PMM e como esses posicionamentos serviram de tensionamentos para modificações na lei do Mais Médicos.

O primeiro capítulo denominado: “Constituição dos modernos poder e saber médicos no Ocidente” é dividido em quatro partes. No primeiro ponto utilizo como principais referências teóricas Paul Starr (1991) Eliot Freidson (2009), Roy Porter (2008), Michel Foucault (1977, 1998) como fontes de reflexão sobre a história da medicina contemporânea no ocidente e a constituição do poder e do saber que essa profissão adquiriu na sociedade capitalista.

No segundo ponto intitulado: “Histórico das relações entre a profissão médica e o Estado no Brasil” escrevo sobre o desenvolvimento da assistência médica no Brasil e as relações entre o Estado e a profissão médica. Me baseio em estudos como os de Hésio Cordeiro (1984), Madel Therezinha Luz (2014, 1991) e Maria C. F. Donnagelo (1975), Romulo Maciel Filho e Maria Alice Fernandes Branco (2008). Utilizo desses mesmos autores para escrever o terceiro ponto do capítulo, que fala sobre o mercado de trabalho do médico no Brasil.

No quarto ponto, intitulado: “A reorganização da Atenção Primária no Brasil”, utilizo de estudos como os de Ligia Giovanella et al (2009), Gastão Wagner de Sousa Campos e Nilton P. Junior (2016) e de documentos produzidos pelo Ministério da Saúde sobre a APS. Esse tópico se tornou importante para a discussão sobre o desenvolvimento da Saúde da Família (SF) após a reorganização da APS no Brasil.

O segundo capítulo é denominado: “Programa Mais Médicos no SUS e suas repercussões”. Nesse capítulo apresento o PMM, bem como seu contexto de formação e as repercussões advindas do Programa. Baseei-me em estudos como os de Mário Scheffer et al (2015), Fernanda C. Carvalho (2014), Fabiano Borges & Karla Sancho (2016), Ilana c. Landim (2013), Gastão Wagner de Sousa Campos (2001). Para a apresentação do PMM utilizei o documento do Ministério da Saúde intitulado: “Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros” (2015) e a Lei nº12.871 de outubro de 2013 – lei que institui o PMM.

No capítulo três são descritos os objetivos – geral e específicos – do estudo. Assim como os métodos a serem adotados para se alcançar os objetivos propostos. Optei nesse estudo pela pesquisa qualitativa, que foi realizada por meio de pesquisa documental e análise de conjuntura, e teve como aporte teórico o neoinstitucionalismo histórico.

No quarto capítulo intitulado “Os embates políticos entre as entidades médicas e o Estado em torno do PMM” apresento a análise da conjuntura política que permeou e condicionou a elaboração e desenvolvimento do PMM, tendo como aporte teórico o neoinstitucionalismo histórico. Tal análise é apresentada juntamente com os resultados da pesquisa documental. Para a elaboração desse capítulo me baseei em estudos como os de Leonardo Avritzer (2016), Luciano Bezerra Gomes e Emerson Elias Merhy (2017), Romulo Maciel Filho e Maria Alice Fernandes Branco (2008), dentre outros.

## **1. CONSTITUIÇÃO DOS MODERNOS PODER E SABER MÉDICOS NO OCIDENTE**

O presente estudo se inicia com a discussão sobre a profissão médica e a formação dos modernos poder e saber médicos no Ocidente. Tal discussão visa a compreensão de como a profissão médica se transforma de acordo com o progresso da sociedade capitalista. E também a apreensão de como se formou a hegemonia do saber médico, e conseqüentemente a instauração de seu poder. Em seguida apresento o histórico das relações entre a medicina e o Estado no Brasil até os dias atuais. Questões essenciais para a análise do contexto de formação e conflitos em torno do PMM.

### **1.1 A medicina como profissão**

Antes de iniciar uma discussão a respeito de como se constituíram os modernos poder e saber médicos no Ocidente, é importante destacar que nesse estudo a medicina é entendida como uma profissão. Parte-se do pressuposto de que os médicos fazem parte da classe dominante na sociedade capitalista, mas a especificidade de sua prática em si não forma uma classe. A medicina assume a característica de uma profissão quando tem a sua autonomia legitimada, ou seja, ela tem o direito de controle da própria atuação. Ela conquista, com o passar do tempo, o direito exclusivo de determinar quem tem o poder de fazer seu trabalho e como ele deve ser feito. Eliot Freidson (2009, apud William J. Goode, 1960), destaca duas características centrais das profissões e cinco derivadas dessas características centrais que se referem à autonomia, quais sejam:

[Características centrais:] o treinamento prolongado e especializado de um corpo de conhecimentos abstratos [e um] serviço voltado para a coletividade. [Características derivadas das características centrais, que se referem à autonomia:](1) a profissão determina os próprios padrões de educação e treinamento; (2) a prática profissional é frequentemente reconhecida por alguma de credenciamento legal; (3) os

conselhos de licenciamento e admissão são compostos por membros da profissão; (4) a legislação que afeta uma profissão é majoritariamente elaborada por ela própria; (5) o profissional é relativamente livre da avaliação ou controle de leigos (2009, p. 99).

Os médicos buscam regular seus atos, por conta própria, como uma autorregulação profissional, através dos conselhos de ética e das sociedades médicas especializadas (os “conselhos de licenciamento e admissão” mencionados por Goode). A autoridade que os médicos exercem sobre as demais profissões e ocupações presentes nos serviços de saúde – técnicos, enfermeiros e demais subordinados na hierarquia médica – é essencialmente social.

Da mesma forma, quando dão instruções aos pacientes, estão exercendo também uma autoridade social. Entretanto, antes de dar recomendações os médicos devem definir e avaliar a situação de seus pacientes. Os pacientes consultam os médicos não só em busca de recomendações, mas principalmente para saber se estão doentes de fato, bem como para conhecer o significado dos sintomas que apresentam. Nesse caso, a autoridade cultural antecede a ação. A autoridade para interpretar sinais e sintomas, diagnosticar a saúde ou enfermidade e apresentar prognósticos, é a base de qualquer autoridade social que o médico pode fazer valer (STARR, 1991).

*[...] el tipo de autoridad que afirman tener las profesiones entraña no más la aptitud para prestar un servicio, sino también la capacidad para juzgar la experiencia y las necesidades de los clientes. La autoridad profesional puede definirse, en parte, por un tipo distintivo de condición de dependencia: la dependencia en la competencia superior del profesionista. En ocasiones, la dependencia surge también de las necesidades emocionales del cliente y de las funciones administrativas de las profesiones, creadas especialmente por el Estado benefactor (STARR, 1991, p.30).*

Além disso, concordo com Eliot Freidson quando este salienta que uma profissão consegue e mantém determinada posição “graças à proteção e ao patrocínio de algum segmento da elite da sociedade que foi persuadida da existência de um valor especial em seu trabalho”. Nesse sentido, a posição que a profissão médica alcançou é em grande parte, devido a uma influência política e econômica de uma elite que a patrocinou (2009, p. 94). Cabe

salientar também a relação de dependência estabelecida entre médico e paciente, que contribui para o fortalecimento da autonomia e autoridade da profissão na sociedade. Mais à frente será discutido como se construiu esse poder na sociedade capitalista.

### 1.1.1 O desenvolvimento da medicina moderna e as relações de poder estabelecidas na sociedade capitalista

A medicina moderna pode ser considerada como uma obra da razão: um complexo sistema de conhecimentos especializados, procedimentos técnicos e normas de conduta. Contudo, esses elementos não são puramente racionais, pois o conceito sobre enfermidade e as respostas dadas a ela, mostram-se inseparáveis de aspectos culturais particulares (STARR, 1991). As obras da razão, como a medicina, foram imprescindíveis para o desenvolvimento de teorias, que postas em prática, ajudaram a superar uma série de problemas. No entanto, com a questão da racionalidade, também se estabelece uma esfera de poder.

*[...] Aun cuando las obras de la razón nos han liberado de innumerables cargas de hambre y sufrimiento, lo cierto es que también han forjado una nueva esfera de poder. En esa esfera, algunos están por encima de otros en cuanto a conocimientos y autoridad y poseen el control de las inmensas instituciones que han surgido para administrar y financiar las formas racionalizadas del trabajo humano [...] La medicina moderna es una de esas obras extraordinarias de la razón (STARR, 1991, p. 17).*

A medicina nem sempre foi uma profissão de forte influência. Originalmente foi uma profissão tradicional fraca, que despertava a desconfiança das pessoas e que apresentava pouca importância econômica. Os curandeiros – que não possuíam formação acadêmica, mas experiência prática sobre a cura – eram os protagonistas em relação aos cuidados do corpo doente. Os médicos reivindicaram, por um período considerável, uma formação adequada para as práticas de cura e a conquista de seu monopólio sobre o saber das doenças do corpo, bem como suas possíveis curas (FREIDSON, 2009). A transformação da profissão se deu a partir do

desenvolvimento da ciência e pela possibilidade de responder às necessidades da sociedade.

*[...] La historia de la medicina es una epopeya del progreso, pero también un relato de conflictos sociales y económicos en relación con el surgimiento de nuevas jerarquías de poder y autoridad, nuevos mercados y nuevas condiciones de creencias y experiencias (STARR, 1991, p. 17).*

De acordo com Paul Starr (1991), o poder da profissão se origina primordialmente da dependência em relação a seus conhecimentos e sua competência. Em relação à medicina moderna, o que dá poder à profissão para gerar essa dependência é que suas interpretações regem com frequência nossa compreensão de mundo e nossas experiências de vida. A imposição do saber médico naturaliza-se na sociedade, sendo considerado como algo a ser seguido para se alcançar o bem-estar individual e da população. O poder da profissão também se traduz nas questões econômicas. No decorrer do tempo – como se verá mais à frente na presente dissertação –, a categoria médica conquistará a autoridade sobre a determinação de procedimentos clínicos, medicamentos, exames, tempo de internação num hospital, dentre outros aspectos. A autoridade sobre esses aspectos consequentemente, incentiva o crescimento e a manutenção do mercado em torno da saúde.

Eliot Freidson em seu estudo sobre a profissão médica, considera que a principal característica dessa profissão é a preeminência. Para o autor, o conhecimento médico sobre as doenças e seu tratamento é considerado autorizado e definitivo. O saber médico legitima-se mudando a definição e a forma com que os problemas são vividos e interpretados pelas pessoas leigas. “O problema do homem leigo é recriado e gerenciado – outra realidade social é criada pela profissão” (FREIDSON, 2009, p.15). A medicina adquire o monopólio sobre o direito de determinar o que é saúde e doença e os meios de tratá-la.

Contudo, cabe salientar que a profissão médica conquista esse poder na sociedade capitalista. Com a ascensão do modo de produção capitalista ocorre uma mudança do objeto de atuação do médico, “na qual os distintos objetos da prática médica na sociedade feudal terão suas concepções

redefinidas, e nesta redefinição, unificadas” (SCHRAIBER, 1989, p. 80). Com as modificações que ocorreram em seu objeto, a medicina utilizou de conhecimentos e técnicas que construiu antes do capitalismo para ser capaz de cumprir as novas funções que lhe coube. A correspondência entre o que coube a medicina realizar e o nível de desenvolvimento de seus saberes e técnicas não aconteceu de imediato, mas foi obtido através de uma determinada prática. A prática médica efetiva-se só com a rearticulação das relações estabelecidas entre seus agentes e os demais atores da sociedade (GONÇALVES, 1979).

[...] Não se trata, para os agentes da medicina, de ocupar uma posição tecnicamente definida na sociedade que já estivesse pronta à sua espera, "produzida" pela própria estrutura social, mas sim de produzirem uma posição para si mesmos na própria estrutura social através da forma como dispõem nela a sua prática (GONÇALVES, 1979, p.89).

No início da medicina moderna, esta, se organizava formalmente em corporações. “Universidades de médicos, grêmios de cirurgiões, sociedades de boticários ou sociedades combinadas eram baseadas na capital regional ou nacional” (PICKSTONE, 2001, p.309). Os médicos eram homens graduados que tinham a possibilidade de supervisionar médicos de menor grau de instrução e obter a confiança da aristocracia – sua prática era individualista. Cirurgiões alcançavam grande prestígio por sua prática de reparação de doenças debilitantes e feridas. A venda de remédios e prescrições ficava a cargo dos boticários ou farmacêuticos. O cuidado da maioria dos doentes era administrado em domicílio. Os países ocidentais apresentavam o mesmo padrão de serviço médico, contudo, havia diferenças na relativa relevância destinada às organizações corporativas (PICKSTONE, 2001).

Líderes culturais começaram a se tornar interessados pela filosofia natural e pelas reivindicações de exigências da sociedade baseadas em teorias científicas. Os médicos demonstravam que a medicina poderia se tornar tão exata quanto a física newtoniana. Eles cultivavam a química e a história natural e tentavam classificar as doenças, frequentemente relacionando-as com as condições locais. Os cirurgiões se dedicavam à anatomia [...] Alguns boticários se transformavam em fabricantes químicos (PICKSTONE, 2001, p. 309).

Em grande parte dos países ocidentais, as diversas corporações de profissionais se formaram a partir do crescimento dos mercados e a expansão da educação. Na Grã-Bretanha e nas colônias da América do Norte, por exemplo, a transformação da medicina se deu graças as iniciativas privadas – seja através do voluntarismo, do comércio ou de associações que existiam há séculos. Os hospitais eram construídos por associações voluntárias, com objetivo de proteger os indigentes que necessitavam de auxílio. A saúde pública na Grã-Bretanha também estava sob o comando de voluntários (PICKSTONE, 2001).

Contudo, com o crescimento acelerado das cidades – decorrente principalmente da industrialização –, os médicos britânicos passaram da prestação de um cuidado individual, no domicílio, para a prestação de um cuidado de massas – em hospitais, alojamentos em cidades industriais e nas zonas pobres de Londres. Nessas cidades “os médicos vivenciavam uma intensa competição, com a perda do tradicional ‘status’, e uma cultura empresarial na qual a medicina passou a ser vista como simples comércio” (PICKSTONE, 2001, p. 314). Cabe salientar uma das principais mudanças na prática médica, com a existência do modo de produção capitalista: de uma prática individualizada, o médico passou para uma prática destinada ao coletivo, realizada em hospitais e outros locais que não são o domicílio – consultórios, ambulatórios, etc. (FREIDSON, 2009; PICKSTONE, 2001, STARR, 1991).

As transformações da sociedade ocorridas pelas mudanças do modo de produção, são marcadas por uma crescente industrialização; pelo aumento da população urbana; pelas mudanças na estrutura das cidades e famílias; pela mudança de pensamentos e formas de se viver e trabalhar; pela desordem e insalubridade; pelo aparecimento de novas doenças geradas pelas precárias condições de higiene e por condições desumanas de trabalho. Especificamente no que diz respeito à força de trabalho e às condições de vida dos trabalhadores, é imprescindível destacar que a sociedade capitalista visa a acumulação de riquezas por meio da venda de mercadorias, que são feitas pelos trabalhadores nas indústrias e fábricas. Esses trabalhadores vendem sua força de trabalho para o capitalista – que detém os meios de

produção – como se fosse a única mercadoria que detém para negociar (PICKSTONE, 2001; MARX, 1982).

[...] O tempo em que o trabalhador trabalha é o tempo durante o qual o capitalista consome a força de trabalho que comprou. Se o trabalhador consome em seu proveito o tempo que tem disponível, furta o capitalista. O capitalista apoia-se na lei da troca de mercadorias. Como qualquer outro comprador procura extrair o maior proveito possível do valor-de-uso de sua mercadoria (MARX, 1982, p. 263).

Karl Marx desenvolve a sua pesquisa buscando a articulação entre os modos de produção capitalista e a constituição da sociedade burguesa. Nessa sociedade as relações sociais são permeadas e condicionadas pelo modo de produção da vida material, que no caso do capitalismo, se desenvolve por meio da exploração e da desigualdade – em que aqueles que detém os meios de produção (burguesia) tem o poder de comprar a única coisa que o trabalhador possui para vender: a sua força de trabalho para garantir a sua subsistência. Considerando o conceito de mais-valia – o excedente produzido pelo tempo de trabalho não pago aos trabalhadores, que é apropriado pelo capitalista<sup>3</sup> –, o tempo gasto para produzir determinada mercadoria é essencial para o capitalista.

Nessa direção, o trabalhador destina grande parte do seu tempo para a produção de mercadorias, deixando de ter tempo para cuidar de sua saúde, estudar, descansar, realizar atividades que lhe dão prazer. Esse excesso de trabalho gera uma série de consequências negativas para a saúde do proletariado, além disso, as condições de vida dessa classe são extremamente precárias. Na sociedade capitalista, na medida em que a riqueza aumenta, nas mãos de poucos, a miséria se generaliza para grande parte da população (MARX, 1982). A medicina se depara então, com essa nova realidade e com uma nova visão do corpo – agora como portador de força de trabalho, que precisa ser mantido para produzir, para vender sua

---

<sup>3</sup> O conceito de mais valia foi desenvolvido por Karl Marx em seu livro O capital: crítica da economia política, v.1, livro primeiro.

força de trabalho com o máximo de qualidade. Mas ao mesmo tempo, esse corpo é fonte de pesquisas e objeto do olhar clínico.

Dessa forma, a medicina moderna ocidental nasce na passagem do século XVIII para o século XIX com o desenvolvimento da racionalidade médica num contexto de transformações sociais que marcaram o surgimento de uma nova forma de sociedade. A medicina abre caminhos para o discurso da cientificidade, onde o olhar sobre o corpo não é mais redutor<sup>4</sup>, ele traz a possibilidade de construção de uma linguagem racional, onde o domínio sobre o corpo ganha novos contornos, o corpo se torna uma totalidade da experiência médica. Nesse contexto, o lugar de configuração da doença e o lugar de localização do mal no corpo só foram superpostos durante o século XIX com a anatomia patológica (FOUCAULT, 1977).

[...] Época que marca a soberania do olhar, visto que no mesmo campo perceptivo, seguindo as mesmas continuidades ou as mesmas falhas, a experiência lê, de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas; o mal se articula exatamente com o corpo e sua distribuição lógica se faz, desde o começo, por massas anatômicas. O golpe de vista precisa apenas exercer sobre a verdade, que ele descobre no lugar onde ela se encontra, um poder que de pleno direito ele detém (FOUCAULT, 1977, p. 1-2).

O século XIX é considerado o período em que mais se desenvolveu a ciência da medicina, com forte apoio do Estado e de Universidades para a sua promoção e expansão. “Pela primeira vez tornou-se essencial para qualquer médico ambicioso adquirir um treinamento científico” (PORTER, 2001, p. 173). Após 1800, há uma revolução da ciência médica, fruto do trabalho de professores franceses, cuja atuação foi possibilitada pelas oportunidades criadas pela Revolução Francesa para que os grandes hospitais públicos fossem usados como local de pesquisa (PORTER, 2001).

As práticas médicas nos hospitais de Paris, de certa forma, tinham como base uma medicina de massas, onde o público atendido era formado

---

<sup>4</sup>O olhar do médico era lançado ao lugar natural da doença- a família e o domicílio -, sua experiência era fundada em fenômenos naturais de todos os tipos de doenças e sua atuação era pautada no respeito ao curso natural da doença (FOUCAULT, 1977).

por indigentes. A prática médica nesses locais era planejada por professores do Estado em instituições em que o atendimento era realizado por estudantes que recebiam bolsas de estudos pelo governo. Os hospitais passaram a ser locais de aprendizado e prática para os médicos. Com isso, formou-se o ensino em medicina no ambiente hospitalar, considerado por escritores da época como uma saída universal para os percalços da formação médica e a principal reforma a ser realizada na profissão. Se reconhece nessa nova pedagogia, o poder de reorganizar todo o conhecimento médico e de estabelecer, no saber da doença, formas de experiência esquecidas ou desconhecidas, mas que foram fundamentais e decisivas (FOUCAULT, 1977; PICKSTONE,2001).

No entanto foi apenas em meados do século XVIII que os hospitais passaram a ser espaço de estudo da medicina. O hospital existe desde a Idade Média, mas nesse período, os hospitais da Europa não foram criados com o objetivo de curar. Na história dos cuidados no Ocidente, observaram-se dois aspectos fundamentalmente distintos: a medicina e o hospital. O hospital como instituição relevante para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nesse período, uma profissão que não pertence ao hospital. Antes do século XVIII, o hospital tinha como função a assistência aos pobres, sua existência servia para assistir, mas também separar e excluir essa parcela da população (FOUCAULT, 1998).

[...] O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. [...]. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer (FOUCAULT, 1998, p. 101-102).

As pessoas que atuavam nesses hospitais não estavam lá para realizar a cura do doente, mas para conseguir sua própria salvação, por meio da caridade. Os hospitais eram administrados por Igrejas ou instituições de caridade e cumpria "função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos

perigosos para a saúde geral da população" (FOUCAULT, 1998, p. 102). O local ideal para o cuidado do doente era em seu domicílio, ao lado de sua família e longe dos males que o hospital poderia causar. "O lugar natural da doença é o lugar natural da vida – a família" (FOUCAULT, 1977, p. 18).

Antes da Revolução, havia na França uma hierarquia de funções médicas bem estruturada. Após 1789, a Revolução acabou com as antigas faculdades e com as instituições financiadas pelo poder real. Criou também um sistema de corporação para a regulamentação da atuação dos médicos. Tais ações resultaram num "vácuo institucional", que permitiu que os pacientes tivessem a liberdade de escolher seus médicos, que estudantes escolhessem seus mestres, e que os cientistas pudessem se unir a quem escolhessem, sem qualquer financiamento ou controle do Estado. Tais medidas satisfizeram os interesses da maioria dos revolucionários radicais e da medicina – considerados ultraliberais (PICKSTONE, 2001).

Nesse contexto, os hospitais foram vistos como instituições que pregavam a doutrina religiosa e detinham poder oligárquico. Os fundos das fundações religiosas que administravam os hospitais foram confiscados pelos revolucionários. Além disso, a ideia dominante era de que, se deixados a cargo do Estado, os hospitais gerariam muitos gastos. Contudo, a indecisão política, as precárias condições de vida de grande parte da população, a corrupção e uma crescente inflação marcaram aquele período, o que gerou uma grande redução na qualidade de vida e dos serviços hospitalares destinados aos mais necessitados. "Napoleão reverteu em grande parte essa situação, com os hospitais sendo financiados por doações de devotos e administrados por ordens religiosas" (PORTER, 2001, p.216).

Por volta de 1793, diante de denúncias de curandeirismos não regulamentados e da necessidade de suprir o exército de cirurgiões para a guerra revolucionária, foram criadas novas escolas de medicina. Em 1802 foi criado um sistema nacional de licenciamento médico. A atuação na profissão foi restringida a médicos e cirurgiões graduados, mas essa ordem se estendeu também aos oficiais de saúde – profissionais que eram treinados de uma forma menos apurada, tendo sua atuação liberada apenas para o cuidado dos pobres. A educação e a licença médica passaram a ser questões

assumidas pelo Estado. A partir da Revolução, tanto a medicina, quanto o Estado se responsabilizam pela higiene (PICKSTONE, 2001).

[...] Os médicos, especialmente os professores de Paris, trabalham como conselheiros dos problemas de saúde pública; de fato, a identificação da medicina como o bem-estar público era um constante argumento contra os projetos “ultraliberais” de desregulamentação da prática médica (PICKSTONE, 2001, p. 312).

Não era mais possível se pensar numa sociedade sem hospitais, pois a miséria generalizou-se, os movimentos populares cresciam e eram temidos, além disso desconfiava-se do uso político que poderia ser realizado dos socorros distribuídos, para deixar nas mãos deles todo o sistema de assistência. Nesse mesmo contexto, as sociedades médicas reivindicavam a reelaboração da profissão médica, definida pelas competências e protegidas por leis e lutavam contra os ‘falsos médicos’ que não tinham uma formação adequada para atuar (FOUCAULT, 1977).

[...] É preciso encontrar, para a manutenção dos hospitais, como também para os privilégios da medicina, uma estrutura compatível com os princípios do liberalismo e a necessidade da proteção social, entendida de modo ambíguo como a proteção da pobreza pela riqueza e a proteção dos ricos contra os pobres (FOUCAULT, 1977, p.93).

De acordo com John Pickstone (2001), as questões descritas acima, que ocorreram após a revolução francesa, caracterizam uma revolução médica na França, que gerou como principal consequência internacional, a reordenação da maioria das casas de caridade de Paris. Tais casas que eram administradas pela Igreja, passaram a ser responsabilidade do Estado. Com isso, as enfermarias dos conventos foram subordinadas aos médicos, “os indigentes, então desprotegidos pelas instituições de caridade ou pela Igreja, passaram a ser objeto de estudo e de dissecação após a morte” (PICKSTONE, p. 313).

O pobre foi colocado na condição de experimento, "a história dos sofrimentos a que ele está reduzido é necessária a seus semelhantes porque lhes ensina quais males que os ameaçam"(FOUCAULT, 1977, p.96). Caso não aceitasse ser ‘objeto’ do olhar clínico, o pobre tornava-se um ingrato, pois não estava dando nada em troca dos cuidados prestados a ele. Quanto aos

ricos, a utilidade de ajudar os pobres hospitalizados tornava-se evidente: financiando o tratamento dos pobres, contribuíram para o melhor conhecimento das doenças, que também poderiam afetá-lo (FOUCAULT, 1977).

[...] Eis, portanto, os termos do contrato que realizam riqueza e pobreza na organização da experiência clínica. O hospital aí encontra, em regime de liberdade econômica, a possibilidade de interessar ao rico; a clínica constitui a inversão progressiva da outra parte contratante; ela é, por parte do pobre, o interesse pago pela capitalização hospitalar consentida pelo rico, e que é necessário compreender em seu excesso, desde que se trata de uma indenização que é do tipo do interesse objetivo para a ciência e do interesse vital do rico. O hospital torna-se rentável para a iniciativa privada a partir do momento em que o sofrimento que nele vem procurar alívio é transformado em espetáculo. Ajudar acaba por pagar, graças às virtudes do olhar clínico (FOUCAULT, 1977, p. 96).

A transformação dos hospitais e das práticas neles observadas ocorrem em um momento em que o hospital é considerado, no modo de produção capitalista, como o local adequado para a realização de novos procedimentos ligados à reorganização da prática do médico, que tem como objeto de seu trabalho, o corpo. “A redefinição do objeto de trabalho médico deve-se ao significado que o corpo adquire no modo de produção capitalista, no qual se dá uma nova valorização social ao corpo, por referência a outros modos de produção” (SCHRAIBER, 1989, p.67). A análise da medicina como prática social na sociedade capitalista tem como ponto de referência a reprodução das condições econômicas e político-ideológicas da produção. Sendo o corpo, objeto da medicina, e força de trabalho para o capital, umas das formas possíveis de participação da profissão no modo de produção capitalista está na reprodução da força de trabalho (DONNANGELO e PEREIRA, 1976).

[...] Dado porém, que esse objeto só se define no conjunto das relações sociais, ao exercer-se sobre o corpo, definindo os limites de sua capacidade física e normatizando as formas de sua utilização, a medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além de seus objetivos tecnicamente definidos (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p.34).

A medicina ganha espaço na sociedade capitalista pela importância que apresenta para a sua manutenção, e também por apresentar um poder que detém o saber clínico e científico sobre os corpos. Sua posição é garantida pelo valor que apresenta o seu trabalho, e conseqüentemente por uma influência política e econômica da classe que o financia e auxilia na legitimação da medicina na sociedade, tirando de cena, possíveis ameaças à sua autonomia. Na passagem do século XIX ao século XX, a medicina tem o controle sobre seu campo de ação e o direito de dirigir as atividades relacionados a esse campo. “A divisão do trabalho em torno de uma atividade fortemente profissionalizada de cura é ordenada politicamente pela profissão dominante” (FREIDSON, 2009, p. 68).

A conversão da autoridade médica em rendas elevadas, autonomia e outras situações de privilégio exigiu que a profissão tivesse controle tanto do mercado de seus serviços, como das várias organizações hierárquicas que conduzem a prática, as finanças e as políticas médicas. Para a consolidação do poder econômico da profissão foram necessários, tanto a monopolização da prática médica, quanto a formação de uma estrutura de hospitais, seguros e outras instituições privadas relacionadas com a prática médica. Além da definição de limites e meios apropriados de ações de saúde pública conduzidos por essa prática. *“El surgimiento de un mercado de servicios médicos estuvo inseparablemente ligado al surgimiento de la autoridad profesional”* (STARR, 1991, p. 37).

O Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos da América, foi decisivo para a redefinição do ensino médico nesse país e em diversos países do Ocidente, como o Brasil – a partir dos anos de 1950. O Relatório Flexner, além de causar o fechamento e a fusão de diversas escolas médicas, contribui para o predomínio das classes média-alta e alta na profissão médica, mudando a composição da classe social que fazia parte da medicina. Tal relatório foi financiado por grandes fundações privadas americanas, entre os anos de 1910 a 1930, que contribuíram para a expansão

da medicina científica e de um modelo de ensino direcionado ao mercado<sup>5</sup>. A pessoa humana passa a ser considerada como objeto de estudos, consumidora de tecnologias (CAMARGO, 2009).

A medicina científica ou o sistema médico do capital monopolista institucionaliza-se hegemonicamente por meio da ligação orgânica entre o capital, as universidades e a corporação médica. Evidentemente, este fato trouxe mudanças substantivas no conceito de "objeto" da prática médica e, como consequência, alterou-se a relação doente x médico (CAMARGO, 2009, p.2).

As transformações ocorridas na sociedade permitiram o avanço do mercado para os médicos e trouxeram novas oportunidades, como as especializações. No final do século XIX, observa-se progressivo aumento do número de especialistas. Tal aumento deveu-se tanto à demanda do público-alvo do atendimento, quanto aos recursos médicos disponíveis. “Aos especialistas, muito mais que aos clínicos gerais, adaptava-se o manto da ciência, uma poderosa atração para o público em geral, com implícita confiança nas maravilhas do progresso médico” (SHORTER, 2001, p.145).

[...] *La división del trabajo, como señaló Adam Smith en su descubrimiento clave en La riqueza de las naciones, varía de conformidad con la extensión del mercado. Conforme crecía el mercado médico, aumentaban las oportunidades y los incentivos para especializarse* (STARR, 1991, p. 99).

Nesse contexto, os hospitais passam a ser considerados também como locais privilegiados para a realização de procedimentos médicos especializados. Além disso, potencializa-se a dependência e a cooperação entre os médicos especialistas para o cuidado dos pacientes. Consequentemente, mesmo os médicos não sendo os donos do hospital, a política dessa instituição parece visar e adaptar-se às necessidades e aos desejos dos médicos, atendendo de certa forma, tanto às demandas dos pacientes e acatando aos imperativos da ordem econômica e às exigências do lucro (FREIDSON, 2009).

---

<sup>5</sup>No Brasil a Fundação Rockefeller agiu diretamente no ensino médico a partir dos anos de 1950, contribuindo para a redefinição desse ensino no país sobre influência norte-americana (BULCÃO, 2007).

O médico é o profissional que determina o tempo em que o paciente ficará internado ou realizando algum tratamento, as medicações e procedimentos a serem usados, os exames a serem realizados, os encaminhamentos a outros especialistas, dentre outros procedimentos. Além disso, o saber monopolizado pelo médico, tem o poder de determinar como as pessoas devem estar em sociedade de forma considerada “saudável”. Tanto a decisão dos procedimentos e condutas a serem adotadas, quanto a determinação de como se deve viver de forma “saudável” passam, em maior ou menor grau, pela lógica de mercado. O médico, enquanto detentor de um saber exclusivo, tem o poder de reprodução e manutenção dos modos de produção capitalista (STARR, 1991; FREIDSON, 2009).

*[...] La transición del hogar al mercado económico como institución dominante en la atención de los enfermos – es decir, la conversión de la atención a la salud en una mercancía – ha sido uno de los movimientos subyacentes más importantes en la transformación de la medicina. Simultáneamente, entrañó una mayor especialización del trabajo, una distancia emocional mayor entre el enfermo y los responsables de su atención, y un cambio de las mujeres a los hombres como figuras dominantes en la administración de la salud y la atención de la enfermedad (STARR, 1991, p. 37).*

A profissão médica transformou-se de acordo com as complexas mudanças que mexeram com a sociedade. Conseguindo apoio das classes dominantes, e indo de encontro com seus interesses, os médicos alcançaram papel de destaque. O poder que a profissão detém se configurou, principalmente, pelo fato de os médicos considerarem os interesses sociais mais amplos do que os da própria profissão. O avanço da ciência médica, por si só, não seria causador desse poder, caso os médicos não considerassem os interesses de classe presentes na sociedade (STARR, 1991).

Como mencionado anteriormente, com as mudanças ocorridas na sociedade capitalista, a profissão médica também se modificou. Houve, com o desenvolvimento do mercado, uma reorganização do processo de trabalho do médico. Maria Helena Machado (1997) discorre sobre o processo de institucionalização do trabalho médico que abarca questões como o assalariamento, atuação conjunta com outros médicos em empresas e/ou planos e seguros de saúde, cooperativas, grupos médicos, por exemplo. De

acordo com a autora “fenômenos como a burocratização, a segmentação, a rotinização e a padronização dos atos médicos são recorrentes” (MACHADO, 1997, p. 30).

A medicina de nossos tempos tem suas práticas desenvolvidas predominantemente em estruturas organizacionais, sejam elas de caráter privado ou público, particular ou coletivo. O envolvimento organizacional é um fato. A medicina se institucionalizou, perdendo assim, prerrogativas monopolistas até então de grande relevância no cotidiano da prática médica (MACHADO, 1997, p. 30).

Atualmente grande parte dos médicos não negociam diretamente com o paciente o valor de suas consultas ou procedimentos prestados, essas questões têm sido mediadas por empresas. Com a ampliação e consolidação do setor privado ligado às empresas médicas, os médicos que não se tornaram assalariados, têm suas atividades reguladas por empresas de seguros de saúde, por exemplo. Além disso, com o desenvolvimento tecnológico houve também o aumento do custo da medicina, o que provocou uma seletividade cada vez maior do acesso a essa profissão.

Contudo, mesmo com o processo de institucionalização descrito acima, o médico é participante do processo de acumulação do capital. Tendo como base a obra de Nicos Poulantzas (1975), compreende-se que o médico faz parte de frações da classe burguesa, sendo considerado um profissional autônomo que contribui indiretamente para a reprodução e manutenção da ordem capitalista. Mesmo após as modificações nas modalidades de atuação do médico<sup>6</sup>, esses profissionais continuam obtendo significativa influência sobre o mercado dos serviços de saúde, indústria de medicamentos, dentre outros aspectos. A classe à qual o médico faz parte contribui para a manutenção de seu poder na sociedade. Poder manifesto principalmente pelas diversas entidades médicas que exercem forte influência na vida das pessoas.

---

<sup>6</sup> Assalariamento, atuação conjunta com outros médicos em empresas e/ou planos e seguros de saúde, cooperativas, grupos médicos etc.

Diante do exposto nesse capítulo, conclui-se que a constituição do poder da profissão médica está diretamente relacionada aos seguintes aspectos:

- A capacidade de redefinição da prática médica diante da ascensão do modo de produção capitalista;
- A detenção de um saber hegemônico sobre a saúde e a doença;
- As relações estabelecidas entre os movimentos de médicos e o Estado, que possibilitou a legitimação da profissão, dando-lhe o direito exclusivo de definir as questões de saúde e doença;
- As transformações ocorridas na sociedade capitalista, que possibilitaram, por exemplo, o avanço tecnológico e científico;
- As relações estabelecidas entre os médicos e as classes dominantes presentes na sociedade capitalista, o que proporcionou a ascensão e legitimação social da profissão.

Entendo que o saber atribuído ao médico lhe confere o poder que detém na sociedade ocidental. No entanto, como se observou, esse saber é construído e socializado de acordo com a estrutura de determinada sociedade, particularmente suas estratificações e divisões de classe – assim como os cuidados médicos a serem oferecidos. Ao redefinir sua prática de acordo com as transformações ocorridas na sociedade e com os interesses das classes dominantes, os médicos alcançaram uma posição importante no modo de produção capitalista. Historicamente, as condições políticas, econômicas e sociais de grupos específicos determinam e condicionam as formas como a doença será tratada (ROSEN, 1980).

## **1.2 Histórico das relações entre a profissão médica e o Estado no Brasil**

No Brasil, até o final do século XIX, a profissão médica apresentava um caráter liberal, com autonomia técnica plena, dominância de muitos tipos de conhecimento sobre o corpo, e autonomia econômica para decidir o valor de

seus serviços. No início do século XX, tanto o mercado de trabalho, quanto o conhecimento a respeito da profissão, sofreram paulatinamente, fortes transformações. Observa-se nesse período, uma tendência à especialização do conhecimento e a tecnificação das ações no âmbito da medicina, que influem diretamente na prática dos médicos. Além disso, o Estado começou a apropriar-se do papel de gestor e promotor em vários setores da produção e de serviços, dentre eles, a saúde. Assim, em meados do século XX, a profissão médica passa a abarcar outras formas de atuação, que são diferentes daquelas até então predominantes do exercício liberal (PEREIRA NETO, 2001).

De acordo com Madel Therezinha Luz (2014), nas sociedades capitalistas, a responsabilidade sobre as condições de saúde dos assalariados é imputada ao Estado. Com o desenvolvimento da industrialização, a saúde dos trabalhadores passa a ser objeto de intervenção do Estado, na Europa desde o século XIX, e no Brasil desde a década de 1930. No Brasil, até a década de 1920, não se observou a ação do Estado em relação as políticas de saúde, houve apenas a preocupação com algumas enfermidades que se tornaram insustentáveis, principalmente aquelas que atingiram a capital federal – a febre amarela, por exemplo. Será apresentado nesse ponto o contexto de formação e desenvolvimento da assistência médica prestada a população por meio do Estado.

### 1.2.1 As políticas de assistência médica e previdenciárias até 1964

No ano de 1921, a Reforma Carlos Chagas (decreto de nº: 15.003 de 1921), oficializou e deu os primeiros passos para a organização de prioridades destinadas à atenção médica. Tornou-se possível a expansão dos serviços de atenção médica curativa. Em 1923, o Estado iniciou uma regulação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) com a Lei Elói Chaves, por meio das CAPs da categoria dos ferroviários. Nesse mesmo período, há a ampliação do poder de decisão e interferência do Estado nas questões de higiene da população com o Departamento Nacional de Saúde Pública

(DNSP). O DNSP focou a sua atuação em áreas do saneamento urbano e rural, de higiene industrial, de serviços de higiene materno-infantil e no combate às endemias rurais (LUZ, 2014). Estas mudanças “estão dentro do quadro de reformas das décadas de 20 e 30 que, ao ampliarem benefícios sociais, traziam conjugadamente a interferência coercitiva do Estado para implantá-las e executá-las” (LUZ, 2014, p. 74).

O estudo das relações entre a prática médica e o Estado pode-se iniciar pelo histórico das políticas previdenciárias. Tais políticas possibilitaram a intervenção estatal nas práticas médico-assistenciais, assim como a ampliação dessas práticas para uma determinada parcela da população. A formação e o desenvolvimento da Previdência Social no país assumem de um lado, a reivindicação pelos assalariados por direitos sociais, e de outro, mostra-se como parte de um processo de reformulação, pelo Estado, de condições necessárias à manutenção e aos desdobramentos da sociedade capitalista. Esse cenário pode ser explicado a partir da apreensão de determinados momentos históricos característicos da Revolução de 1930 (DONNANGELO, 1975; LUZ, 2014).

O movimento político que possibilitou a Revolução de 1930 era contrário ao poder exercido pelas oligarquias rurais. Teve como foco a renovação e a abertura dos quadros políticos, dominados autocraticamente por essas oligarquias. Além disso, para a compreensão do fortalecimento da Revolução, é preciso considerar o contexto de crises econômicas que eclodiram em 1929 (com a “Grande Crise do capitalismo”), que gerou o desemprego e a diminuição da capacidade de consumo da maior parte da população assalariada. O padrão econômico vigente até então, demonstrou sinais de esgotamento e suscitou a revolta da população. Diante desse cenário, ocorreu a adesão dos assalariados – que faziam parte das camadas mais empobrecidas – e da classe média – que também vinha perdendo espaço – ao movimento político de Revolução (DONNANGELO, 1975).

Dessa forma, consolidada a Revolução de 1930, colocaram-se duas questões fundamentais para o novo governo em que Getúlio Vargas estava à frente: modificações dentro do modo de produção capitalista – visando a industrialização – e a integração dos assalariados ao processo político. É

nesse contexto que é criada a política trabalhista – onde se enquadram a Previdência Social e a legislação que regulamentava as relações entre capital e trabalho. Tal política, representou um instrumento de alívio dos conflitos sociais e criou condições adequadas aos novos padrões da economia que estavam por vir, principalmente no que diz respeito ao controle de condições ligadas ao trabalho e ao trabalhador (DONNANGELO, 1975).

Da perspectiva do assalariado, ela equivale a uma resposta a reivindicações imediatamente referentes ao consumo de um mínimo de bens e serviços, mas, pela própria dinâmica das relações de classe, potencialmente relativas à negação do sistema. No que se refere ao Estado, significa, a curto e a longo prazo, uma política tendente a propiciar condições para a preservação e os desdobramentos da ordem capitalista (DONNANGELO, 1975, p. 11).

A Previdência Social tornou-se necessária para o controle das tensões sociais, agindo como instrumento de mediação do Estado nas relações entre as classes sociais. Do ponto de vista do trabalhador, representou a ampliação dos direitos sociais, na medida em que o sistema de seguro garantiu benefícios pecuniários (aposentadorias, pensões, dentre outros) em caso de incapacidade temporária ou definitiva para o trabalho, e garantiu também, o acesso a serviços sociais (assistência médica, reabilitação, assistência social). “Além disso, o sistema previdenciário passa a constituir uma via institucional capaz de absorver novas pressões por consumo, como se evidenciará com relação à assistência médica” (DONNANGELO, 1975, p. 14).

De acordo com Hésio Cordeiro (1984), a década de 1930 é palco das transformações das instituições previdenciárias. Estas, no âmbito das políticas trabalhistas, são marcadas por sua integração no aparelho do Estado, por meio da elaboração dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), mesmo coexistindo com as CAPs. “Os IAPs eram entidades públicas autônomas (autarquias), funcionando sob a supervisão do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), ao contrário das CAPs que eram organizadas como ‘sociedades civis’” (1984, p.22). A característica inovadora dos IAPs estava, tanto em sua relação direta com o Estado, quanto em seu objetivo de ampliar a população segurada – que tinham acesso aos Institutos de acordo com sua categoria profissional.

Em relação à assistência médica prestada nos IAPs, esta foi conduzida com características heterogêneas, pelos gestores dos variados Institutos, durante todo o período de estruturação e reformulações da Previdência (entre 1933 e 1945). Problemas referentes à destinação de financiamento para a assistência médica, levaram a uma normatização cada vez mais restritiva em relação a mesma. O privilegiamento dos benefícios pecuniários nas instituições previdenciárias colocou limites ao desenvolvimento da prestação de serviços médicos. Tais limites causaram o adiamento, e em alguns casos a exclusão da assistência médica da pauta dos direitos da população coberta pela Previdência (CODEIRO, 1984; DONNANGELO, 1975).

Os limites e condicionantes das transformações da prática médica podem ser entendidos pela vertente da intervenção estatal, dado o caráter restrito da Previdência Social (...) O aparelho previdenciário não unificado, múltiplo em seu formato e escopo, adotando o regime de capitalização, destinava seus recursos a investimentos nos ramos estrategicamente relevantes para o processo de acumulação, via industrialização e modernização tecnológica. Estes investimentos teriam retorno assegurado de forma a não comprometer a base técnica de cálculos atuariais para pagamento de benefícios (CORDEIRO, 1984, p. 30).

A interferência do Estado na assistência médica, por meio das instituições previdenciárias, sofre uma expansão com o passar dos anos. No processo de concretização dessa interferência duas questões seriam fundamentais. A primeira questão estaria relacionada com as pressões dos trabalhadores pela ampliação da assistência médica e com características institucionais próprias da Previdência Social – e não diretamente ligadas à assistência médica. Já a segunda questão, estaria relacionada ao fato de que, quando a intervenção estatal ocorreu, privilegiou o produtor privado de serviços de saúde. A assistência médica aos segurados e dependentes apresentava, nos primeiros anos da Previdência Social, um caráter secundário assim como os demais serviços sociais. Em contrapartida, os benefícios pecuniários eram considerados a principal finalidade da Previdência (DONNANGELO, 1975).

[...] O Estado não tratava de assumir o controle direto ou indireto desse setor de produção de serviços e nem mesmo de ampliar as possibilidades de consumo de assistência médica para além das necessidades mínimas de preservação do trabalhador (...) mesmo esta última dimensão de sua interferência estaria condicionada

não apenas a necessidades gerais de manutenção da força de trabalho em condições ideais de produtividade mas, principalmente, a questões referentes ao equilíbrio financeiro do sistema previdenciário (DONNANGELO, 1975, p. 27-28).

A assistência médica foi ampliada, num primeiro momento, para a solução de problemas referentes a dois tipos de benefícios pecuniários: o seguro-doença e o seguro invalidez. As condições precárias de saúde dos trabalhadores trouxeram uma série de problemas para a manutenção da continuidade e regularidade do trabalho, além de gerar custos para a Previdência Social, devido ao grande número de solicitações dos dois benefícios citados. Nesse sentido, tornou-se necessário o controle do médico para a concessão desses benefícios, determinação do tempo de incapacidade do trabalhador e recuperação do mesmo para a volta ao trabalho. Também se verificou a importância dos serviços médicos para a realização de ações preventivas, de modo a evitar o agravamento e/ou surgimento de determinadas doenças (DONNANGELO, 1975).

De 1945 a 1964, observou-se na história da Previdência Social, a crise do regime de capitalização e a extensão dos benefícios, “transferindo o objetivo restrito do ‘seguro social’ para o da ‘seguridade social’” (CORDEIRO, 1984, p. 31). Houve o crescimento dos debates em torno da Previdência Social, tendo a unificação do sistema como principal temática. Verificaram-se diversas tentativas de uniformização dos Institutos da Previdência Social, por meio de projetos legislativos e ações governamentais. No decorrer desse período, se observou o agravamento de problemas nos Institutos, devido, principalmente, ao aumento da demanda por atendimentos – especialmente de assistência médica – e à disparidade entre os serviços oferecidos pelos Institutos. Os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde disponibilizados pelos Institutos reivindicavam melhores condições de atendimentos (DONNANGELO, 1975; CORDEIRO, 1984).

[...] os custos progressivamente elevados desses serviços, associados às precárias condições de saúde de grande parcela dos assalariados e seus dependentes, à “modernização” dos padrões de consumo e à incapacidade de compra direta num mercado livre, intensificavam as pressões pela garantia de consumo [dos serviços de assistência médica] a partir da interferência estatal, ao mesmo tempo que transformavam a

Previdência Social na via institucional “adequada” para absorvê-las (DONNANGELO, 1975,p.22).

Na década de 1950, os debates em torno do projeto de uniformização do sistema previdenciário ganharam espaço no contexto político. Mas em relação aos serviços de assistência médica, não foram identificadas perspectivas de mudanças, visto que, em 1952, as regras de prestação desses serviços já estavam elaboradas de forma praticamente uniforme nos IAPs. As discussões em torno da assistência médica diziam respeito a uma forma de unificação dos serviços. Com promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS (Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960), já se previa a oferta desses serviços médicos por meio das comunidades de serviços<sup>7</sup>, “numa tentativa de uniformização de padrões e de atenuação das extremas diferenças verificadas entre as categorias de assalariados” (DONNANGELO, 1975, p.33). Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966) efetivaram-se as propostas de unificação dos IAPs, e os recursos dos Institutos foram concentrados numa única fonte de controle (DONNANGELO, 1975; CORDEIRO 1984).

Após o processo de unificação, adotaram-se ações de organização dos serviços médicos de acordo com a demanda existente. Dessa forma, introduziram-se medidas que visavam o aumento da produtividade, tais como a destinação de incentivos financeiros por produção aos médicos do INPS – tanto por atendimentos, quanto por procedimentos realizados em hospitais – e a utilização do convênio-empresa<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> [...] Organização unificada, em âmbito local ou regional, dos serviços médicos dos institutos, podendo um deles assumir a responsabilidade pela prestação de assistência a todos os beneficiários da Previdência (DONNANGELO, 1975, p. 33).

<sup>8</sup> Até então esses convênios eram usados por determinados Institutos, em casos excepcionais. O IAPI (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários) que iniciou a utilização dessa forma de assistência médica por convênio. Principalmente devido ao fato de o Instituto contar com um grande número de trabalhadores a serem atendidos e não dispor de uma rede de serviços próprios suficientes para abarcar a demanda desses trabalhadores. Além disso, o IAPI apresentava um forte compromisso com o setor privado, pois foi criado e

### 1.2.2 Desenvolvimento da assistência médica no período ditatorial

Entre os anos de 1964 e 1966, aconteceram relevantes ações normativas direcionadas à inclusão e ampliação dos convênios entre empresas e grupos médicos como modelos de assistência apoiados pela Previdência Social. Em 1960, com a LOPS, foi oficializada a possibilidade de as empresas atenderem seus trabalhadores e dependentes por meio de serviços médicos contratados ou próprios (CORDEIRO, 1984).

O período que se inaugura em 1964 e se consolida em 1966 com a criação do INPS generalizaria o privilegiamento da prestação de assistência médica por particulares, dando margem a que se esboçasse, mesmo dentro do aparelho previdenciário, pelo menos no auge da reestruturação autoritária, uma forma de “privatização” através da remuneração por ato médico prestado pelos médicos empregados nos serviços estatais (CORDEIRO, 1984, p.52).

O privilegiamento da oferta de assistência médica por particulares se configura numa priorização do produtor privado de serviços médicos<sup>9</sup> em detrimento de serviços públicos gerenciados pelo INPS. Essa priorização significa a ação do Estado por meio da compra de serviços, definindo uma política tendencialmente favorável ao desenvolvimento e preservação do setor privado. Mesmo estabelecendo um controle dos preços a serem pagos pelos serviços prestados, o Estado exime-se da responsabilidade de produtor direto dos serviços de assistência médica (DONNANGELO, 1975).

Embora os limites desse privilegiamento estejam contidos na necessidade de conciliá-lo com a garantia de acesso dos assalariados ao consumo de serviços, ele torna as decisões políticas menos permeáveis às tentativas racionalizadoras e faz convergir para o Estado pressões crescentes, no sentido de ampliar a esfera da atuação privada (DONNANGELO, 1975, p.44).

Tanto a contratação de médicos pela Previdência Social, quanto o privilegiamento do setor privado para a prestação de serviços de assistência

---

estruturado com o intuito de controlar e manter a força de trabalho imprescindível para o desenvolvimento industrial e para o progresso do capitalismo (CORDEIRO, 1984).

<sup>9</sup> Credenciamento de hospitais particulares e filantrópicos, contratação de convênios com empresas de planos de saúde, financiamento de serviços médicos privados por produção, etc.

médica, trouxe à tona as discussões a respeito das mudanças da prática do médico. Já anteriormente ao período de 1964 e 1966, a Associação Médica Brasileira (AMB) estava presente nos debates a respeito da assistência médica na Previdência Social. No início dos anos de 1963, a AMB adotou posição contrária à ampla interferência estatal na assistência médica. Seus argumentos repousam no direito de livre-escolha do médico pelo paciente (LUZ, 2014). Com a LOPS, foi garantido o direito de livre escolha e participação do assegurado no custeio dos serviços. Essas medidas contemplavam as reivindicações da AMB. Contudo, até os anos de 1966-1967, em que ocorreu a implantação do INPS, os serviços de saúde privados – setor lucrativo – não apresentaram grande participação (DONNANGELO, 1975).

No contexto do regime ditatorial – iniciado em 1964 – o INPS é instaurado “como parte do processo de modernização do aparelho do Estado inspirado na tecnocracia e na exclusão dos canais de expressão política das classes assalariadas” (CORDEIRO, 1984, p. 59). As mudanças institucionais, indispensáveis para a modernização do aparelho do Estado, possibilitaram a construção de mecanismos que viabilizaram a volta do desenvolvimento capitalista no Brasil. “Tais alterações representaram uma tendência crescente de centralização e concentração de poder, dos processos decisórios e de intervenção econômica” (CORDEIRO, 1984, p. 64). A lógica do planejamento autoritário permeou todas as ações institucionais. A nova ordem política buscou assegurar o fortalecimento do poder executivo, sendo contrário às chamadas “políticas populistas distributivas”, ao “regionalismo dispersivo” e ao “personalismo político” (CORDEIRO, 1984, p.65).

Com a implantação de medidas de contenção econômica e política da classe operária e de outras esferas assalariadas, se fez necessário uma redefinição das políticas sociais. Isso ocorreu por meio da instituição do salário indireto, instaurando-se um conjunto de ações da política social. No âmbito dessas ações, a criação do INPS possibilitou a existência de medidas ‘racionalizadoras’, que excluíram a influência dos sindicatos e criaram novas bases técnicas para a política médico-assistencial. A nova política médico-assistencial nasceu das articulações entre segmentos da burocracia

previdenciária e os setores médico-empresariais. O INPS oficializou a possibilidade de contratação do convênio-empresa.

[...] sustentando legalmente as relações entre Estado e empresas médicas e oferecendo uma alternativa para o atendimento de uma parcela da força de trabalho estrategicamente importante para assegurar a retomada do desenvolvimento capitalista. Assim, grupos médicos que emergiram como resultado de investimentos de médicos autônomos e que lograram êxitos na implantação do modelo assistencial da medicina de grupo obtiveram legitimidade e sustentação política e financeira por parte da Previdência Social (CORDEIRO, 1984, p. 59).

Dessa forma, instaurou-se no plano legal e normativo, os interesses dos grupos privatizantes da 'burocracia previdenciária', dos médicos empresários e dos capitalistas dos setores da produção e de serviços. "A partir daí, estavam dadas as condições legais e institucionais para o incentivo à expansão das empresas médicas" (CORDEIRO, 1984, p. 60). Tais questões foram imprescindíveis para a ascensão de novos meios de atuação no campo da medicina, como o surgimento de grupos médicos e cooperativas que firmavam convênios com empresas.

Dos aspectos que foram importantes para a mudança da prática médica no Brasil, principalmente nas áreas urbano-industriais – Estado de São Paulo e da Guanabara –, cabe destacar o processo de desenvolvimento técnico-científico na área da saúde, onde a especialização e a formação do trabalho em grupo influem diretamente na oferta de serviços – mais privados do que públicos – para a Previdência Social. Tanto a especialização, como o trabalho médico em grupo são considerados como inerentes à organização dos serviços de saúde nas sociedades em que houve a criação ou adesão de conhecimentos e técnicas médicas aperfeiçoadas (DONNANGELO, 1975).

Com o incentivo dos setores empresariais da indústria e de serviços, e com a incorporação à política médico-assistencial do INPS, os poucos grupos médicos se reestruturaram e apresentaram crescimento significativo, principalmente nos grandes centros urbano-industriais. Contudo, os grupos médicos não eram os únicos serviços a serem incorporados pela Previdência Social. O credenciamento de clínicas, de laboratórios clínicos, de médicos e de contratos com o ramo hospitalar continuaram se expandindo. Além disso, o convênio com grupos médicos foi duramente criticado por associações

médicas, principalmente a AMB, e por determinados sindicatos. Para essas entidades, os grupos médicos mercantilizavam a medicina e cometiam infrações ao código de ética médica (CORDEIRO, 1984).

Diante da posição contrária aos grupos médicos, teve início em 1968, um movimento – liderado pela AMB e por determinados sindicatos médicos – que era considerado o oposto da medicina de grupo. Tal movimento, iniciado na cidade de Santos, criou as cooperativas médicas, as UNIMEDs – primeiras cooperativas de trabalho médico do Brasil. Essas cooperativas foram uma reação às ameaças que os grupos médicos traziam de “mercantilização da medicina” e de “proletarização do médico”. As UNIMEDs seriam uma alternativa ao grupo médico por sua característica cooperativista e por não ser uma organização capitalista (CORDEIRO, 1984, p.70-71).

Progressivamente, esta modalidade concebida por oposição à medicina de grupo evoluiria para a adoção dos convênios-empresa, gerindo e repassando recursos de forma semelhante às empresas médicas. Portanto, pretendendo colocar-se à margem da “medicina capitalista”, ainda assim, passava a integrar o complexo médico-empresarial e previdenciário (CORDEIRO, 1984, p. 71).

Entre os anos de 1968 e 1970, foram estabelecidas normas com o intuito de retirar os entraves à expansão dos convênios e à iniciativa privada. Foram publicadas portarias que regulamentaram – por meio de convênios firmados com o INPS – o atendimento médico ambulatorial e hospitalar, os serviços complementares de diagnóstico e de terapia, bem como a prestação ampla de assistência médica aos acidentes de trabalho. Especialmente na região de São Paulo, houve forte pressão por parte de firmas para que essas medidas fossem instituídas. Essas pressões tinham como interesse homologar convênios já existentes ou que viessem a ser estabelecidos com grupos médicos. Observa-se, a afirmação das “intenções de transferência das responsabilidades médico-assistenciais do INPS, particularmente na área da Grande São Paulo, consolidando uma política iniciada pelo antigo IAPI em 1964” (CORDEIRO, 1984, p. 73).

No período referente aos anos de 1970 a 1974, se observa a priorização do desenvolvimento de serviços próprios da Previdência Social e a retração dos convênios e contratos com o setor privado. Os sindicatos

passaram a ter prioridade em relação à política de convênios para a oferta de serviços médicos assistenciais e houve a extensão de serviços de saúde próprios. Em 1972, verifica-se a iniciativa de reformulação da política de convênios que gerou a reversão das prioridades para os serviços estatais e sindicatos. Sendo instituída a prioridade dos órgãos próprios da Previdência Social e sindicatos. Contudo, essa tentativa de priorização dos serviços públicos teve pouca duração, sendo interrompida com a reformulação da LOPS (Lei nº 5.890 de 1972), que eliminou a representação sindical e ampliou os convênios com empresas, concedendo a estas a responsabilidade de atendimento médico-assistencial a seus empregados. Criaram-se, dessa forma, mecanismos de aceleração da política de privatização da assistência médica (CORDEIRO, 1984).

O governo de Ernesto Geisel (1974-1979) se inicia num contexto marcado pela denominada “crise do milagre econômico”, ligadas a vitórias da oposição no âmbito eleitoral, e pela piora das condições de saúde da população, principalmente devido ao advento de epidemias graves, como a de meningite.

A explosão da doença simbólica e sinistramente ilustrada nos acontecimentos de 73/74 durante a epidemia de meningite, nos remete a uma outra situação de crise da saúde, 61-62, fruto de seis anos de um processo de desenvolvimento inflacionário, centrado exclusivamente na industrialização da economia (LUZ, 2014, p. 186-187).

Como meios de enfrentamento à situação econômico-social que se formou, o governo Geisel criou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), enfatizando o fortalecimento da área de recursos humanos e destacando a necessidade de uma “política redistributiva intensa”, incluindo as políticas sociais. Nesse contexto, foram criados o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e foi promulgada a Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Na área da assistência médica, se destaca a elaboração do Plano de Pronta Ação (PPA) no ano de 1974 (LUZ, 2014; CORDEIRO, 1984).

[...] O PPA se traduziu por um conjunto de normas e rotinas de funcionamento estabelecendo as atribuições de cada setor na

prestação da assistência médica, além de adotar explicitamente a estratégia da contratação de serviços, credenciamentos e convênios de prestação de assistência médica (CORDEIRO, 1984, p.80).

O PPA possibilitou que a assistência médica, curativa e individualizada, se tornasse uma “prática universal e verdadeiramente hegemônica”. O referido plano garantiu o acesso de qualquer pessoa – independentemente de ser segurado da previdência ou não –, ao atendimento médico em caso de emergência. O INPS ficou responsável pela cobertura dos gastos dos atendimentos, tendo como base de pagamento uma tabela de remuneração por ato médico. O PPA estimulou, portanto, “o desenvolvimento do complexo médico-empresarial, transferindo recursos ao setor hospitalar, à medicina de grupo, às cooperativas médicas e a médicos autônomos credenciados” (CORDEIRO, 1984, p. 81).

[...] Este crescimento deveu-se apenas em parte à legitimação e retribuição financeira da Previdência Social, decorrendo também de incentivos fiscais (todos os gastos das empresas com assistência médica passaram a ser deduzidos do Imposto de Renda) e de resultados positivos que esta modalidade assistencial apresentava para o empregador em termos de redução do absenteísmo, imagem social da empresa etc. Na perspectiva dos assalariados, a assistência médica prestada pelos convênios parecia atender à insatisfação face ao estrangulamento da demanda nos serviços próprios do INPS, bem como pela maior facilidade de hospitalizações [...] (CORDEIRO, 1984,p.83).

Contudo, com as modificações no âmbito da Previdência Social, principalmente com a ampliação dos atendimentos médicos de urgência a toda a população, as despesas do INPS aumentaram significativamente. Dessa forma, como assinala Hésio Cordeiro, ao provocar transformações capitalistas da prática médica, a Previdência Social afetava negativamente a almejada racionalidade administrativa “com a lógica do empreendimento capitalista do setor e com a multiplicidade de formas de subordinação, que, desenvolvendo-se em ritmos e intensidades distintas, criaram um aparente caos na assistência médica” (CORDEIRO, 1984, p. 86).

Os anos de 1979 são marcados pelo contexto de forte crise econômica e pelo processo de abertura política do país. Com a mudança do governo—assume a presidência da República João Baptista de Oliveira Figueiredo –, verifica-se, no âmbito da Previdência Social, a substituição de todos os

técnicos que ocupavam cargos de direção, retirando-se ao mesmo tempo, setores da burocracia que apoiavam direcionamentos políticos, privatizantes e estatizantes. O novo quadro dirigente passou a ser formado sobre forte influência da AMB e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) (CORDEIRO, 1984).

O referido acontecimento favoreceu os segmentos médico-hospitalares, de atuação autônoma e as cooperativas médicas, mas não representou a eliminação da concorrência com os grupos médicos e nem a opção por uma única ideologia política médico-assistencial, que ia de acordo com os posicionamentos da AMB. Diante da multiplicidade de interesses envolvidos nesse meio, tornou-se difícil o favorecimento de um posicionamento único (CORDEIRO, 1984).

Nesse período entram em cena as empresas multinacionais que atuam no campo da assistência médica. A entrada dessas empresas no país foi duramente criticada pela Federação Nacional dos Médicos (FENAM), pela AMB, pelo sindicato dos médicos e pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). Porém essas críticas não impediram o “movimento de internacionalização do complexo médico-empresarial” do Brasil, que progrediu graças aos interesses de companhias de seguro privado dos Estados Unidos da América que investiram nesse setor, dando margem a entrada do capital financeiro no campo da assistência médica (CORDEIRO, 1984).

Os grupos médicos que não dispunham de forte base técnica e financeira ficaram mais vulneráveis diante desse desenvolvimento. Restando a eles a articulação com setores financeiros advindos da internacionalização. Criaram-se as condições para uma crise no setor médico-empresarial brasileiro. Diante disso, cobrou-se do Estado uma intervenção direcionada ao maior financiamento desses grupos, para que os mesmos não necessitassem se vincular ao processo de internacionalização. Foi cobrado ao Estado o papel

de sustentar o complexo médico-empresarial, por meio de seus órgãos financeiros<sup>10</sup> (CORDEIRO, 1984).

No contexto dessa crise, e em meio ao aprofundamento das desigualdades sociais e piora das condições de saúde da população, o Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, propõem o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE – “com o objetivo de estender a cobertura de cuidados primários de saúde a, pelo menos, 90% da população brasileira, articulando um sistema constituído pelo setor estatal em seus diversos níveis” (CORDEIRO, 1984, p.90). Contudo, tal projeto foi recusado pelo INAMPS por se tratar de um “projeto estatizante” que buscava enfraquecer a iniciativa privada. As entidades médicas em cena – AMB, FBH e a ABRAMGE – se posicionam também contrários ao PREV-SAÚDE pelos mesmos motivos. Em 1980, foi elaborada uma nova proposta pelos atores que compunham o complexo médico-empresarial, onde os interesses do setor privado estariam garantidos. No entanto, o INAMPS não se manifestou em relação a esse projeto alternativo, se isentando assim, de possíveis conflitos (CORDEIRO, 1984).

Durante o período ditatorial a saúde passou a ser considerada como um “bem de consumo médico”. A dicotomia entre Saúde Pública (responsável por ações campanhistas) e atenção médica (concentrada no INPS), já existente em períodos anteriores, se aprofundou. Sendo predominante a intervenção governamental direcionada às ações do INPS e ao setor privado de prestação de serviços médicos assistenciais. Dentre os efeitos e consequências institucionais e sociais dessa política, Madel Therezinha Luz, destaca:

[...] A progressiva predominância de um sistema de atenção médica “de massa” (no sentido de “massificado”) [...] o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou cura de sua clientela [...] o desenvolvimento de um ensino médico

---

<sup>10</sup> O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977 e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em 1974.

desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares [...] a consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1991, p. 82).

No período de 1974 a 1975, quando se verifica o fim do “milagre econômico” e se instaura uma crise econômica e social no país, emergiram movimentos contrários a “política de saúde da ditadura”. As verbas destinadas à saúde pública diminuíram cada vez mais e a atenção médica, financiada pela Previdência Social dava sinais de falência. “A imagem da medicina como solução miraculosa para as más condições de vida começou a ser socialmente percebida como miragem, a ser publicamente denunciada e desmascarada” (LUZ, 1991, p. 82).

Diante desse contexto, se fortaleceram os movimentos contrários às políticas sociais do regime ditatorial, principalmente em relação às políticas de saúde. A saúde, tal como se apresentava até então, passou a ser questionada, inclusive por movimentos sociais comunitários. Tais movimentos – formados por associações de moradores de bairros e favelas, sindicatos, igrejas, movimento das mulheres e alguns partidos políticos – denunciavam a situação desordenada da política de saúde pública e dos serviços prestados por meio da Previdência Social. Já no período de abertura política, a questão da saúde era temática predominante no meio político e social (LUZ, 1991).

A partir de 1983, a sociedade civil organizada desceu às ruas para pedir, junto com um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto também como dever do Estado. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania (LUZ, 1991, p. 84).

### 1.2.3 Abertura política e promulgação do SUS

A ideia da reforma do setor saúde começa a se formar em meados da década de 1970 e se estrutura durante a luta pela redemocratização. O movimento da Reforma Sanitária brasileira defendia a saúde como uma

questão social e política a ser tratada no espaço público. A ideia de saúde como uma questão exclusivamente biológica foi superada por uma concepção ampla que passa a considerar os contextos político, socioeconômico e cultural da vida das pessoas (PAIM et al, 2011).

Em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aprova o conceito de saúde como um direito do cidadão e delinea os fundamentos que mais tarde vem a compor o SUS. Nos anos de 1988, o movimento da Reforma Sanitária garantiu a aprovação dos ideais da Reforma na Assembleia Nacional Constituinte.

Apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado. A Constituição de 1988 foi proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíram, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado" (PAIM et al, 2011, p.18).

O período de transição do regime ditatorial para a formação de um Estado de direito – iniciado a partir dos anos de 1982 – não se deu sem conflitos entre as forças políticas. Importa destacar nesse estudo o confronto de interesses econômicos, políticos e sociais presentes na área da saúde. Dentre eles, os conflitos de interesses entre uma “burguesia da saúde” e a massa de trabalhadores urbanos e rurais – além de seus dependentes e uma parcela da classe média, impossibilitada de arcar com custos médicos, cada vez mais caros (LUZ, 1991).

A “burguesia da saúde” pode ser caracterizada, quanto à sua composição, por proprietários de empresas, grandes hospitais e clínicas médicas privadas; grupos ligados aos serviços médicos destinados às empresas; empresas multinacionais de produtos farmacêuticos; e, finalmente, grandes médicos liberais, defensores de uma ideologia privatista (LUZ, 1991, p. 85).

Nos anos de 1980, a figura do empresário da saúde como um personagem político que defende publicamente seus interesses entra em cena. Esse ator – que compõe a “burguesia da saúde” – busca parcerias para a manutenção do setor privado na saúde. E assim o faz por meio da formação de *lobbies* nas entidades de formação acadêmica, nos serviços públicos, no

Congresso e nas assembleias legislativas, nos ministérios da Previdência Social e da Saúde. A ideia, agora predominante, de que o Estado deveria ser o coordenador e gestor das ações de saúde, deparou-se com o obstáculo do movimento de atenção médica privada – fortalecido durante os anos de 1970. Contudo, caminhou-se para a contenção dos gastos públicos com o setor privado, dando-se prioridade para a criação de programas e serviços públicos próprios do Estado (LUZ, 1991).

[...] O governo da Nova República favoreceu a descentralização dos serviços em níveis municipal e distrital, por meio de programas pilotos, e procurou institucionalizar a participação popular nos mesmos serviços, ratificando uma tendência que já vinha do início dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) (LUZ, 1991, p. 87).

O movimento da Reforma Sanitária criou as bases para uma nova percepção a respeito da saúde. Tal movimento lutou pela instituição da saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado. A saúde é vista por esse movimento como “efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa – participativa – do exercício de direitos de cidadania.” Esse novo conceito de saúde contrapõe-se à ideia predominante até então, onde a saúde era vista apenas como um fator biológico (LUZ, 1991, p. 88).

Os propósitos do movimento da Reforma Sanitária foram instituídos, em grande parte, na Constituição da República de 1988 e formaram as bases para a constituição SUS, promulgado em 1990. O SUS foi instituído por meio do processo de unificação dos serviços de saúde. Tal unificação objetivou acabar com a dicotomia entre a atenção médica previdenciária e as ações de Saúde Pública. Além da elaboração de um modelo integrado de medicina preventiva e cuidados médicos individuais. Devido ao conflito de interesses econômicos em torno dos serviços médicos prestados pela Previdência Social através do setor privado, o processo de unificação enfrentou obstáculos para se concretizar. Contudo, o contexto de abertura política e de luta por direitos sociais favoreceu a criação a concretização desse processo (LUZ, 1991). De acordo com Ana Luiza D’Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz (2005), o SUS significou a introdução de mudanças substantivas na forma de operação do sistema de saúde.

Esse novo modelo, inscrito na própria Constituição brasileira de 1988 definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos (VIANA E DAL POZ, 2005, p. 226).

Outro fator importante para a compreensão dos embates presentes no âmbito do SUS é o avanço da ideologia neoliberal no Brasil. Ao mesmo tempo em que se desenvolveu o SUS, foram admitidas políticas de ajuste fiscal, pautadas na lógica neoliberal. As políticas neoliberais apresentam como característica central a desregulamentação da economia para o fortalecimento do mercado, por meio da livre circulação de capitais. Dentre os aspectos que essas políticas apresentam, cabe destacar: a privatização de corporações estatais, a abertura do país para o mercado internacional, a flexibilização e precarização das relações de trabalho, a racionalização dos custos com políticas sociais e o incentivo ao desenvolvimento de empresas privadas, inclusive nas esferas do Estado. Observa-se dessa forma, um contexto contraditório para implementação do SUS e demais políticas sociais no país (CAMPOS, 2007; SADER, 2010).

Como relatado anteriormente, as entidades médicas sempre estiveram presentes nos debates sobre as políticas de saúde no Brasil, principalmente após o Estado ter disponibilizado recursos para o progresso da “burguesia da saúde”. No período de elaboração do SUS, os movimentos médicos contrários a esse sistema, ficaram em segundo plano. Mas encontraram formas de se beneficiar com o SUS, conquistando espaço importante na legislação brasileira. Além disso, o Estado não interviu de forma a transformar a prática médica para a atuação de acordo com as políticas do SUS. (CECCIM & PINTO, 2007; RODRIGUES et al,2013). No próximo ponto, serão apresentadas algumas questões sobre o mercado de trabalho do médico para melhor compreensão do estudo.

### 1.3 O mercado de trabalho do médico no Brasil

Sobre o mercado de trabalho para o médico no SUS e no setor privado, Romulo Maciel Filho e Maria Alice Fernandes Branco destacam que:

[...] Os dois principais fatores institucionais que o determinam são o sistema de ensino – que forma e cria a oferta de profissionais – e o modelo de atenção à saúde – que atua decisivamente sobre a demanda e a composição dessa força de trabalho. Tanto a estrutura quanto o volume de oferta são regulados pelas potencialidades do sistema formador, sendo pressionados por demandas sociais, demográficas, político-ideológicas e pelas necessidades da estrutura produtiva. O volume e a estrutura da demanda, por sua vez, refletem as formas concretas de organização da assistência à saúde, como resultado do direcionamento que as políticas sociais assumem em cada conjuntura histórica, sendo também afetados pelas mudanças tecnológicas e do processo de trabalho em saúde (2008, p.13).

Os autores salientam ainda que “a regulação entre oferta e demanda pode se dar por meio da relação direta de compra e venda da força de trabalho no mercado ou pela mediação estatal”. Sendo a intervenção estatal efetivada por meio das políticas de saúde estabelecidas, que poderão “estimular a produção e o consumo dos serviços de saúde segundo a lógica de mercado ou mediante a lógica do bem-estar social” (MACIEL FILHO e BRANCO, 2008, p.13).

Como observado no tópico anterior, o SUS não se desenvolveu sem embates. Projetos formados por médicos que apoiavam a prática liberal – com a participação do setor privado sendo financiado pelo Estado – estão presentes no sistema público de saúde de diversas formas. No SUS a concessão à corporação médica e a outros interesses privados se deu por meio da manutenção de compra de serviços hospitalares e especializados mediante convênios, ao setor privado. Os hospitais privados e filantrópicos não foram estatizados (CAMPOS, 2007). Além disso, a “burguesia da saúde” garantiu seu lugar na legislação brasileira como saúde suplementar, da qual

fazem parte os planos e seguros de saúde, que formam um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo<sup>11</sup>.

Este modo de produzir cuidado em saúde também permitiu a reprodução de uma categoria médica com múltiplas inserções de trabalho, em que o assalariamento se mescla com formas intermediárias de autonomia profissional (CAMPOS, 2007, p. 1870).

É possível observar que a Previdência Social possibilitou a redefinição do papel do médico e da produção e prestação de serviços de saúde. A ação do Estado foi então responsável pelo desenvolvimento da profissão médica e também pelo seu fortalecimento e transformações, apesar das discussões em torno do assalariamento do médico e da consequente perda de sua autonomia –“tradicionalmente representada pelo controle individual sobre os principais elementos da produção nesse ramo: a clientela, os instrumentos de trabalho, o preço do trabalho” (DONNANGELO, 1975, p. 48). Vimos que as principais entidades médicas influenciaram diretamente a formação de políticas de fortalecimento do setor privado, em grande parte financiado pelo Estado, por meio da Previdência Social.

As discussões em torno da interferência do Estado no campo da assistência médica – seja por meio de contratação direta pela Previdência Social ou através da contratação de serviços privados –, traz a questão da propriedade e do controle dos meios de produção para a profissão médica. Contudo, a profissão médica não perdeu o seu poder, este se manifesta em práticas redefinidas de acordo com o desenvolvimento urbano-industrial e com os avanços técnico-científicos na área da saúde – que levaram à criação das especialidades médicas.

A questão da especialização deslocou os critérios de valor para os médicos especialistas para a habilidade técnica, o hospital e seus equipamentos, para a empresa médica e para os grupos de médicos. Observou-se que a técnica própria da profissão foi readaptada,

---

<sup>11</sup> De acordo com informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>).

"empreendendo ações com maior utilização dos recursos diagnósticos, utilização dos medicamentos industrializados, hospitalização, recurso a especialistas e outros serviços técnicos" (BULCÃO et al, 2007, p. 474). Mesmo com a questão do assalariamento, acredito que a profissão médica não deixou de apresentar características da atuação liberal.

Atualmente pode-se notar que um profissional médico trabalha em diversos serviços – serviços ambulatoriais privados e públicos, consultório particular, hospitais, empresas de planos de saúde, etc.<sup>12</sup> Sendo assim, compreendo que a profissão médica no Brasil não excluiu a prática liberal das possibilidades de sua atuação.

[...] as características da profissão médica, seu dinamismo de mercado e a expansão do sistema público como fonte demandante de profissionais de saúde podem ser analisadas a partir da sua distribuição em termos nacionais. A lógica intrínseca da política pública é o seu caráter redistributivo. Neste sentido, é esperada uma convergência entre a expansão dos mercados de saúde e a expansão do financiamento público setorial. No entanto, no caso brasileiro, há um forte descasamento entre os objetivos da política de saúde expressa pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os mercados médicos. A indução do setor público por uma distribuição mais equitativa destes profissionais conflita com as tendências de mercado em prol da concentração destes profissionais em áreas mais desenvolvidas do país e dentro das próprias regiões (MOREIRA et al, 2013, p. 140).

Com a reorganização e priorização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil passou-se a priorizar as discussões em torno de iniciativas de atração desses profissionais para atuarem em regiões mais carentes e do interior do Brasil – aonde há ausência de médicos. Passou-se a se debater também a formação de profissionais – principalmente de médicos –, voltada a essa área de atuação. Houve a consciência da necessidade de profissionais capacitados para trabalharem na APS. O PMM pode ser considerado uma das iniciativas mais importantes de regulação da profissão médica tomada pelo Estado brasileiro. Antes de apresentar o PMM e suas características,

---

<sup>12</sup>Sobre esse assunto consultar: SCHEFFER, Mario. et al. Demografia médica no Brasil 2015.

Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 p. ISBN: 978-85-89656-22-1.

considera-se imprescindível discorrer algumas considerações sobre a APS no Brasil.

#### 1.4 A Reorganização da Atenção Primária no Brasil

No Brasil, com a regulamentação do SUS, nos anos de 1990, a APS passa a distanciar-se da ideia de uma abordagem seletiva que havia na América Latina nos anos de 1980. Com o objetivo de diferenciar-se da concepção seletiva e focalizada que havia da APS, aderiu-se o termo Atenção Básica em Saúde (ABS), sendo esta considerada como um conjunto de ações individuais e coletivas localizadas no primeiro nível de atenção à saúde, voltadas à promoção da saúde, tratamento, reabilitação e prevenção de agravos (GIOVANELLA et al, 2009).

O SF, foi implantado em 1994, inicialmente direcionado à extensão de cobertura, tendo como foco as áreas de maior risco social. "Aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS" (GIOVANELLA et al, 2009, p. 784). A APS desenvolve-se tendo como referência o SUS – cuja regulamentação se baseia na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social (GIOVANELLA et al, 2009).

Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz (2005, p. 229) denominam o SF como uma estratégia de reforma incremental<sup>13</sup>, pois esse programa provocou mudanças tanto nas “modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços”.

[...] O PSF constitui uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações

---

<sup>13</sup> “Define-se o processo de reforma incremental como um conjunto de modificações no desenho e operação da política” (VIANA E DAL POZ, 2005, p.229).

de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização (VIANA E DAL POZ, 2005, p. 229).

Com o SF, iniciaram-se as discussões para a realização de mudanças nos critérios de distribuição de recursos, visando romper com a exclusividade da remuneração por procedimentos. “O PSF evidenciou que determinadas atividades não podem ser remuneradas por procedimentos, adaptando-se melhor a uma remuneração de tipo per capita” (VIANA E DAL POZ, 2005 p. 236).

Com Norma Operacional Básica de 1996 ficou estabelecido um acréscimo percentual ao montante do então Piso Assistencial Básico<sup>14</sup>, de acordo com determinados critérios, para os municípios que aderissem ao SF e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 1996). Já com a NOB de 1998, além do Piso de Atenção Básica fixo (PAB fixo) é implantado a parte variável do PAB destinado a incentivar a implantação do SF e do PACS. De acordo com a NOB, o incentivo ao PACS e ao PSF consiste na soma de recursos financeiros “destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, no âmbito municipal, com o propósito de contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde” (BRASIL, 1998). Pode-se observar que, com as NOBs de 1996 e 1998 há uma significativa indução por parte do governo federal, para que os municípios aderissem ao SF e ao PACS.

Em 2006, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o SF é reafirmado como estratégia prioritária para a reorganização da AB no país. Tendo a AB como principais características: o trabalho em território adscrito, com foco no planejamento e na programação descentralizada; a integração de ações programáticas e demanda espontânea; a realização de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; o desenvolvimento de ações de vínculo e responsabilização entre

---

<sup>14</sup> “Montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal” (BRASIL, 1996).

as equipes de SF e a população adscrita, de forma a garantir a continuidade das ações em saúde e a longitudinalidade do cuidado; o estímulo à participação popular e controle social (BRASIL, 2007).

A SF apresenta caráter substitutivo em relação às unidades de saúde tradicionais; deve atuar no território, buscando conhecer todas as famílias de sua área de abrangência, de modo a possibilitar o planejamento das ações em saúde de acordo com as reais demandas da população; realizar atividades – atendimento, visita domiciliar, consultas, ações em grupo etc.– programadas e de acordo com as necessidades de saúde do território; trabalhar de forma intersetorial; atuar com foco na família e a comunidade, visando a coordenação e continuidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2007).

Falar da APS e da SF no Brasil, implica destacar a questão da municipalização que ocorreu no Brasil. Com a redemocratização "os municípios brasileiros foram declarados entes federados autônomos, o que implica que um prefeito é autoridade soberana em sua circunscrição" (ARRETCHE, 1999, p. 114). Houve uma redefinição de atribuições e competências dos estados e municípios sob a base de um Estado federativo. Isso quer dizer que, estados e municípios tem autonomia política e fiscal para assumirem a gestão de políticas públicas, ou por conta própria, ou aderindo a algum programa oferecido por outro nível mais abrangente de governo, ou ainda por imposição constitucional (ARRETCHE, 1999).

[...] A transferência de atribuições entre níveis de governo supõe a adesão do nível de governo que passará a desempenhar as funções que se pretende que sejam transferidas. A recuperação das bases federativas do Estado brasileiro tem impacto sobre o processo de descentralização das políticas sociais no país, pelo fato de que resguardados pelo princípio da soberania, estados e/ou municípios assumem a gestão de políticas públicas sob a prerrogativa da adesão, precisando, portanto, ser incentivados para tal [...] Assim, no Estado federativo, tornam-se essenciais estratégias de indução capazes de obter a adesão dos governos locais (ARRETCHE, 1999, p. 115).

Essas características do poder municipal levam ainda, à problemática da elaboração de variados sistemas de saúde locais que não apresentam continuidade. Com a forte indução por parte do governo federal, para a

implementação do SF nos municípios há um incentivo à uma uniformização da atenção à saúde prestada a nível local.

Com a elaboração da nova PNAB 2011, observamos a valorização da APS e da formação de pessoal para esse nível de atenção; a diversificação das ofertas assistenciais na APS– considerando populações específicas e mais vulneráveis; reforço da incorporação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); ampliação do conceito de rede de AP do SUS, levando em consideração as Unidades Básicas denominadas tradicionais; formas mais definidas de financiamento, etc. Dessa forma, há uma tendência à maior intervenção do nível federal nessa política.

No entanto, apesar de a Constituição Federal de 1988 já indicar que o SUS deveria cumprir o papel de "ordenar" o processo de formação profissional na área da saúde, as iniciativas nesse sentido foram poucas e sem o impacto necessário para mudanças significativas (Campos et al, 2001; Araújo et al, 2015; Carvalho & Sousa, 2013). De acordo com Gastão Wagner de Souza Campos e Nilton Pereira Junior, a construção de políticas para a formação de pessoal e educação permanente, por meio do esforço autônomo dos municípios parece insuficiente até o surgimento do PMM em 2013.

[...] Sempre houve importante grau de incerteza e de indefinição sobre o provimento regular de pessoal, medicamentos, infraestrutura e equipamentos por parte dos governos federal e estaduais para os encarregados da execução do Programa, os municípios. Até o surgimento do Programa Mais Médicos, em 2013, não se definiram estratégias para a formação em massa de médicos, enfermeiros e outros profissionais para a Estratégia Saúde da Família (2016, p. 2657).

O PMM será apresentado no próximo capítulo, onde se discutirá também os eixos que formam esse programa, bem como as repercussões geradas após o anúncio do mesmo. Questões como a interiorização da medicina, a formação de políticas de recursos humanos para o SUS e o ensino médico serão abordadas juntamente com o PMM.

## 2. PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO SUS E SUAS REPERCUSSÕES

Em julho de 2013 é criado, por meio da Medida Provisória nº 621, o PMM. Tal medida foi convertida na Lei nº 12.871/2013 em outubro do mesmo ano. O referido programa é lançado um mês após eclodirem nas principais capitais do Brasil grandes manifestações que, a princípio, tinham como pautas de reivindicação a redução da tarifa de ônibus e o passe livre. Já em meados de junho, estas reivindicações passaram a ter como foco o Governo Dilma, os gastos com as obras da Copa do Mundo, a segurança pública, saúde e educação. (AVRITZER, 2016). Além disso, cabe destacar o movimento criado pela FNP denominado "Cadê o Médico?", onde num encontro nacional de Prefeitos, realizado no início de 2013, ocorreram fortes reivindicações que cobraram do Governo Federal soluções imediatas para a falta de médicos na rede pública de saúde (FNP, 2013).

Não há possibilidades de desenvolvimento da SF, como se preconiza, com a ausência de profissionais, principalmente médicos. A insuficiente regulação estatal sobre a formação e o exercício da profissão médica no Brasil, inclusive sobre a formação de especialistas, é um dos grandes obstáculos para a fixação e atração de médicos na SF (RODRIGUES et al, 2013). No ano de 2011, a APS foi posta como prioridade do governo. Identificaram-se os principais desafios que condicionavam o seu desenvolvimento e que o MS deveria levar em consideração na proposição da nova PNAB (2011). Dos desafios identificados, o PMM tem como foco os seguintes (BRASIL, MS, 2015):

Déficit de provimento de profissionais médicos; mercado de trabalho predatório e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; infraestrutura inadequada das UBS; necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para a atuação na Atenção Básica (BRASIL, MS, 2015, p. 20).

A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, institui o PMM com os seguintes objetivos:

I- diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da

saúde; II- fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; III- aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; IV- ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; V- fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; VI- promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; VII- aperfeiçoar médicos para a atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS, e VIII- estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, LEI Nº12.871, 2013).

A lei estabelece em seu Art. 2º, as seguintes ações para a consecução dos objetivos do PMM:

I- reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; II- estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País, e III- promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, LEI Nº12.871, 2013).

De acordo com o documento do Ministério da Saúde, intitulado "Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros" (2015), o PMM se pauta em três eixos: provimento emergencial, infraestrutura e educação. Cada eixo será apresentado separadamente a seguir, contudo, considero que eles estão relacionados entre si.

## **2.1 Projeto Mais Médicos para o Brasil: Provimento emergencial**

O Provimento Emergencial, denominado na Lei como "Projeto Mais Médicos para o Brasil", tem como objetivo recrutar profissionais para atuarem, numa perspectiva de integração ensino-serviço, na APS do SUS em regiões que apresentam maiores necessidades, mais vulnerabilidade e dificuldade de

atrair e fixar profissionais. É realizado durante um tempo determinado, onde pretende-se associar a atuação dos profissionais nas equipes multiprofissionais com a formação e aperfeiçoamento, com vistas a criar impactos para a equipe, profissional e serviço. Para a definição das regiões prioritárias do programa foram elencados um conjunto de critérios, tais como: áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza; baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombola; locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais, etc. (BRASIL, MS, 2015).

Nesse eixo a principal questão a ser destacada é a interiorização da medicina. A carência de médicos em áreas mais remotas e carentes do país tem sido um problema latente há décadas. Tal carência apresenta “raízes históricas”. Como relatado nos capítulos anteriores, a medicina passou por diversas transformações, que se intensificaram a partir da década de 1970, como produto “das mudanças políticas e socioeconômicas do mundo contemporâneo, com impactos na formação, no mercado de trabalho, na organização dos serviços, na distribuição e no perfil desses profissionais”. Uma das consequências gerada por essas transformações, foi a distribuição desigual dos médicos pelas regiões do Brasil (MACIEL FILHO e BRANCO, 2008, p.9).

A distribuição geográfica de médicos é um problema com que se defrontam diversos sistemas nacionais de saúde e, no Brasil, tem-se tornado, cada vez mais, um grande desafio para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A forte concentração geográfica dos profissionais e dos serviços impede a concretização dos princípios que regem o SUS, particularmente no que se refere à universalização, à integralidade e à própria descentralização. (MACIEL FILHO e BRANCO, 2008, p.9).

As discussões em torno da distribuição desigual de profissionais de saúde nas regiões do Brasil nos diversos cenários políticos, resultaram em projetos como:

- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS): O decreto de nº: 84.219 de 14 de novembro de 1979, que aprova o PIASS dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento e tem como finalidades: a implantação

da rede de Unidades Sanitárias destinadas ao desenvolvimento de ações integrais de saúde em localidades de até 20 mil habitantes e a instalação de sistemas simplificados de abastecimento de água e soluções (BRASIL, 1979)

- Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) foi proposto em 1993 e defendeu a interiorização do profissional médico e de uma equipe mínima de saúde em uma unidade com instalações adequadas para o atendimento da população com participação dos municípios, estados e união. Contudo, o programa foi extinto 11 meses após seu anúncio (MACIEL FILHO e BRANCO, 2008).
- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS): instituído por meio do decreto de nº3.745 de 2001, objetiva “incentivar a alocação de profissionais de saúde de nível superior em municípios de comprovada carência de recursos médico-sanitários” (BRASIL, 2001).
- Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência): lançado em 2009, tem o objetivo de apoiar a formação de especialistas e, regiões prioritárias para o SUS. Como estratégias de indução foram implementadas o financiamento de bolsas de residência para vagas novas em programas prioritários que estejam de acordo com as políticas do SUS e o apoio à criação, ampliação e requalificação de programas de residência médica prioritárias por meio do apoio matricial interinstitucional (BRASIL, 2018)
- Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) foi instituído em 2011, objetivando a valorização e o estímulo aos profissionais de nível superior a comporem as equipes multiprofissionais da AB, principalmente da SF nos municípios mais carentes, localizados em áreas remotas e de difícil acesso, provimento e fixação de profissionais e áreas com populações em maior vulnerabilidade (BRASIL, 2011). Em 2015 o PROVAB foi integrado ao PMM.

Os programas citados acima foram criados como uma tentativa de garantir a interiorização da medicina em locais com maior vulnerabilidade

social. Contudo, não obtiveram as mesmas proporções que o PMM, que se configurou como o programa que mais avançou no sentido de garantir a presença do médico em áreas mais carentes e do interior do país.

A Lei do PMM prioriza a chamada de médicos com registro no Brasil, caso as vagas oferecidas não forem totalmente preenchidas, o PMM seleciona o grupo composto por médicos brasileiros formados no exterior sem diploma revalidado<sup>15</sup> e sem registro no Conselho Regional de Medicina (CRM). Se mesmo assim, ainda sobraem vagas, são chamados médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior, mas sem diploma revalidado e sem registro no CRM. Havendo vagas após as chamadas citadas acima, a Lei permite que o MS faça um acordo de cooperação com organismo internacional com vistas a trazer médicos para atuarem especificamente no PMM.

Nos dois primeiros anos do Programa, o Brasil firmou cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – ligada a Organização Mundial de Saúde (OMS). A Opas estabeleceu cooperação com o governo de Cuba, que possibilitou a vinda de médicos com formação para atuar na SF e com experiência nessa área, que já haviam trabalhado em missões internacionais. Para esses médicos, o MS criou o Registro Único – por meio do decreto nº 8.126 de outubro de 2013 –, que dá ao médico autorização para exercer medicina exclusivamente nas atividades do Programa e na localidade em que está inserido. Com o referido registro, não há necessidade de o médico estrangeiro revalidar seu diploma no tempo em que está participando do PMM – há o período determinado de até três anos, podendo ser prorrogados por mais três (BRASIL, MS, 2015).

---

<sup>15</sup> A revalidação do diploma é feita por meio do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas (Revalida), que é uma avaliação criada pelos ministérios da Educação e da Saúde “para simplificar o processo de reconhecimento de diplomas de medicina emitidos por instituições de ensino estrangeiras. Para atuar como médico no Brasil, o estudante formado no exterior precisa fazer o reconhecimento do seu diploma para só depois solicitar ao conselho regional de medicina a autorização para trabalhar. A primeira edição do Revalida foi em 2010, como projeto piloto, e o exame tornou-se oficial a partir de 2011” (Portal EBC, 2013, p.1).

Com o Registro Único, o MS assume a responsabilidade de emitir registro provisório aos médicos estrangeiros, função que cabia aos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). São previstas ainda bolsas para os profissionais que atuam no PMM. Contudo, para os profissionais que trabalham por meio da cooperação com a Opas, são respeitadas as regras das cooperações internacionais realizadas (BRASIL, LEI Nº12.871, 2013).

## **2.2 Qualificação da estrutura da APS**

O segundo eixo é a qualificação da estrutura da APS. Em 2011, foi criado o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (USB), denominado Requalifica UBS. Tal programa obteve significativo investimento com o lançamento do PMM e virou um de seus eixos estruturantes. O PMM determinou um prazo de cinco anos, a partir de 2013, para a melhoria das UBS. São definidos pelo Programa a alocação de recursos aos municípios conforme a apresentação de propostas ligadas à infraestrutura e à modernização das UBS. Cinco componentes fazem parte do programa: construção, reforma, ampliação, informatização e construção de UBS fluviais. Desde o lançamento do PMM houve grande financiamento do Governo para o investimento em UBS dos municípios solicitantes (BRASIL, MS, 2015).

A temática da precariedade das unidades de saúde foi bastante debatida nos documentos pesquisados. A fala das principais entidades médicas nacionais é a de que não há como o médico atuar em um contexto de condições precárias de trabalho. O eixo em questão aparece como uma resposta a essas críticas, apesar de não ter abarcado todas as UBS que precisam estar em condições adequadas para o atendimento à população.

### 2.3 Eixo educação

Em relação ao eixo educação, com a Lei do PMM, determinou-se a reorientação da formação dos médicos, tanto na graduação quanto nos Programas de Residência Médica (PRM). A Lei instituiu que novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina fossem discutidas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). O objetivo dessa medida é a atualização da formação médica, visando o olhar crítico do aluno, a integração ensino-pesquisa-extensão, a relação com tecnologias de informação e comunicação, adequação da formação do médico às reais necessidades de saúde da população e dos sistemas de saúde, assim como a busca de uma formação voltada para o cuidado integral da população (BRASIL, MS, 2015).

Das medidas adotadas pela Lei do PMM para a graduação, salientamos ainda, a destinação de ao menos 30% da carga horária do internato na graduação de medicina a serem desenvolvidas na APS e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e a expansão do número de vagas na graduação. O PMM assumiu a meta de aumentar em 50% a proporção de médicos no Brasil num prazo de 13 anos. A estratégia do PMM para alcançar tal meta é ampliar as vagas de graduação em medicina, priorizando as áreas com maior escassez de médicos. A demanda de vagas passa a ser regulada e planejada pelo Estado em função da necessidade social da oferta da formação médica (BRASIL, MS, 2015).

[...] A grande diferença da nova legislação está relacionada à efetiva subordinação da expansão de vagas à necessidade social, tanto para as escolas públicas, quanto para as privadas, apontando para a interiorização dos cursos e para uma distribuição equitativa entre regiões do Brasil e buscando a recuperação do déficit histórico de vagas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, MS, 2015, p. 55/56).

Em relação à Residência Médica, ficou instituído que até o final do ano de 2018, as vagas ofertadas anualmente nesses programas deverão ser equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior. A Lei estipula a duração mínima de dois anos para Programa

de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (PRMGFC). Sendo que, se torna necessária a realização de um a dois anos do PRMGFC para o ingresso nos demais Programas de Residência Médica que não sejam de acesso direto<sup>16</sup>. O PMM determina, ainda, que os PRMGFC deverão levar em consideração especificidades do SUS, como as atuações na área de urgência e emergência, atenção domiciliar, saúde mental, educação popular em saúde, saúde coletiva e clínica geral em todos os ciclos de vida (BRASIL, MS, 2015).

Os residentes do PRMGFC poderão receber bolsas com complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e Educação. Vemos nesse sentido, o estímulo financeiro aos médicos que estão para realizar um curso de Residência, principalmente aqueles recém-formados. Tanto na graduação, quanto na Residência Médica, observamos a reorientação do sistema de avaliação do Ministério da Educação voltado à medicina e às especialidades médicas. E o controle da disponibilidade de vagas, que será de acordo com as necessidades da população, sendo as regiões com maior escassez de médicos prioridade nesse sentido. Além disso, no que diz respeito às especialidades médicas, a Lei determina a formação do Cadastro Nacional de Especialistas, tendo como propósito a parametrização de ações de saúde pública. Esse Cadastro pode ser também uma fonte de dados importante para se mensurar o número de médicos especialistas existentes no Brasil, bem como quais especialidades apresentam escassez.

Com o PMM, há de um lado, uma concentração do poder de decisão sobre o ensino médico nas mãos do Estado; e de outro lado a retirada desse poder das mãos das corporações médicas. Essa mudança de concentração de poder gerou embates importantes – que serão abordados no último

---

<sup>16</sup> Os cursos de Residência Médica que são considerados de acesso direto são: Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; Genética Médica; Medicina do Tráfego; Medicina do trabalho; Medicina Esportiva; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Patologia e Radioterapia.

capítulo. Sobre a regulação do ensino médico, concordo com Laura Feuerwerker (2002), quanto esta afirma que:

[...] relações hegemônicas de poder dentro da categoria, a manutenção de uma imagem de ideal profissional vinculada à prática privada e liberal e a legitimação acrítica de práticas indefensáveis de acordo com os preceitos da ética são a base de uma boa resistência da categoria às mudanças na formação profissional dentro e fora das escolas [...] quer dizer, então, que o mercado exerce uma influência importante sobre a conformação do perfil profissional, mas a corporação também cumpre um papel fundamental, especialmente dentro das escolas (FEUERWERKER, 2002, p. 33).

Como já mencionado anteriormente, o PMM é lançado num cenário importante de fortes reivindicações por parte da população e de cobranças vindas de municípios para a melhoria do SUS. No entanto, para além desses aspectos, a escassez de médicos em determinadas regiões e a formação não condizente com as reais necessidades da população são fatores relevantes a serem considerados para a intervenção do Estado por meio do PMM. De acordo com o estudo intitulado "Demografia Médica no Brasil" do ano de 2015, verificou-se o aumento do quantitativo de médicos no Brasil ao longo dos anos. Tal fato ocorreu devido a evolução do SUS, havendo maior oferta de postos de trabalho e maior demanda de necessidades de saúde, acompanhada da expansão de vagas na graduação em medicina (SCHEFFER, et al 2015).

Contudo o país apresenta de um lado, uma hiperconcentração de médicos nas maiores cidades brasileiras (60% dos médicos estão à disposição de 30% da população que vive nas maiores cidades) e de outro lado, "verdadeiros desertos" de profissionais. O estudo evidencia que as Regiões Sul e Centro-Oeste apresentam maior equilíbrio entre a proporção de médicos e a de habitantes; a Região Sudeste uma maior proporção de médicos do que de habitantes e na Região Norte e Nordeste, maior proporção de habitantes do que de médicos (SCHEFFER, et al 2015).

[...] As capitais das 27 unidades da federação reúnem 55,24% dos registros de médicos, mas a população dessas cidades representa apenas 23,80% do total do país. De outro lado, todo o interior - 5.543 municípios, excluindo-se as capitais - tem 44,76% dos médicos enquanto sua população soma 76,2% do total nacional. Essa diferença reflete diretamente na razão de médicos por 1.000

habitantes: As capitais têm taxa de 4,84, enquanto no interior há 1,23 médico por 1.000 moradores, diferença de quatro vezes entre um e outro (SCHEFFER, et al 2015, p. 50).

Essa questão não é exclusiva do Brasil; diversos países têm instituído medidas combinadas para mudar o cenário de distribuição desigual de médicos entre as regiões, tais medidas visam incidir sobre a graduação em medicina, o recrutamento, fixação e manutenção no local de trabalho (SCHEFFER, et al 2015). Também não é exclusividade do Brasil a contratação de médicos vindos de outros países para suprir a falta desses profissionais. Em alguns países como Reino Unido e Estados Unidos da América, o déficit de médicos é suprido por profissionais formados em outros países (BRASIL, MS, 2015).

A concentração geográfica de médicos especialistas é semelhante à concentração dos médicos em geral no país, com ou sem título. O estudo "Demografia Médica no Brasil" selecionou seis especialidades distribuídas em cada unidade da federação por faixa de número de especialistas: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia Obstetrícia e Cardiologia e Medicina de Família e Comunidade<sup>17</sup>. O resultado da pesquisa foi que cinco das seis especialidades seguem o mesmo padrão de concentração. Apenas a Medicina de Família e Comunidade foi identificada com maior concentração em alguns estados do Nordeste (SCHEFFER, et al,2015).

A desarticulação entre as definições políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação contribuíram para aprofundar o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS. Esse sistema de saúde se tornou um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados. Contudo, tal fato não tem sido suficiente para gerar impacto sobre o ensino de graduação na área da saúde (CAMPOS et al, 2001).

---

<sup>17</sup>Das cinquenta e três especialidades médicas reconhecidas oficialmente no Brasil, essas seis especialidades, consideradas básicas ou gerais que concentram 40,3% do total de especialistas. (SCHEFFER, M. et al, 2015).

[...] É extremamente necessário e oportuno um papel indutor do SUS, em suas várias instâncias, para estimular as mudanças na formação profissional em saúde de acordo com seus interesses e necessidades. Isso vai possibilitar que se dê direcionalidade ao processo de mudança das escolas, facilitando que a formação profissional se aproxime do necessário para uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade (CAMPOS et al, 2001, p. 54).

Com o PMM, se observa pela primeira vez no Brasil, a intervenção do Estado com vistas a regular e modificar a formação dos médicos e os cursos de residência médica, levando-se em consideração as necessidades de saúde da população e a ampliação do acesso aos serviços de saúde e instituições de ensino – com foco na disponibilidade de mais vagas na graduação e em determinados cursos de residência médica– em regiões onde vivem grupos com maior vulnerabilidade e se identifica a escassez de médicos.

#### **2.4 PMM: algumas considerações sobre a repercussão do programa**

A ação do Estado direcionada à regulação da profissão médica traz elementos importantes para o debate em torno das relações de poder existentes na sociedade capitalista entre a medicina, o Estado e a população. Historicamente, a profissão médica é voltada principalmente para interesses particulares. Entretanto, com o lançamento do PMM se destacam as necessidades da população e não os interesses dos profissionais. Tal Programa não se institui sem fortes embates políticos, gerados principalmente por entidades médicas representativas. Desde que foi lançado, o PMM foi alvo de fortes debates por parte da mídia e da população, principalmente em relação a vinda de médicos estrangeiros para atuarem no país. "Entre apoiar ou não a vinda dos médicos estrangeiros, nota-se que houve uma disputa entre governo e as entidades médicas para ganhar a opinião pública" (CARVALHO, 2014, p. 2).

Em junho de 2013, as entidades médicas nacionais: AMB, Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM) participaram de uma

coletiva de imprensa, onde declararam serem contrários às medidas propostas pelo PMM. Em uma carta aberta lançada no mesmo período aos médicos e à sociedade, a AMB, a ANMR, o CFM e o FENAM declaram que a vinda de médicos estrangeiros e a abertura de mais vagas em escolas médicas são “ações irresponsáveis”, pois disponibilizam à parcela mais carente e vulnerável da população profissionais malformados e desqualificados. Consideram o PMM como medida eleitoreira, midiática e irresponsável que não resolverá o acesso e a qualidade do atendimento nos serviços de saúde<sup>18</sup>. Enquanto o Governo tornava o PMM em Lei,

[...] as entidades médicas, contrárias à iniciativa, continuaram a dar suas declarações e justificativas, além de entrar com uma ação no Supremo Tribunal Federal (STF), alegando inconstitucionalidade do programa, reforçando a ilegalidade da prática médica de profissionais formados fora do Brasil sem a submissão ao Exame de Revalidação de Diplomas (Revalida). As entidades médicas nacionais também anunciaram o seu afastamento de Câmaras e Comissões em nível governamental nas áreas de Saúde e Educação, onde mantinham representantes. Quando os primeiros estrangeiros chegaram ao Brasil para atuar no programa, foram registrados diversos casos em que os Conselhos Regionais de Medicina negaram-se a emitir o registro provisório (CARVALHO, 2014, p. 4).

A desaprovação do PMM e as reações geradas por ela, podem representar interesses particulares de médicos – como a ampliação do tempo para exercer a medicina e a especialidade escolhida – podendo não contemplar as demandas da sociedade civil, como os que vivem em regiões mais vulneráveis com a escassez de médicos (LANDIM, 2013). Além disso, como foi destacado anteriormente, entidades médicas como a AMB, historicamente defenderam os interesses privados dos médicos, indo de acordo com a lógica do mercado e não a do SUS.

Fabiano Borges & Karla Sancho (2016), destacam outra questão importante em relação às reações ao PMM. Citam como alguns aparelhos da mídia, apresentaram a reação de médicos brasileiros com a vinda dos médicos cubanos. Os profissionais vindos de Cuba eram vistos como uma

---

<sup>18</sup> Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2917>.

"ameaça socialista" e como "escravos". Os autores ainda salientam o receio em relação à vinda desses profissionais ao Brasil para trabalharem no PMM, representados por aparelhos da mídia: "o totalitarismo que caracteriza Cuba representa uma ameaça à lei brasileira e isso constitui o maior problema brasileiro, maior até do que os problemas com a saúde" (BORGES & SANCHO, 2016, p. 8).

Em setembro de 2016 o PMM foi renovado pelo então presidente Michel Temer, o que demonstra a importância que o programa tem representado. O PMM é um programa em desenvolvimento e que tem trazido resultados positivos, apesar de não ter alcançado todas as metas propostas até o momento. Mais médicos brasileiros passaram a se inscrever no programa, o que pode demonstrar uma mudança na visão inicial que os mesmos tinham. Contudo, as críticas vindas das principais entidades médicas permanecem.

Ao se consolidar legalmente, PMM passa a apresentar resultados positivos à população que necessita do SUS – filas menores, maior eficácia e agilidade no agendamento de consultas e atendimentos. As regiões com maior carência de médicos são vistas como prioridade do Programa, o que fortalece as justificativas em mantê-lo. Dessa forma, mesmo diante das críticas fomentadas por entidades médicas, o PMM passa a ter apoio de maior parte da população. "A instauração do Programa Mais Médicos feriu os interesses da classe médica, e não o interesse público" (CARVALHO, 2014, p. 14).

De acordo com Cecília Donnangelo & Luiz Pereira, a medicina é levada ao centro do debate político acerca da estrutura das sociedades capitalistas devido, tanto à exclusão de determinadas camadas sociais no acesso a cuidados médicos nessas sociedades, quanto a constatação de que essa profissão reproduz o caráter de classe – "na forma pela qual seleciona patologias, incorpora e utiliza tecnologias, favorece o atendimento diferencial das classes sociais" (1976, p32).

No Brasil, as principais entidades que representam a profissão médica, representam também frações da classe burguesa. O interesse no mercado de

trabalho mais lucrativo é predominante na medicina. O PMM pode ter gerado embates políticos importantes porque atinge diretamente interesses particulares de uma profissão que até então tinha uma liberdade própria da ideologia neoliberal. Analisar esses embates, tendo como base a conjuntura política que os permeou e condicionou será tarefa realizada nos próximos capítulos.

### 3. DESENHO, OBJETIVOS E MÉTODOS DA PESQUISA

#### 3.1 Desenho da Pesquisa e Métodos

Nesse estudo optei pela pesquisa qualitativa. Dessa forma, “a interpretação dos dados é entendida como um processo que sucede à sua análise” (GIL, 2008, p.177). Na interpretação se busca um significado mais amplo para os dados analisados, o que é feito mediante sua conexão com os conhecimentos disponíveis, proveniente sobretudo de teorias. Na análise qualitativa a interpretação dos resultados de uma pesquisa necessita ir além da leitura dos dados, com o objetivo de integrá-los num extenso universo em que poderão ter algum sentido. "Esse universo é o dos fundamentos teóricos da pesquisa e o dos conhecimentos já acumulados em torno das questões abordadas" (GIL, 2008, p.178).

[...] Mediante o auxílio de uma teoria pode-se verificar que por trás dos dados existe uma série complexa de informações, um grupo de suposições sobre o efeito dos fatores sociais no comportamento e um sistema de proposições sobre a atuação de cada grupo. Assim, as teorias constituem elemento fundamental para o estabelecimento de generalizações empíricas e sistemas de relações entre proposições (GIL, 2008, p. 179).

Com vistas a alcançar os objetivos propostos foi utilizada a pesquisa documental, que de acordo com Antônio Carlos Gil (2008, p.149), utiliza materiais que “embora referentes a pessoas são obtidos de forma indireta, que tomam a forma de documentos, como livros, jornais, papéis oficiais, registros estatísticos”.

Para fins de pesquisa científica são considerados documentos não apenas os escritos utilizados para esclarecer determinada coisa, mas qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômenos. Assim, a pesquisa documental tradicionalmente vale-se de registros cursivos, que são persistentes e continuados (GIL, 2008, 149).

Foram utilizados na dissertação documentos de comunicação em massa, que possibilitam o conhecimento dos diversos aspectos da sociedade no presente e no passado (GIL, 2008). Os meios de comunicação em massa são assim caracterizados por John B. Thompson: “a produção

institucionalizada e a difusão generalizada de bens simbólicos através da transmissão e do armazenamento da informação/comunicação” (2011, p. 288). Ainda de acordo com o mesmo autor, os meios de comunicação impactam diretamente nas formas como as pessoas agem e interagem entre si. Tais meios são potentes formadores de opinião e de uma certa “consciência política.”

[...] Para a maioria das pessoas hoje, o conhecimento que nós temos dos fatos que acontecem além do nosso meio social imediato é, em grande parte, derivado de nossa recepção das formas simbólicas mediadas pela mídia [...] e as maneiras como participamos do sistema institucionalizado do poder político são profundamente afetadas pelo conhecimento que daí deriva. Do mesmo modo, nossa experiência dos acontecimentos que tiveram lugar em contextos que são, espacial e temporalmente, remotos, desde greves e demonstrações até massacres e guerras, é, em grande parte, mediada pelas instituições da comunicação de massa; de fato, nossa experiência desses fatos como "políticos", como constitutivos do campo da experiência que é vista como política é, em parte, o resultado de uma série de práticas institucionalizadas que conferem a elas um *status* de notícia (THOMPSON, 2011, p. 285).

Novos tipos de meios de comunicação modificam ou subvertem antigas formas de interação social, constroem novos objetivos e situações para a ação e interação. Servindo assim para a reestruturação de relações sociais (THOMPSON, 2011). Atualmente, pode-se observar o progresso, cada vez mais acelerado, dos meios eletrônicos de comunicação e difusão de informação. Tais meios tornaram-se fundamentais para o estabelecimento das próprias interações sociais. O desenvolvimento dos meios eletrônicos de comunicação permitiu que se formassem espaços mais abertos de discussão a respeito dos mais diversos assuntos.

Os documentos públicos, emitidos por meios de comunicação em massa, tendem a permanecer por muito tempo disponíveis – principalmente nos arquivos dos jornais. O que permite a análise mais apurada desses documentos, considerando os contextos políticos, sociais e econômicos de cada período em que os documentos foram publicados. “Tempo, aqui, não precisa ser medido em anos ou partes de um século; às vezes, seguir o cronômetro interno das ações (seus horizontes próprios) pode ser uma fonte de questões e reflexões” (SPINK, 2013, p. 115).

Além dos documentos citados acima, optei pela pesquisa de documentos de domínio público emitidos pelas entidades médicas nacionais: CFM, AMB e FENAM. Esses documentos "têm uma presença no campo de interesse e são produzidos regularmente e de forma seriada", sendo um "excelente caminho para a compreensão da gradativa emergência, consolidação e reformulações dos saberes e fazeres" (SPINK, 2013, p.121).

O estudo se concentrou entre o ano de 2013 – ano em que foi lançado o PMM – e o ano de 2017. Considerando os acontecimentos que marcaram a história sócio-política do Brasil nesse período, analisei o desenvolvimento do PMM nesse cenário. Sendo possível identificar os elementos que influenciaram os posicionamentos sobre PMM pelas principais entidades médicas nacionais e pelo Estado. Bem como os elementos que influenciaram mudanças de discursos por parte das fontes de pesquisa em relação ao referido Programa.

## **3.2 Referencial teórico**

### 3.2.1 A análise de políticas públicas sob a ótica do neoinstitucionalismo histórico

O PMM produziu resultados importantes nas regiões onde foi implantado, principalmente no que diz respeito ao eixo de provimento emergencial – com a contratação imediata de um número significativo de médicos –. Por ser um programa do governo federal que gerou mudanças planejadas no mundo real, pode ser considerado uma política pública. De acordo com Celina Souza (2003, p. 13),

Pode-se resumir o que seja política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, 'colocar o governo em ação' e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e/ou entender que e como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro (variável dependente).

A análise de políticas públicas requer que se identifique o espaço que cabe aos governos na sua definição e implementação. Concordo assim, com Celina Souza quando esta defende a existência de uma “autonomia relativa do Estado”, fazendo que o mesmo “tenha um espaço próprio de atuação, embora permeável a influências externas e internas” (2003, p. 14). A atuação do Estado para a implementação das políticas públicas vai depender de vários fatores e dos diferentes momentos históricos. Nessa direção, se considera importante a contribuição do neoinstitucionalismo para a análise das políticas públicas, visto que tal corrente, como se verá mais a frente, enfatiza a relevância das instituições/regras para a formulação, decisão e implementação das políticas públicas, tal como mostra Celina Souza:

O que a teoria neoinstitucionalista nos ilumina é no entendimento de que não são só os indivíduos ou grupos que têm força relevante influenciam as políticas públicas, mas também as regras formais e informais que regem as instituições. A contribuição do neoinstitucionalismo é importante porque a luta pelo poder e por recursos entre grupos sociais é o cerne da formulação de políticas públicas. Essa luta é mediada por instituições políticas e econômicas que levam as políticas públicas para certa direção e privilegiam alguns grupos em detrimento de outros, embora as instituições sozinhas não façam todos os papéis (2006, p. 39).

O neoinstitucionalismo é uma corrente das Ciências Sociais que destaca a relevância das instituições para a compreensão dos processos sociais. Tal corrente de pensamento se caracteriza como um espaço onde convergem teorias e estudos de diversos matizes e origens disciplinares no âmbito das Ciências Sociais. De uma maneira geral, todos esses estudos ressaltam a importância das instituições como temática central nas análises referentes aos processos políticos e sociais. Os estudiosos vindos de posições teóricas e epistemológicas distintas também têm em comum a rejeição a modelos de análise estáticos e veem a necessidade de considerar as especificidades de cada situação histórica nas suas análises (MARQUES, 1997).

Para a compreensão do neoinstitucionalismo, torna-se necessária a exposição das discussões sobre o conceito de instituição. O conceito de instituição utilizado por essa perspectiva de análise é amplo, podendo abarcar regras formais (Leis, normas e outros procedimentos regimentais) e informais

ligados a códigos de conduta, hábitos e convenções em geral. Além disso, as instituições podem ser vistas com atores que definem e defendem interesses (LIMA et al, 2015, p. 186). Não há uma visão única na literatura neoinstitucionalista sobre o que seria instituição. Sendo assim, serão apresentados, de forma breve, alguns conceitos atribuídos às instituições. De acordo com Peter A. Hall e Rosemary C. R. Taylor (2003, p. 196), as instituições são caracterizadas na perspectiva histórica, como:

[...] os procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política. Isso estende-se das regras de uma ordem constitucional ou dos procedimentos habituais de funcionamento de uma organização até às convenções que governam o comportamento dos sindicatos ou as relações entre bancos e empresas.

Já Margaret Levi (1991, p. 82) distingue as normas das instituições. Para a autora, “regras explícitas e publicizadas e uma hierarquização de pessoal distingue instituições formais de outros arranjos organizacionais e de normas”. “Os mais importantes incentivos e desincentivos para obedecer normas são cognitivos e sociais”, as instituições, por outro lado, “contém um aspecto legal e repousam numa estrutura relativamente clara de implementação de decisões” (LEVI, 1991, p. 81). As instituições são definidas como:

[...] uma série de regras relativamente formais e estáveis, responsáveis pela alocação de recursos de poder, restrição das escolhas dos membros da equipe e de clientes, dos cidadãos, ou dos dependentes da instituição, e possuem mecanismos internos de implementação [...] essa definição exclui os costumes e a cultura, embora estes possam regular “interações repetitivas entre indivíduos” (LEVI, 1991, p. 82).

A autora destaca ainda que as instituições diferem dos grupos de interesse e pressão e movimentos de protesto, que apesar de terem o poder de afetar o curso de determinados acontecimentos, não podem determinar as decisões dos atores que lhe interessam influenciar. Além disso, muitos apresentam uma natureza transitória. Contudo, algumas organizações de ação coletiva podem ser institucionalizadas (LEVI, 1991).

Eduardo Cesar Marques (1997, p. 76), aborda ainda, uma outra caracterização de instituição, baseada em Douglas North (1990), que propõe

uma distinção entre instituições – que englobam qualquer forma de constrangimento que molda as interações humanas – e organizações – que abarcam corpos políticos (como partidos políticos), corpos econômicos (como empresas), corpos sociais (como as igrejas e clubes) e corpos educacionais (como escolas e universidades).

Concordo com Margaret Levi (1991, p. 83), quando esta afirma que a compreensão do que são as instituições significa olhar para o fato de que elas “representam delegações de poder de um grupo de atores para no mínimo um outro indivíduo, de modo a que os principais conflitos potencialmente presentes entre atores estratégicos sejam resolvidos”.

Algumas instituições servem aos interesses de muitos; outras, aos interesses de poucos; mas todas facilitam e regulam os recursos de poder. Uma definição de instituições que ignora este fato deixa de apreender algo que é específico às instituições, a saber: que os mecanismos de delimitação de escolhas, incluindo escolhas contratuais, refletem uma distribuição de poder [...] as instituições são geralmente caracterizadas pela dualidade de ao mesmo tempo conter e criar poder (LEVI, 1991, p. 83)

O neoinstitucionalismo apresenta diferentes correntes de pensamento. Nesse estudo, será usado como aporte teórico o neoinstitucionalismo histórico. Os teóricos dessa corrente "concordam que as instituições estruturam as situações em que os atores se encontram, alterando suas estratégias" (MARQUES, 1997, p. 77). De acordo com eles, as instituições constroem as interações sociais e podem alterar as preferências dos atores, que são construídas social e politicamente no âmbito dos processos a serem estudados. Essa corrente busca "contextualizar os atores (onde quer que eles estejam), seus interesses e ações estratégicas", tendo como objetivo principal a construção de uma teoria de médio alcance que propicie um elo entre análises centradas no Estado e na sociedade (MARQUES, 1997, p. 78).

[...] Os históricos rejeitam o enfoque determinista presente em muitas teorias gerais globalizantes como o marxismo, a teoria dos sistemas e do funcionalismo. Para eles, a escala mais propícia para a investigação dos fenômenos sociais é o nível intermediário, no qual as grandes estruturas como a luta de classes, por exemplo, são mediadas pelas instituições como os partidos, os sindicatos, etc., e ganham formas históricas específicas, sem o risco de explicações deterministas e unicasais (MARQUES, 1997, p.78).

Para o presente estudo, torna-se importante discorrer sobre possíveis causas de mudanças institucionais. De acordo com Margaret Levi (1991, p. 84), mudança institucional é uma “alteração nas regras e nos procedimentos de implementação destas, levando a que comportamentos alternativos passem a ser ou estimulados ou reprimidos”. Como as instituições refletem uma distribuição própria de recursos de poder, elas ficam suscetíveis à mudança caso esta distribuição de poder mude. A mudança torna-se mais provável de ocorrer quando há um aumento da eficiência de atores que a procuram e há um enfraquecimento do poder de veto de indivíduos que se beneficiam com os arranjos institucionais vigentes.

Os neoinstitucionalistas têm relacionado a influência das instituições na sociedade a dois aspectos: “a autonomia e o poder dos atores estatais e a influência das instituições enquadrando a esfera da política” (MARQUES, 1997). A autonomia estatal é relativa, variando de caso a caso. Tal autonomia é definida de acordo com cada situação histórica

[...] pelas “potencialidades estruturais” que cercam as ações autônomas do Estado, pelas estratégias dos vários atores presentes e pelas mudanças implementadas pelo próprio Estado na organização administrativa e na coerção. Segundo a perspectiva neoinstitucionalista, apenas a realização de estudos históricos para cada sociedade e para cada processo de formação do Estado permite determinar as autonomias presentes em cada agência estatal em sua conjuntura específica. Não existem, portanto, Estados fortes ou fracos, visto que as condições de insulamento variam muito, segundo as conjunturas (MARQUES, 1997, p 80).

As ações do Estado apresentam uma tendência a reproduzir ou aumentar o poder e o controle das instituições estatais sobre a sociedade, “pois essa é a lógica da ação coletiva dos funcionários do Estado” (MARQUES, 1997, p. 80). Os estudos sobre o Estado e políticas públicas levam em consideração a história da formação das instituições, dos atores estatais, assim como a posições políticas e de poder em que os mesmos ocupam nos contextos político e socioeconômico. Sendo a correlação entre os recursos e as posições dos atores estatais e não estatais o centro da análise (MARQUES, 1997).

Quanto ao estudo das instituições e a política, Eduardo Cesar Marques, apoiando-se nos estudos de Theda Skocpol (1985), discorre sobre a perspectiva de análise denominada 'tocquevilleana'. De acordo com esta perspectiva, as instituições são o foco dos estudos sobre política, não apenas pela relevância do Estado como ator e autor de determinadas ações, mas também porque eles, bem como as outras instituições políticas, "influenciam diretamente a cultura política, a estratégia dos atores e a produção da própria agenda de questões a serem objeto de políticas, enquadrando a luta política através das suas instituições" (MARQUES, 1997, p. 81). Assim, para a perspectiva neoinstitucional, a determinação dos atores, da arena de lutas e da agenda política são essenciais para análise das políticas. Nessa direção, a influência das instituições acontece de diversas formas:

- A formação histórica de determinado Estado e suas instituições políticas mediam a formulação das representações sobre a política e a possibilidade de sucesso nas demandas. A ideia que se tem sobre assuntos como políticas públicas e cidadania, por exemplo, são influenciadas pela forma como historicamente o Estado se comportou e como se configura atualmente (MARQUES, 1997).
- Os grupos de interesse se formam e produzem suas agendas em diálogo com a reprodução de suas questões em estruturas organizacionais e agências estatais existentes". Nessa direção, a criação de uma política em torno de determinado tema, gera o aumento de demandas sobre esse tema, o que gera também possíveis mudanças na agenda de questões que são destinadas ao Estado (MARQUES, 1997, p. 82).
- "As instituições políticas mediam a relação entre as estratégias dos atores e a implantação de determinadas políticas públicas". As instituições podem gerar cenários diferentes dos que foram fixados pelas políticas inicialmente, a depender das relações estabelecidas com os atores envolvidos nessas políticas (MARQUES, 1997, p. 82).

As análises no neo-institucionalismo histórico são realizadas de forma indutiva, com formulação de hipóteses a partir da interpretação do material

empírico. “Os levantamentos históricos mostram como os resultados anteriores estabelecem parâmetros para eventos subsequentes” (LIMA et al, 2015, p.193).

Algumas ‘regras do jogo’ podem mudar de acordo com as pressões de atores sociais e do contexto histórico e socioeconômico, assim como os atores sociais também mudam dependendo das instituições. O PMM foi permeado por conflitos desde o início. Vários atores influenciaram no contexto de formação e nas mudanças ocorridas na lei. Prefeitos reivindicaram por mais médicos nos municípios, população por melhorias na saúde pública, médicos contra as regras do programa e por melhores condições de trabalho. Houve batalhas no campo legislativo e judiciário, que se manifestaram de diversas formas pela mídia.

A conjuntura estudada é caracterizada por uma série de acontecimentos que marcaram a história do Brasil. Por isso, apesar de curta, traz elementos essenciais que contribuem para a compreensão dos cenários político e socioeconômico que permearam e condicionaram o desenvolvimento das políticas de saúde, como o PMM. Dessa forma, foi realizada a análise do período determinado, considerando os estudos sobre análise de conjuntura de autores como Herbert José de Souza (1984) e José Eustáquio Diniz Alves (2008). Classificou-se o período estudado como uma conjuntura por se entender que a mesma está relacionada com os ciclos de curto prazo da política e da economia (ALVES, 2008).

Karl Marx em sua obra intitulada “O 18 de Brumário de Louis Bonaparte”, foi pioneiro na realização de estudos de análise de conjuntura política. O autor utiliza de categorias como os acontecimentos, cenários, atores relação de forças e articulação entre estrutura e conjuntura para estudar a situação política da França (SOUZA, 1984).

De acordo com José Eustáquio Diniz Alves (2008, p.1), “uma análise de conjuntura é um retrato dinâmico de uma realidade e não uma simples descrição de fatos ocorridos em determinado local e período”. A análise de conjuntura deve abarcar a análise dos pontos fortes e dos pontos fracos de cada força que atua da disputa política e econômica do cotidiano. Deve levar

em consideração as mudanças estruturais<sup>19</sup> e as mudanças institucionais<sup>20</sup>. No presente estudo, terão destaque as questões institucionais, que dizem respeito aos “fenômenos que ocorrem na superestrutura jurídico-política, cultural ou ideológica da sociedade”, considerando a reprodução das condições de vida, os sistemas de ideias e representações sociais, bem como os sistemas de atitudes, costumes e comportamentos sociais (ALVES, 2008, p.7-8).

### 3.3 As entidades médicas consideradas no estudo

Nesse ponto, apresento as entidades médicas nacionais consideradas no presente estudo. Tais entidades foram escolhidas pela relevância que representam para a categoria médica, como reprodutoras de concepções e formadoras de opinião.

#### 3.3.1 A Associação Médica Brasileira (AMB)

A AMB é uma sociedade sem fins lucrativos, fundada em janeiro de 1951. Tem como missão “defender a dignidade profissional do médico e a assistência de qualidade à saúde da população brasileira” (AMB, 2018, p.1)<sup>21</sup>.

É constituída por 27 Associações Médicas Estaduais e 396 Associações Regionais. Desde 1958, a AMB concede títulos de especialista aos médicos

---

<sup>19</sup> “Mudanças do modo de produção, por exemplo, do feudalismo para o capitalismo; do capitalismo para socialismo.” e “mudanças dentro do modo de produção, por exemplo, mudanças dentro dos marcos do capitalismo: da 1ª Revolução Industrial (...) para a 2ª Revolução Industrial.” (ALVES, 2008, p. 6)

<sup>20</sup> “Mudanças do aparato institucional, por exemplo, da monarquia absoluta para a monarquia parlamentar; da monarquia para a república; da ditadura para a democracia formal (...)” e “mudanças dentro do aparato institucional, por exemplo, mudanças constitucionais e na organização dos três poderes dentro do sistema presidencialista; mudanças no sistema eleitoral e partidário; mudanças culturais, mudanças fundamentais nas leis trabalhistas e sindicais etc.” (ALVES, 2008 p. 6-7)

<sup>21</sup> Disponível em : <https://amb.org.br/apresentacao/>. Acesso em :20 de dezembro de 2017.

aprovados em avaliações teóricas e práticas e trabalha com atualização de títulos (AMB, 2018).

A Associação atua junto ao MEC e no Congresso Nacional para “combater a abertura de cursos de Medicina de má qualidade e rever autorizações de funcionamento dos hoje existentes”(AMB, 2018, p.1)<sup>22</sup>. Desde 2000, a AMB atua elaborando diretrizes médicas com a intensão de padronizar condutas e auxiliar o médico em decisões clínicas de diagnósticos e tratamento (AMB, 2018).

Por meio da Comissão de Assuntos Políticos, a AMB participou ativamente do Projeto de Lei 268 de 2002<sup>23</sup>, que regulamenta a prática profissional., além de outros projetos como a instituição de uma carreira de Estado para o médico. A entidade possui três canais de comunicação com o médico e sociedade: o Jornal da AMB (JAMB), a Revista da AMB e o portal AMB.

De acordo com Maria Cecília F. Donnangelo (1975, p.132), a AMB se constituiu, desde a sua formação, no mais relevante local de “elaboração da ideologia liberal e de pressão sobre o Estado no sentido de reorganização das condições do sistema de produção de serviços de saúde”. Em sua origem, a AMB sustentou uma ideologia de composição do mercado de trabalho médico que afastava o Estado da participação direta na produção de serviços. A Associação se colocou contra o processo de assalariamento – que se tornava forte na época – e a favor da livre escolha do médico pelo paciente.

Após a promulgação do SUS, quando o Estado passou a se constituir como principal empregador dos médicos, essa concepção de não intervenção estatal mudou. Atualmente, a AMB luta pela garantia de um plano de carreira estatal para os médicos. De outro lado, a lógica do poder da profissão como

---

<sup>22</sup> Disponível em: <https://amb.org.br/apresentacao/> . Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

<sup>23</sup> O projeto de Lei 268 de 2002, dispõe sobre o exercício da medicina, delimitando as atividades privativas dos médicos. O projeto foi sancionado no ano de 2013, tornando-se a Lei de nº 12.842. Mas com vetos em relação as atividades privativas dos médicos, o que gerou insatisfação das principais entidades médicas e de grande parte da categoria.

única capaz de deter conhecimento para fazer diagnósticos e prescrever tratamentos – descritos no primeiro e segundo capítulos – permanece forte<sup>24</sup>.

### 3.3.2 O Conselho Federal de Medicina (CFM)

O CFM foi criado em 1951 com objetivo de emitir registros profissionais e aplicar sanções do Código de Ética Médica. Atualmente as atribuições do conselho ganharam amplitude, indo além da aplicação do Código de Ética e da normatização da prática profissional. O CFM tem exercido papel político relevante na sociedade, “ao defender os interesses corporativos dos médicos, o CFM empenha-se em defender a boa prática médica, o exercício profissional ético e uma boa formação técnica e humanista”(CFM, 2018, p.1)<sup>25</sup>

De acordo com Maria Cecília F. Donnangelo (1975, p. 131), os Conselhos de Medicina, num primeiro momento, não apresentavam um engajamento político, como a AMB.

[...] Instalaram-se como tribunais éticos, restringindo-se a aplicação do código de ética ou à fiscalização ética do exercício profissional. Na medida em que representam a agência de sustentação do conjunto tradicional de valores, caracterizam-se mais como sistema de referência para a legitimação ou não-legitimação de novas condições de trabalho médico.

Contudo, atualmente, o CFM se mostra presente na arena política para a defesa dos interesses da categoria médica. Um exemplo disso, ocorre em julho de 2016, quando o CFM anuncia a participação na mobilização pela criação da Frente Parlamentar da Medicina (FPMED). De acordo com o deputado Mandetta, que fez o convite ao CFM:

---

<sup>24</sup> A luta no Congresso Nacional contra os vetos da lei de nº 12 842 é um exemplo disso. Foram vetados pontos que garantiam a hegemonia do médico no cuidado em saúde, e isso desagradou a categoria.

<sup>25</sup> Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26367&Itemid=542](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26367&Itemid=542) . Acesso em: 22 de novembro de 2017.

Ainda que seja uma iniciativa estritamente parlamentar, o suporte das entidades médicas a essa agremiação é de fundamental importância para assegurar o sucesso da atuação da Frente, consolidando assim a pactuação da classe médica brasileira com os seus representantes políticos (CFM, 2018, p. 1)<sup>26</sup>

O CFM atua ainda em conjunto com a AMB no âmbito do Congresso Nacional, auxiliando na elaboração de projetos que afetam a profissão. Mais adiante, serão colocadas com mais detalhes as relações dessas entidades médicas com o âmbito político.

### 3.3.3 A Federação Nacional dos Médicos (FENAM)

A FENAM é caracterizada em seu estatuto, como:

Pessoa jurídica de direito privado, de âmbito nacional e duração indeterminada, constituindo uma entidade sindical de grau superior para fins de estudo, coordenação, proteção, assistência, reivindicação e representação legal das entidades médicas sindicais, no sentido da solidariedade profissional e dos interesses nacionais (FENAM, 2013, p. 1)<sup>27</sup>.

Dentre as atribuições da FENAM estão a articulação de reivindicações a fim de assegurar os direitos dos médicos e preservação de uma formação médica de qualidade. Essa entidade atua no Congresso Nacional, juntamente com o CFM e AMB, acompanhando e buscando influenciar a criação de projetos de lei que garantam os interesses da categoria médica (FENAM, 2014).

A FENAM, juntamente com a AMB e o CFM, estão presentes na maioria dos debates sobre o PMM. Dentre as bandeiras de luta da FENAM, destacam-se:

---

<sup>26</sup> Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26310:2016-07-26-18-56-10&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26310:2016-07-26-18-56-10&catid=3). Acesso em 20 de dezembro de 2017.

<sup>27</sup> Disponível em: [https://pt.scribd.com/doc/215051404/Estatuto-Social-da-Federacao-Nacional-dos-Medicos#from\\_embed](https://pt.scribd.com/doc/215051404/Estatuto-Social-da-Federacao-Nacional-dos-Medicos#from_embed). Acesso em 20 de dezembro de 2017.

- Piso FENAM unificado: visa a instituição de um piso salarial apropriado para os médicos de todos o país;
- Implantação do plano de cargos, carreiras e vencimentos para os profissionais médicos;
- Posicionamento contrário à abertura, sem planejamento, de novas faculdades de medicina, a fim de garantir a qualidade do ensino prestado;
- A exigência do Revalida para os médicos formados em outros países que pretendem atuar no Brasil;
- A defesa da qualidade dos serviços de saúde, atuando contra a precarização das condições de trabalho do médico (FENAM, 2014).

### **3.4 Objetivos**

#### 3.4.1 Objetivo geral

Analisar os embates políticos entre as principais entidades médicas nacionais e o Estado brasileiro em torno do PMM.

#### 3.4.2. Objetivos específicos

- Levantar e analisar os principais argumentos adotados pelo Estado para justificar e defender a implantação do PMM;
- Identificar e analisar os diferentes posicionamentos das principais entidades médicas nacionais – CFM, FENAM e AMB – em relação ao PMM;
- Identificar e analisar as principais bandeiras de luta do CFM, da FENAM e da AMB em relação ao PMM;
- Analisar de forma comparativa os diferentes posicionamentos do Estado e das entidades das principais entidades médicas nacionais em relação ao PMM.

### 3.5 Métodos e procedimentos

#### 3.5.1 Métodos de coleta de dados

Como fontes de pesquisa, foram usados os documentos de domínio público produzidos pelo CFM, AMB e FENAM que apresentam maior distribuição para a categoria médica, assim como maior influência. Esses documentos permitiram a identificação dos principais posicionamentos e argumentos das entidades médicas nacionais sobre o PMM, em diferentes momentos. Os documentos pesquisados foram:

- **Jornal da Associação Médica (JAMB):** "é um dos jornais mais lidos e conceituados em todo o meio médico." Sendo um dos veículos de comunicação de maior prestígio entre a categoria. Apresenta tiragem bimensal (AMB, 2018). O acesso ao jornal se dá por meio do site da AMB: <https://amb.org.br/jamb/>. Ele também é distribuído em domicílio aos médicos associados;
- **Jornal Medicina, do CFM:** é publicado mensalmente e distribuído para todos os médicos e instituições de ensino. Além disso todas as edições estão disponíveis no site: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/>. Por chegar a todos os médicos, apresenta a maior abrangência e circulação;
- **Revista Trabalho Médico, da FENAM:** faz publicações de uma a duas vezes no ano, não sendo estabelecida uma periodicidade. As edições da revista estão disponíveis no site: <http://www.fenam.org.br/site/revista-fenam.php>.
- **Cartas abertas a população e manifestos sobre o PMM;**

- Livro FENAM 40 anos.

Também optei pela pesquisa documental das matérias produzidas pelo jornal O Globo, um dos jornais de maior circulação no país e produto da empresa que detém um dos maiores conglomerados de mídia do mundo<sup>28</sup>. O material coletado por esse jornal foi utilizado para a compreensão da imagem que a grande mídia produziu sobre o PMM, o que influenciou na mudança de posicionamentos das entidades médicas pesquisadas e governo federal em relação ao programa.

A coleta dos dados importantes para a dissertação foi realizada de forma diferenciada a depender da característica dos meios de comunicação. Como o jornal O Globo trata de diversos assuntos, fiz uma busca com o termo “mais médicos” nas publicações de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 no site do acervo do jornal. Os dados coletados foram organizados em planilha do Excel ©, por data, por título, subtítulo, autor e argumentos centrais.

Nos documentos publicados pela AMB, CFM e FENAM foi realizada pesquisa em todas as edições publicadas de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, onde busquei identificar em cada publicação assuntos referentes ao PMM. Para a organização desse material também foi utilizada planilha do Excel © nos mesmos padrões a do jornal O Globo. Mas além disso, pela especificidade dos documentos publicados, foi preciso fazer fichamento das matérias para melhor compreensão dos dados.

Também foram analisados documentos públicos do MS – publicações sobre o PMM, legislação, notas públicas, etc. – para a identificação dos posicionamentos adotados pelo governo federal em relação ao PMM. Para melhor análise desses documentos foi realizado fichamentos dos mesmos.

---

<sup>28</sup> WIKIPEDIA. Rede Globo. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Rede\\_Globo#cite\\_note-15](https://pt.wikipedia.org/wiki/Rede_Globo#cite_note-15). Acesso em: 12 de janeiro de 2018.

### 3.5.2 Período do estudo

O período escolhido para o estudo foi de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Tal período, apesar de curto, apresentou diversos acontecimentos que marcaram a história do país e trouxeram rebatimentos importantes para a saúde pública.

### 3.5.3 Procedimento de análise

Feita a coleta dos dados, deparei-me com o desafio de analisa-los. O aporte teórico que melhor serviu aos meus objetivos foi o neoinstitucionalismo histórico – já descrito no ponto 3.2. Busquei identificar e analisar: a arena de lutas, a agenda em torno do PMM, assim como os atores sociais envolvidos na temática, para então discutir os embates políticos entre as principais entidades médicas nacionais e o Estado.

Após a coleta e análise dos dados, optei por apresentar os resultados da pesquisa por meio de uma narrativa histórica, considerando a conjuntura política que permeou e condicionou a formação e desenvolvimento do PMM. Foram destacados os principais acontecimentos que marcaram o PMM, assim como os aspectos que contribuíram para as tensões estabelecidas entre as entidades médicas e o governo federal.

Com o intuito de compreender o contexto de formação e desenvolvimento do PMM, foram discutidas temáticas como a interiorização da medicina, a formação de políticas de recursos humanos para o SUS e o ensino médico no Brasil. Essas temáticas são essenciais para reflexão sobre as medidas adotadas pelo Estado no PMM, assim como sobre as reações das entidades médicas nacionais contra essas medidas. A todo momento buscou-se relacionar a bibliografia utilizada com os dados da pesquisa para se construir uma base consistente de discussão.

#### 3.5.4 Questões éticas

Por se tratar de um estudo documental, não foi necessário que esta dissertação fosse submetida ao Comitê de Ética.

## 4 OS EMBATES POLÍTICOS ENTRE AS ENTIDADES MÉDICAS E O ESTADO EM TORNO DO PMM

### 4.1 A conjuntura política anterior ao anúncio do PMM

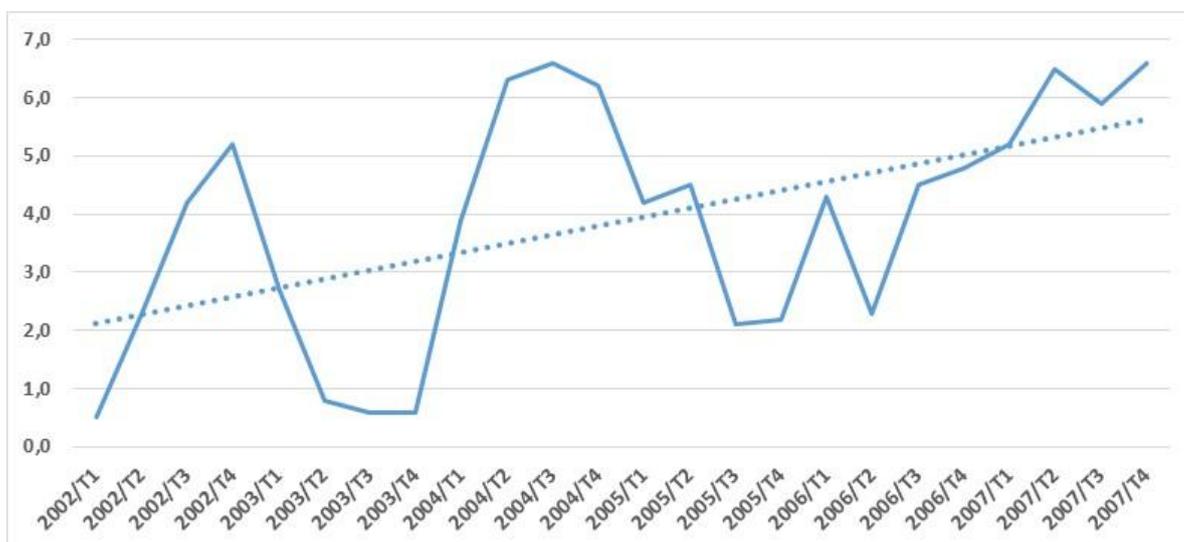
Desde dos anos de 1990, o Brasil está inserido na economia internacional exportando *commodities* e importando produtos industrializados. Apresentando um modelo econômico incapaz de gerar empregos suficientes para a população e excedentes tributários para financiar políticas sociais (RODRIGUES, 2017).

O ano de 2014, marcou o país por uma profunda crise econômica e política. De acordo com Denise Lobato Gentil, esse cenário, remonta a 2011, ano do primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff,

[...] quando ocorreram, simultaneamente, o agravamento do cenário externo, na esteira da crise internacional iniciada em 2008, e a reorientação da política macroeconômica no plano interno. O prolongamento da recessão na Europa, a redução do dinamismo da economia chinesa e a queda dos preços das *commodities*, a partir de 2011 trouxeram perda do dinamismo para a economia nacional (GENTIL, 2017, p. 11).

No entanto, a queda dos indicadores econômicos no ano de 2008, mostram que já no segundo mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a crise econômica se evidenciava. Na figura 1 podemos observar a ascensão do Produto Interno Bruto (PIB) durante o primeiro mandato de Lula (2002 a 2007). Nesse período temos o aumento das exportações de *commodities* para a China e o estímulo a aprofundamento desse modelo econômico subordinado por meio de parcerias com grandes grupos do agronegócio e mineradoras (RODRIGUES, 2017).

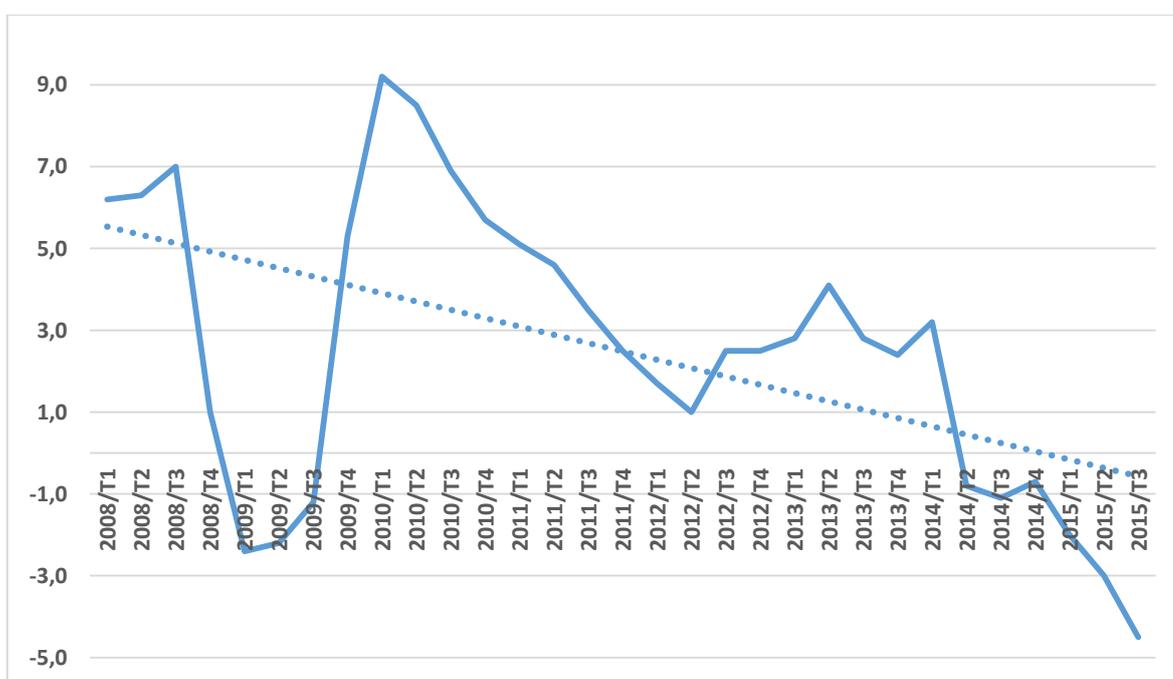
**Figura 1: Brasil, variação trimestral do PIB, 2002 a 2007.**



Fonte: IBGE: acesso em 15/11/17.

Já a figura 2, observamos que os indicadores econômicos no segundo mandato de Lula foram piores. Em 2008, quando eclode a crise econômica internacional, o Brasil passa a entrar numa profunda crise, que vai se agravando gradualmente enquanto a presidente Dilma Rousseff está no poder – 2011 a 2016 – (RODRIGUES, 2017).

**Figura 2: Brasil, variação trimestral do PIB, 2008 a 2015.**



Fonte: IBGE: acesso em 15/11/17.

A crise econômica vem acompanhada de uma crise política de sérias repercussões para o país, com escândalos de corrupção por parte de integrantes do governo. Atrelado a isso há o aumento do desemprego, principalmente na área do petróleo, e a perda do poder de compra da classe média, que é a classe que vai às ruas em junho de 2013 pedir a saída da presidente Dilma (RODRIGUES, 2017).

Em junho de 2013 diversas manifestações populares eclodem no país. Tais manifestações populares se tornaram a maior série de manifestações de rua desde os movimentos das Diretas Já e pelo impeachment do presidente Fernando Collor. Organizadas inicialmente pelo Movimento Passe Livre (MPL), a pauta inicial das manifestações era a luta contra o aumento no preço das passagens de ônibus. Essa pauta foi ampliada, abarcando temas como a saúde pública, os gastos com Copa do Mundo, a corrupção, dentre outros. Uma característica importante das chamadas 'Jornadas de Junho' foi a reivindicação de uma agenda livre de partidos políticos tradicionais. O que representou uma grande insatisfação com a política no país (AVRITZER, 2016).

A resposta do governo federal às manifestações veio por meio de um pronunciamento em rede nacional proferido pela presidente Dilma Rousseff, onde a mesma anunciou cinco pactos em favor do Brasil: o primeiro pacto pela responsabilidade fiscal, de forma a garantir a estabilidade econômica e o controle da inflação; o segundo pacto foi a proposta de uma reforma política, que ampliasse a participação popular e a cidadania; o terceiro pacto pela saúde, que propôs mais investimentos para hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e UBSs, incentivo à ida de médicos para as regiões mais carentes e a contratação de médicos estrangeiros, quando não houver disponibilidade de médicos brasileiros e mais vagas para os cursos de medicina e residência médica; o quarto pacto em favor da melhoria da mobilidade urbana e; o quinto pacto pela educação pública, com a busca de

mais financiamento para o setor<sup>29</sup>. O pacto pela saúde gerou repercussões negativas entre a categoria médica, que serão abordadas mais a frente.

#### **4.2 ‘Cadê o médico? ’: as primeiras repercussões sobre a vinda de médicos estrangeiros para o Brasil**

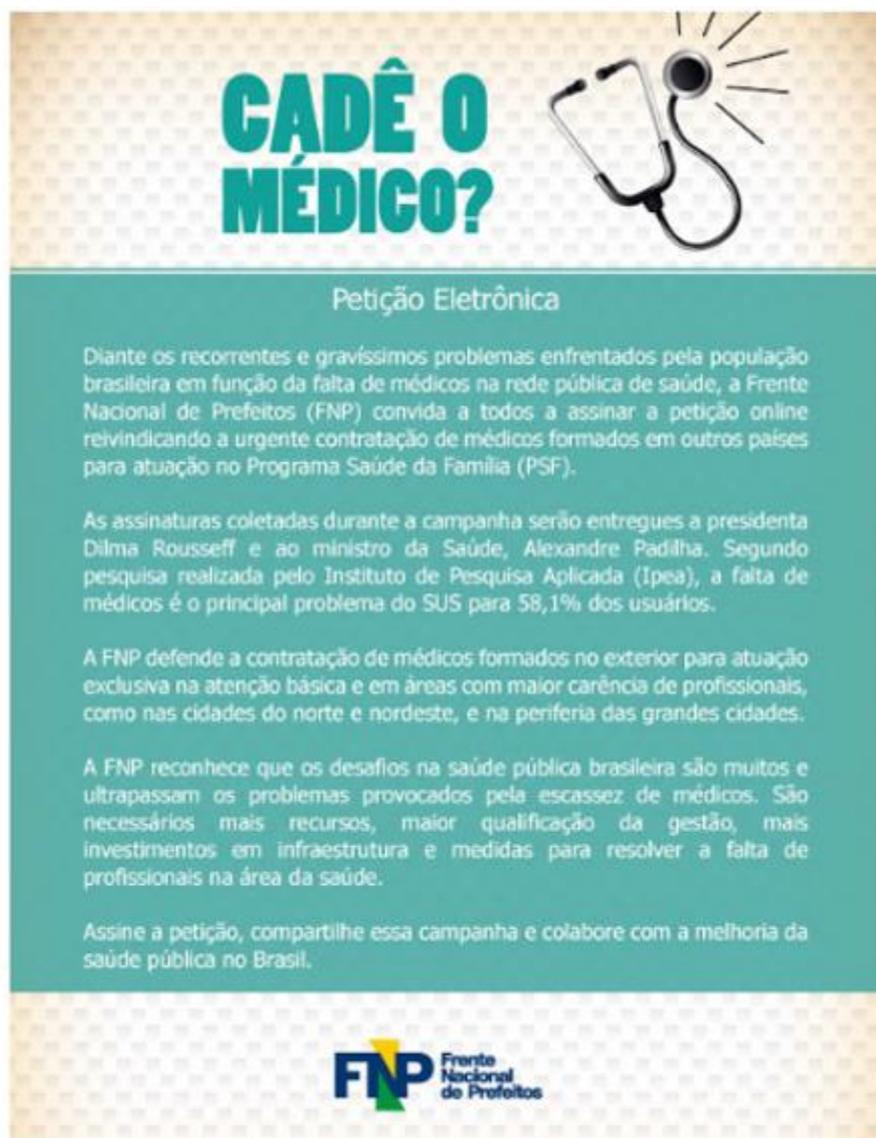
A primeira questão a ser exposta pelos documentos pesquisados – no período determinado –, apareceu antes mesmo do anúncio do PMM e foi colocada pela FNP. A necessidade de mais médicos em cidades do interior do Brasil foi a temática levantada pelos meios de comunicação pesquisados a partir de janeiro de 2013.

A pressão dos prefeitos em prol da contratação de médicos formados no exterior se fez presente por meio de reivindicações e documentos entregues à presidência da República pela FNP, que em janeiro de 2013 lançou a campanha denominada ‘Cadê o Médico? ’. A campanha teve como objetivo pressionar o governo federal a tomar medidas contra a ausência de médicos em cidades do interior do país, onde há dificuldade de atração de fixação desses profissionais. Nessa campanha se colocou a possibilidade de contratação de médicos formados no exterior para atuarem na atenção básica desses municípios, diante do argumento de que há ausência e má distribuição de médicos brasileiros no país (FNP, 2013). Na figura 3 é apresentada a petição eletrônica feita pela FNP reivindicando a contratação de médicos formados no exterior.

---

<sup>29</sup> Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/veja-integra-do-discurso-de-dilma-rousseff-sobre-os-5-pactos/>. Acesso em 22 de novembro de 2017.

**Figura 3: anúncio da petição eletrônica pela contratação de médicos.**



**CADÊ O MÉDICO?**

**Petição Eletrônica**

Diante os recorrentes e gravíssimos problemas enfrentados pela população brasileira em função da falta de médicos na rede pública de saúde, a Frente Nacional de Prefeitos (FNP) convida a todos a assinar a petição online reivindicando a urgente contratação de médicos formados em outros países para atuação no Programa Saúde da Família (PSF).

As assinaturas coletadas durante a campanha serão entregues a presidenta Dilma Rousseff e ao ministro da Saúde, Alexandre Padilha. Segundo pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Aplicada (Ipea), a falta de médicos é o principal problema do SUS para 58,1% dos usuários.

A FNP defende a contratação de médicos formados no exterior para atuação exclusiva na atenção básica e em áreas com maior carência de profissionais, como nas cidades do norte e nordeste, e na periferia das grandes cidades.

A FNP reconhece que os desafios na saúde pública brasileira são muitos e ultrapassam os problemas provocados pela escassez de médicos. São necessários mais recursos, maior qualificação da gestão, mais investimentos em infraestrutura e medidas para resolver a falta de profissionais na área da saúde.

Assine a petição, compartilhe essa campanha e colabore com a melhoria da saúde pública no Brasil.

**FNP** Frente Nacional de Prefeitos

Fonte: FNP. Acesso em: 20/11/2017.

Como relatado nos capítulos anteriores, com o lançamento das PNAB houve forte indução – por meio de incentivo financeiro –, do governo federal para que os municípios aderissem à SF. Contudo, para que as equipes de SF estivessem completas e aptas a receber financiamento, tornou-se necessária a presença do médico. A indução do governo federal para a implantação da SF, e a conseqüente expansão dessa estratégia nos municípios, trouxe mais uma alternativa de oferta de trabalho para os médicos. No entanto, as formas de contratação desses profissionais variam de acordo com cada município. Sendo em muitos casos, formas de contratação precárias, que não garantem ao profissional estabilidade (MACIEL FILHO e BRANCO, 2008).

A gestão de recursos humanos praticada no SUS e na [SF] vem sendo marcada, de um lado, pela política e regras de contenção dos gastos com pessoal estabelecidas pelo Governo Federal, e de outro, pela flexibilização dos vínculos de trabalho, que leva à precarização dos direitos trabalhistas. Em 1995, um ano após a instituição da estratégia, foi promulgada a primeira Lei Camata, que impôs limites para gastos com pessoal. Esta foi modificada em 1999 e consolidada pela Lei de responsabilidade Fiscal de 2000, que vigora até hoje (NEY e RODRIGUES, 2012, p. 1294-1295).

A Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000) contribui para o argumento dos gestores municipais de que não há condições de contratação dos profissionais da SF por meio de concurso público ou de forma direta. Sendo assim utilizadas diversas formas de contratação, em muitos casos precárias. Especificamente em relação ao médico, os vínculos precários de trabalho são mais frequentes (GIRARDI et al, 2010).

O cenário descrito acima, contribui para as discussões em torno da ausência de médicos nas cidades carentes e/ou do interior do Brasil. A precariedade dos vínculos de trabalho é um fator importante para a não atração do médico nessas cidades e um dos argumentos utilizado pelas entidades médicas nacionais que foram pesquisadas nessa dissertação. Outro fator que merece destaque é a fala da FNP de que faltam médicos no país e há má distribuição dos que existem. Ancorados nessa questão, os prefeitos que compõem essa frente nacional, pressionaram o governo federal pela contratação de médicos formados em outros países.

As matérias publicadas pelo jornal O Globo exemplificam o cenário de expectativas quanto a possibilidade de contratação de médicos formados no exterior e sobre novas formas de regulação do ensino médico. O quadro 1 mostra os títulos e subtítulos das reportagens publicadas com temas relativos à escassez de médicos em determinadas regiões do país e às possíveis medidas do governo federal para suprir tal escassez<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Cabe destacar que, não foram utilizados quadros com as reportagens em todas as etapas desse estudo, apenas quando julguei ser relevante para a análise.

**Quadro 1: Reportagens Jornal O Globo, janeiro a março de 2013.**

<b>Título</b>	<b>Subtítulo</b>	<b>Data</b>
Prefeitos pedem que governo contrate médicos estrangeiros	Frente Nacional quer atrair profissionais para o interior; CFM e entidades médicas são contra	25/01/2013
'O balcão fechou', diz ministro sobre curso de Medicina	MEC vai definir municípios que poderão ter novas vagas; prioridade é onde falta médicos	06/02/2013
Médicos: para CFM, decisão do MEC não resolve	Conselho diz que é difícil encontrar no interior do país hospitais que possam servir de escola	07/02/2013
Número de médicos cresce, mas distribuição continua sendo desigual	Pesquisa aponta que DF tem quatro vezes mais profissionais que Piauí	19/02/2013
Universidades podem supervisionar vinda de médicos estrangeiros	Ministério da Saúde propõe firmar parcerias com instituições federais de ensino	02/03/2013

Fonte: JORNAL O GLOBO, janeiro a março de 2013.

O jornal publicou reportagens que alertaram para a ausência de médicos em cidades do interior e deram maior ênfase à possibilidade de controle do Estado sobre a profissão no SUS – por meio da regulação da abertura de novos cursos de medicina – e sobre a vinda de médicos formados no exterior para atuarem no país.

Já as reportagens de maio de 2013 apresentaram outras características. Houve aumento do número de publicações sobre a proposta do governo federal de contratar médicos formados no exterior e foi dada ênfase aos médicos formados em Cuba. Tal ênfase se deu após pronunciamento – no dia 06 de maio de 2013 – do Ministro das Relações Exteriores Antônio Patriota, onde o mesmo afirmou que o Brasil traria 6 mil médicos formados em Cuba para atuar no Brasil. As reações das principais entidades médicas nacionais – CFM, FENAM e AMB –, contrárias a essa medida, também estavam presentes nas reportagens.

Ressalto o destaque que as reportagens deram a uma possível 'ameaça' à categoria médica brasileira com a vinda de médicos formados em Cuba, o que pode remeter à 'ameaça comunista' de tempos atrás no período

da Guerra Fria, por exemplo. Em uma reportagem, O Globo chegou a questionar a capacidade técnica dos médicos formados em Cuba, quando afirmou que 89% dos médicos cubanos que realizaram o Revalida foram reprovados. O referido jornal também publicou matérias sobre a ausência de médicos no interior do país, mas em grande parte, responsabilizando o governo por essa ausência (quadro 3).

**Quadro 2: Reportagens Jornal O Globo, maio de 2013.**

<b>Título</b>	<b>Subtítulo</b>	<b>Data</b>
Governo estuda importar médicos cubanos	Dilma diz que 'todos os países do mundo' usam trabalhadores estrangeiros, em nota, CFM ameaça ir à Justiça	07/05/2013
Contra déficit, médicos de Cuba	-	07/05/2013
Exame reprova 89% de médicos formados no ensino cubano	Padilha defende atração de profissionais e diz que também procura europeus	08/05/2013
Médicos estrangeiros terão que fazer prova	Ministro diz que governo ainda analise modelo a ser adotado	15/05/2013
Governo não atrai médico para o interior	-	17/05/2013
Médico fora de alcance	Programa federal para levar profissionais ao interior atende a menos de 30% dos pedidos da prefeitura	17/05/2013
Controle além-mar. Médicos cubanos seguem cartilha até na Bolívia	Namoros com nativas precisam de autorização do governo da ilha	17/05/2013
Padilha estuda autorização só para saúde básica	Imigrantes só poderiam trabalhar em cidades onde não há oferta	18/05/2013
Governo ainda estuda modelo para contratar médicos estrangeiros	Padilha defende abertura de vagas de Medicina em regiões pouco assistidas	22/05/2013
CFM faz proposta para levar médicos ao interior do país	Em documento, conselho pede plano de carreira federal	22/05/2013

Fonte: JORNAL O GLOBO, maio de 2013.

Os principais meios de comunicação do CFM, da AMB e da FENAM proporcionaram dados importantes para analisar a reação dessas entidades médicas nacionais diante da proposta do governo federal. A partir da análise dos referidos documentos públicos, foi possível levantar aspectos como as

formas de organização coletiva dos médicos, as reivindicações da categoria, assim como os principais argumentos das entidades citadas contra a contratação de profissionais estrangeiros e contra o PMM.

Como mencionado anteriormente, as reivindicações da categoria médica contra aspectos do PMM antecederam seu lançamento. A luta contra a contratação de médicos formados no exterior, por exemplo, já aparece nos documentos pesquisados, no início de 2013. Além disso, concordo com Luciano Bezerra Gomes e Emerson Elias Merhy (2017), quando estes afirmam que nos últimos três anos anteriores ao PMM, observou-se intensa atuação conjunta das entidades médicas brasileiras em torno de uma agenda que abrangeu interesses da categoria destinados aos setores público e privado. As ações da categoria nesses anos são caracterizadas por:

- 1 desenvolvimento de diversas medidas regulatórias sobre a atuação da própria categoria médica como uma parte relevante da atuação política das entidades;

- 2 intensa integração entre entidades, em sentidos vertical e horizontal, de modo que as várias organizações pudessem potencializar seus recursos para finalidades comuns;

- 3 relevante papel das instâncias articuladoras que operaram na construção integrada das lutas e agendas, especialmente, da Comissão de Assuntos Políticos, da Comissão Nacional de Saúde Suplementar e da Comissão Nacional Pró-SUS, as quais também assumiram o papel de ampliar as articulações com os parlamentares e instituições do Estado e da sociedade civil, visando agregar apoios às lutas da categoria (GOMES & MERHY, 2017, p. 1107).

O IV Encontro de Comunicação das Entidades Médicas, ocorrido em novembro de 2012 em Curitiba é um exemplo da ação integrada das principais entidades médicas nacionais. Nesse encontro foi destacada, dentre outras temáticas, a importância da comunicação para manter os objetivos dos médicos alinhados e para informar a sociedade sobre as demandas da profissão. Destacou-se também a relevância da integração do CFM, da FENAM e da AMB em prol da criação da carreira de Estado, da aplicação do Revalida, da "defesa dos médicos contra a entrada de médicos estrangeiros sem a devida revalidação do diploma e escolas médicas de má qualidade" (JAMB, 2013).

Em março de 2013 a Comissão Pró-SUS – formada por integrantes da AMB, FENAM e CFM – organizou uma agenda de atos públicos e manifestações em defesa da profissão. Passaram a ocorrer mobilizações nos espaços públicos e no Congresso Nacional, com a participação de representantes das principais entidades médicas nacionais, em audiência pública com deputados federais e senadores para discutir questões que envolviam a atuação dos médicos na saúde pública brasileira, dentre elas, a possibilidade de contratação de médicos formados no exterior (JORNAL MEDICINA, 2013).

Ocorreu nesse mesmo período o I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina. Nesse Encontro foi elaborado um documento intitulado Manifesto de Belém (figura 4), que reforçou a preocupação dos 27 CRMs com temas como: a entrada de médicos estrangeiros e de brasileiros com diplomas obtidos no exterior sem a devida revalidação; a formação em medicina; a ausência de carreira de Estado para o médico e o estreitamento nas relações entre o governo e as operadoras de planos de saúde (JORNAL MEDICINA, 2013). O manifesto foi entregue à Presidente Dilma Rousseff e outros parlamentares e ministros.

**Figura 4: publicação sobre o manifesto de Belém.**



Fonte: JORNAL MEDICINA, março de 2013.

Antes do anúncio do PMM, as entidades médicas nacionais buscaram a abertura de um canal de diálogo com o Palácio do Planalto (figura 5). Representantes do CFM, ABM e FENAM se reuniram com a Presidente Dilma Rousseff em abril de 2013. Esse encontro foi visto com otimismo pelas entidades médicas e ficou caracterizado, como uma nova etapa da relação

entre médicos e governo federal (JORNAL MEDICINA, 2013). Porém, esse canal de diálogo com o governo federal durou pouco tempo.

**Figura 5: matéria sobre reunião das entidades médicas nacionais com Dilma Rousseff.**

**Audiência com a presidente**

## Entidades abrem diálogo com Dilma

*Na reunião, entregaram propostas para melhorar a assistência em saúde e uma agenda de trabalho com o governo*



**Agenda** na audiência, a presidente falou da possibilidade de novas reuniões.

Abertura de canal de diálogo entre as entidades médicas e o Palácio do Planalto. Este foi o principal resultado da audiência entre a presidente Dilma Rousseff e dirigentes do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Federação Nacional dos Médicos (Fenam). No encontro, realizado em 4 de abril, lhe foi entregue um documento com propostas para melhorar a qualidade da assistência e universalizar ainda mais o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde.

"A reunião foi bastante positiva. Um dos resultados concretos foi a criação de Grupo de Trabalho (GT) – formado por representantes do governo e das entidades – para tratar da capacitação dos docentes das escolas médicas", informou o 1º vice-presidente do CFM, Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, que representou o Conselho na reunião.

O 1º vice-presidente disse ainda que as entidades apresentaram sua posição contra as soluções anunciadas pelo governo, como a "importação" de médicos estrangeiros e a abertura indiscriminada de faculdades de medicina. Foi explicado que essas medidas não resolverão o problema da saúde pública. "O Brasil necessita investir mais e valorizar os profissionais de saúde. Caso contrário, continuarão a faltar médicos no interior e nas periferias das grandes capitais", afirmou o representante do CFM.

A nova etapa na relação entre médicos e governo se confirma com a iniciativa da própria presidente Dilma de propor a formação de outros GTs e marcar reuniões com as entidades para discutir temas específicos. Segundo Vital, ela demonstrou interesse em conhecer mais detalhadamente os argumentos dos médicos e assumiu o compromisso de ouvir a categoria em busca de subsídios para a tomada de decisões.

Para o secretário-geral do CFM, Henrique Batista e Silva: "É o início de um percurso onde as entidades médicas poderão expor e contribuir diretamente com a presidente sobre os graves problemas de prestação de serviços à população".

Fonte: JORNAL MEDICINA, abril de 2013.

Nesse mesmo período, ocorreu uma mobilização dos médicos no Congresso Nacional, que foi considerada por entidades da categoria, um marco na história do movimento médico brasileiro (figura 6). Tal mobilização

permitiu o encontro com deputados federais, senadores, médicos e estudantes de medicina, onde foram cobradas soluções para os principais problemas do SUS. O encontro dos médicos deixou clara a insatisfação da classe com a possível entrada de médicos formados no exterior sem a revalidação do diploma. Para os participantes a carência de profissionais no interior do país não poderia ser resolvida com a contratação de profissionais que não provassem ser qualificados para atuarem no Brasil (JORNAL MEDICINA, 2013).

**Figura 6: matéria sobre a mobilização da categoria médica.**

**Protesto de 2 de abril**

## Mobilização cobra dignidade na medicina

*Em abril, cerca de 500 médicos foram a Brasília e cobraram do governo soluções para os problemas do SUS*



**Desastrosos:** manifestantes repudiam entrada de médicos estrangeiros sem diploma revalidado no Brasil

A mobilização dos médicos no Congresso Nacional foi um marco na história do movimento médico brasileiro. Com estas palavras se definiu o encontro de 2 de abril, em Brasília, no qual deputados federais, senadores, médicos e estudantes de medicina repudiaram as ações recentemente anunciadas pelo governo federal e cobraram soluções para os principais problemas do Sistema Único de Saúde (SUS).

O encontro dos médicos catalisou a insatisfação da classe com a possível entrada de médicos com diplomas de medicina obtidos no exterior sem a respectiva revalidação. Para os participantes, a carência de profissionais no interior não justifica colocar a sociedade em risco com profissionais que podem não ser bem formados. "Os médicos pedem dignidade para si e para seus pacientes. Fomos ao Congresso em defesa de causas legítimas da sociedade e também dos profissionais que vivenciam diariamente as dificuldades existentes na saúde pública do Brasil", afirmou o 1º vice-presidente do CFM, Carlos Vital, no início da concentração no auditório Petrônio Portela, no Senado.

O baixo financiamento do SUS e a possibilidade de o governo oferecer subsídios e destinar recursos públicos para as operadoras de planos de saúde foram pontos fortemente criticados por médicos e parlamentares. "A responsabilidade pelas mazelas da saúde não pode ser transferida aos médicos, mas à falta de financiamento do setor e ausência de uma política de Estado na assistência em saúde, capaz de distribuir e valorizar os profissionais da área", alertou Aloísio Tibiriçá, coordenador da Comissão Nacional Pró-SUS e 2º vice-presidente do CFM.

Durante o ato, que contou com o apoio das três entidades médicas nacionais – Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam) –, os manifestantes solicitaram a criação de uma carreira de Estado para os médicos do SUS. Vários deputados e senadores se manifestaram a favor da causa médica e firmaram o compromisso de lutar pela aprovação de matérias, em tramitação no Congresso Nacional, que favoreçam a medicina e a saúde. Uma destas matérias é a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 454/09, que cria a carreira de médico nos serviços públicos federal, estadual e municipal e estabelece características semelhantes às de juízes e promotores. O tema está em análise e no momento aguarda parecer de comissão especial criada na Câmara. Para o senador Paulo Davim (PV/RN) e o deputado Eleuses Paiva (PSD/SP), que se empenharam para a realização do ato, os médicos – como categoria – têm força política para aprovar demandas de interesse no Congresso.

Fonte: JORNAL MEDICINA, abril de 2013.

Os acontecimentos citados são exemplos da organização coletiva da categoria médica, que procurou articular-se com as esferas políticas e sociais, de forma a ampliar suas bases de apoio e fortalecer o movimento. Pode-se observar que de janeiro a abril de 2013, as entidades médicas estudadas buscaram o diálogo com o governo federal e os movimentos em prol de sua

agenda. Suas lutas ocorreram no seio da sociedade civil e no campo do legislativo. A partir de maio, esse cenário sofreu mudanças, sendo abarcadas outras arenas de lutas. Antes de entrar nos períodos subsequentes, cabe destacar a composição da agenda do movimento médico:

- Criação de carreira de Estado para o médico do SUS, com ênfase na atuação em áreas de difícil provimento;
- Fortalecimento do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos – Revalida;
- Qualificação do ensino médico (graduação e residência), o que inclui o fortalecimento do sistema formador e o fim da abertura de novas escolas médicas;
- Incremento de recursos no orçamento da saúde e aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão – aprovação da Lei de responsabilidade sanitária e a criação de escolas de gestores para o SUS;
- Maior participação do governo federal no financiamento do SUS.

As entidades médicas estudadas concordam que há má distribuição de médicos no país e ausência desses profissionais no SUS. Mas as respostas a esse problema são propostas de forma diferente a do governo federal. Para as entidades médicas nacionais e regionais a resposta para a escassez de médicos no SUS está no desenvolvimento de políticas de valorização e fixação de médicos com ênfase nas carreiras públicas, com o combate a precarização do trabalho médico. Não se vê a necessidade de contratar médicos formados no exterior, há uma urgência em melhorar as condições de trabalho para que os profissionais atuem no SUS.

Nessa direção, o CFM apresentou um plano composto por três ações, que seriam implementadas em diferentes momentos. A primeira proposta do plano foi o estímulo e oportunidade aos médicos brasileiros para que houvesse ocupação de postos de trabalho existentes nas áreas onde se observava a escassez de médicos. A segunda proposta concordava com a contratação de médicos formados no exterior desde que aprovados no Revalida. E a terceira proposta foi a construção e implementação de uma

carreira federal para médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos e bioquímicos (JORNAL MEDICINA, 2013). Essas propostas são descritas na figura abaixo (figura 7).

Figura 7: matéria sobre o programa de interiorização proposto pelo CFM.

**Importação de médicos**

## CFM apresenta Programa de Interiorização

*Conselho leva ao governo estratégias com soluções efetivas para problemas de assistência à saúde no interior*



**Efetividade:** programa cria meios para a atração e fixação do médico

A criação do Programa de Interiorização do Médico Brasileiro é a principal proposta do Conselho Federal de Medicina (CFM) para levar médicos a trabalhar no interior do país. Além de valorizar o profissional brasileiro, a solução – apresentada aos ministérios da Educação e Saúde e ao Palácio do Planalto – estimula a melhora da infraestrutura de trabalho e cria condições efetivas para a atração e fixação dos médicos em áreas remotas. A medida teria caráter emergencial e transitório, com validade máxima de 36 meses, enquanto

se estrutura a solução permanente para a carência de profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS): a carreira de Estado.

No documento aprovado pelo plenário, o CFM apresentou três medidas. Na primeira, propõe o Programa de Interiorização do Médico Brasileiro, que visa alocar profissionais em cidades de até 50 mil habitantes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Outra proposta refere-se à importação de médicos estrangeiros. O CFM mantém a defesa de que os candidatos devam ser

aprovados no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida) em seu formato atual. “Ao defender a exigência do Revalida para os candidatos formados em escolas de medicina do exterior, o CFM apenas quer que sejam seguidas as normas estabelecidas pelo próprio Estado brasileiro e atualmente em vigor para a vinda dos médicos estrangeiros”, argumenta a entidade.

No terceiro item, defende a implantação de uma carreira federal para médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos e bioquímicos que atendem no SUS. A proposta entraria em vigor após as duas ações anteriores, de caráter transitório e emergencial.

Com a apresentação das propostas, o CFM novamente coloca-se à disposição para dialogar com o governo, que, até o fechamento desta edição, não havia se manifestado.

**Conheça os detalhes da proposta**

**Programa de Interiorização do Médico Brasileiro** – Estímulo aos médicos formados no Brasil.

- instalação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), do Programa Saúde da Família (PSF) e de laboratórios de análise clínica em áreas carentes do serviço;
- acesso de médicos e pacientes a insumos e equipamentos de diagnóstico e terapia; apoio de equipe multiprofissional e acesso de rede de referência e contrarreferência;
- priorização dos municípios das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste sem médicos residentes no local ou com até 50 mil habitantes, confirmada a escassez de profissionais na atenção primária e a baixa oferta de serviços.

**Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos** – Entrada de médicos com diplomas obtidos no exterior aprovados no Revalida, mantendo-se as atuais forma e conteúdo do exame. Outras exigências:

- atestado de bons antecedentes éticos e criminais;
- certificado de proficiência em língua portuguesa para estrangeiros (Celpe-Bras);
- inscrição nos CRMs do estado onde atuará.

**Carreira de Estado** – Construção e implementação de carreira federal para médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos e bioquímicos.

- priorização de especialidades segundo necessidades sociais e epidemiológicas das regiões e do porte populacional dos municípios;
- vínculo com o Ministério da Saúde em Regime Jurídico Único (Lei 8.112/99) com ingresso por concurso público de provas e títulos;
- jornada de trabalho de 40h semanais (dedicação exclusiva) para o médico; previstas gratificações, critérios de promoção e de progressão funcional.

Íntegra disponível em <http://bit.ly/113AgAV>

Fonte: JORNAL MEDICINA, maio de 2013.

No mesmo período em que esse plano foi lançado, acirraram-se as relações entre as entidades médicas estudadas e o Estado. A contratação de médicos formados no exterior para atuarem em regiões do interior do Brasil e nas periferias tornou-se uma realidade cada vez mais próxima, e as entidades médicas passaram também a atuar na arena do Poder Judiciário. O CFM ingressou na Procuradoria Geral da República (PGR) com uma representação contra os ministros da Saúde – Alexandre Padilha –, da Educação – Aloizio Mercadante – e das relações exteriores – Antônio Patriota. A entidade solicitou esclarecimentos sobre os acordos que pretendiam garantir a vinda de médicos formados no exterior para o Brasil sem a revalidação de diplomas. No documento, o CFM falou sobre os riscos da ‘importação’ de médicos sem critérios rígidos de avaliação e argumentou ainda, que trazer médicos do exterior sem revalidação dos diplomas seria proporcionar uma medicina de baixa qualidade para as populações mais pobres (JORNAL MEDICINA, 2013).

A importação de médicos estrangeiros sem revalidação, apresentada como solução do governo federal para a interiorização da medicina, foi alvo de reações das entidades médicas. Em meio a fatos, boatos e contradições do poder executivo, o CFM travou embates políticos, no legislativo e no Judiciário, em favor na manutenção dos critérios do Revalida e pela qualidade técnica e ética do atendimento à população [...] "O CFM não se opõe à entrada de médicos qualificados para trabalhar no Brasil, independentemente de sua nacionalidade. Médicos brasileiros, cubanos, europeus, todos os que tiverem seus diplomas emitidos no exterior, devem ser submetidos ao Revalida, sem calibragens", defende Roberto d'Ávila, presidente do CFM – que destaca que a Constituição não estipulou cidadãos de segunda categoria, não podendo então permitir que a população de áreas consideradas de difícil provimento seja atendida por médicos cuja formação suscita dúvida (JORNAL MEDICINA, p.4).

Assim como o CFM, a AMB e a FENAM se colocaram contra a contratação de médicos formados no exterior sem a revalidação dos diplomas. A AMB considerou a iniciativa do governo de trazer esses profissionais sem o Revalida, como a elaboração de uma ‘medicina dos pobres’, que colocaria em risco a população (JAMB, 2013). Já a FENAM relacionou a defasagem no número de médicos nas cidades do interior e periferias das grandes cidades com a falta de subsídios e de convênios que valorizam o trabalho (FENAM, 2013). Cabe destacar, a reportagem publicada no Jornal Medicina em maio de

2013, onde o CFM relaciona o anúncio da vinda de médicos formados no exterior com uma crise na medicina. Na figura 8, se expõe o que seria uma 'cronologia da crise'.

**Figura 8: publicação sobre a 'crise' entre a categoria médica e o governo federal.**

Cronologia da crise	
<b>3 de maio:</b>	a ministra das Relações Institucionais, Ideli Salvatti, admite em encontro com prefeitos que o governo federal elabora decreto para contratar médicos estrangeiros.
<b>6 de maio:</b>	o ministro das Relações Exteriores, Antônio Patriota, declara que o Brasil trará 6 mil médicos cubanos por cooperação técnica. O CFM e as entidades médicas divulgam notas de repúdio e exigem a manutenção do Revalida.
<b>7 de maio:</b>	o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, nega a revalidação automática de diploma e a importação apenas de cubanos, alegando que o governo estuda trazer médicos europeus.
<b>8 de maio:</b>	o 1º vice-presidente do CFM, Carlos Vital, defende no Senado Federal a criação da carreira de Estado para médicos da rede pública.
<b>14 de maio:</b>	o ministro da Educação, Aloizio Mercadante, fala em "calibrar" o Revalida durante audiência promovida pelo Senado.
<b>15 de maio:</b>	o CFM entrega aos deputados um dossiê contrário à proposta do Executivo.
<b>16 de maio:</b>	o CFM ingressa na Procuradoria Geral da República com representação contra os ministros da Saúde, Educação e Relações Exteriores.
<b>20 de maio:</b>	o ministro da Saúde diz, em encontro da OMS, na Suíça, que o Brasil não exigirá o Revalida de médicos de Portugal e Espanha. Representante da OMS declara que a importação de médicos "não é a panaceia".
<b>21 de maio:</b>	o CFM e os CRMs divulgam carta aberta à presidente Dilma Rousseff solicitando a mediação do Palácio do Planalto.
<b>23 de maio:</b>	o ministro da Saúde quantifica o déficit de médicos no Brasil e afirma estudar alternativas para a admissão de profissionais estrangeiros.
<b>24 de maio:</b>	o CFM defende a criação de carreira federal em até 36 meses, detalha critérios para a "importação" de médicos e apresenta o Programa de Interiorização do Médico Brasileiro.

Fonte: JORNAL MEDICINA, maio de 2013.

Antes do acirramento dos embates com o governo federal, as entidades médicas nacionais participaram de um grupo de trabalho, integrado por representantes do MS e secretários estaduais e municipais de saúde. Esse grupo foi criado no início de junho de 2013 com o propósito de estudar medidas para o provimento de médicos no âmbito do SUS. Contudo, após duas reuniões, as entidades médicas se retiraram do grupo de trabalho, por não se sentirem ouvidos (JORNAL MEDICINA, 2013).

A partir da análise dos documentos emitidos pelo CFM, FENAM e AMB, pude observar que a arena de lutas dessas entidades médicas se estendeu ao poder judiciário. Em maio de 2013, o CFM em conjunto com a AMB e FENAM tomaram medidas judiciais contra o governo federal diante da ameaça da vinda de médicos formados no exterior para o Brasil sem a revalidação do diploma. Além disso, as entidades médicas buscaram apoio da sociedade para a criação da carreira de Estado para a categoria. Também estimularam o debate sobre essa temática, envolvendo setores do Congresso. A carreira de Estado, conforme defendida pelas entidades médicas, é vista como a forma ideal de garantir a migração de profissionais das regiões Sul e Sudeste e das capitais para as cidades do interior e periferias das grandes metrópoles (JORNAL MEDICINA, 2013, JAMB, 2013).

Em junho ocorreram diversas manifestações em todo o país que reuniu médicos, estudantes representantes das entidades médicas, onde foram cobradas do governo federal medidas como: a aplicação do Revalida para todos os médicos que se formaram fora do Brasil e vierem atuar no país; a destinação de no mínimo 10% da receita bruta da União para a saúde; a aprovação da proposta de criação de carreira de Estado para o médico – semelhante à do Judiciário – (JORNAL MEDICINA, 2013, JAMB, 2013, FENAM, 2013). Essa agenda de luta da categoria recebeu o apoio de parlamentares, em sua maioria médicos. A mídia também passou a dar visibilidade maior às manifestações da categoria com a participação de representantes do CFM e da AMB em programas de TV para debater a questão da interiorização da medicina, assim como publicação de reportagens impressas sobre a temática contendo a opinião desses representantes.

Como mencionado anteriormente, o movimento dos médicos ocorreu no mesmo período em que surgiram no Brasil as manifestações conhecidas atualmente como as 'jornadas de junho'. As reivindicações em prol do SUS de qualidade, possibilitou o engajamento do movimento da categoria médica às manifestações populares que ocorreram em todo o país.

Diante desses protestos, a presidente Dilma Rousseff anunciou uma série de medidas no intuito de dar uma resposta às ruas. Dentre essas medidas, anunciou para a saúde pública: a contratação de médicos formados no exterior como medida de emergência, a construção de novas unidades de saúde, a abertura de 11.447 novas vagas para a graduação em Medicina e 12.376 para a residência médica<sup>31</sup>. Essas medidas geraram repercussões negativas entre a categoria médica, que já vinha dando sinais de insatisfação em relação a vinda de médicos formados no exterior sem a devida revalidação dos diplomas e também em relação a abertura 'desenfreada' de novas vagas para o curso de medicina.

No jornal O Globo é dado grande destaque às manifestações e às respostas dadas pela presidente diante da pressão das ruas. Quanto às medidas propostas para a saúde pública, as reportagens dão ênfase a questão da contratação dos médicos formados em outros países e às reações da categoria médica contra essa medida.

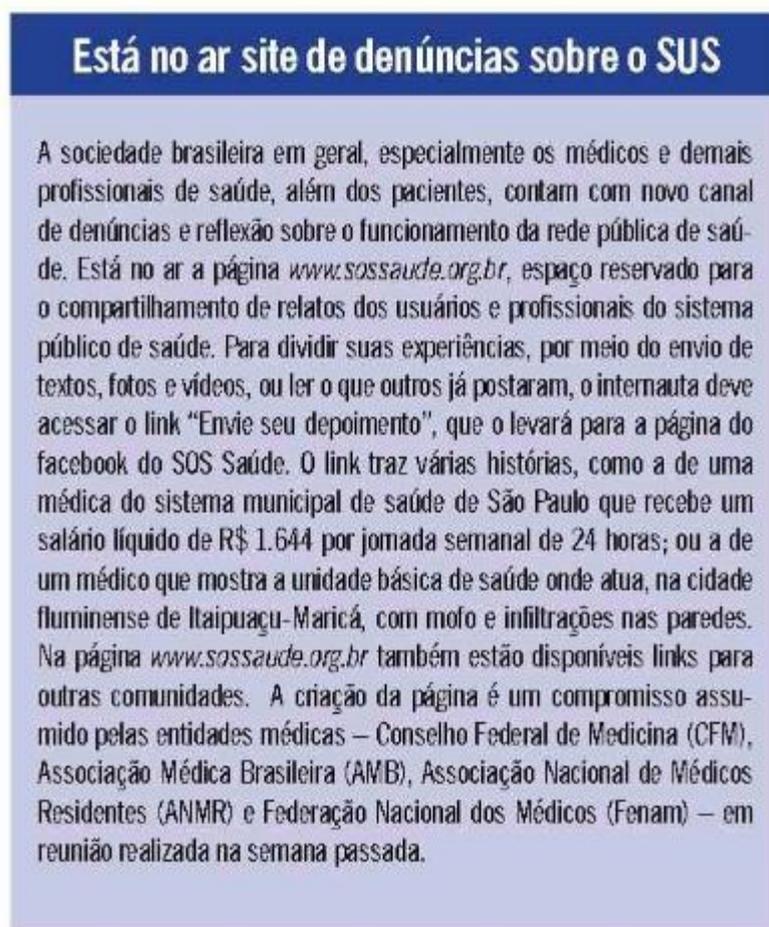
Diante do anúncio proferido pela presidente, as entidades médicas nacionais buscaram fortalecer suas alianças, com o apoio de parlamentares, estudantes de medicina, médicos e sociedade civil. Vários movimentos ocorreram em todo país, tendo em sua agenda temas como: as condições de trabalho do médico, o Revalida, a qualidade do ensino médico e a criação de uma carreira de Estado. Foram criados canais de comunicação, onde as pessoas podiam denunciar a precariedade dos serviços do SUS, o que aproxima a categoria aos usuários do sistema (figura 9). As entidades

---

<sup>31</sup> EXAME. **Veja íntegra do discurso de Dilma Rousseff sobre os 5 pactos.** Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/veja-integra-do-discurso-de-dilma-rousseff-sobre-os-5-pactos/>. Acesso em 22 de novembro de 2017.

médicas pesquisadas criaram importantes frentes de oposição ao governo Dilma Rousseff, que serão tratadas nos próximos pontos.

**Figura 9: anúncio da criação do site de denúncias sobre o SUS.**



Fonte: JORNAL MEDICINA, junho de 2013.

De janeiro a junho de 2013, as atenções da categoria médica se voltaram para a abertura do mercado trabalho para médicos formados em outros países. As entidades médicas nacionais se colocaram contra a intervenção do Estado para facilitar a entrada de 'estrangeiros' no Brasil, considerando a atitude do governo federal uma ameaça à profissão no país. De acordo com o presidente do CFM, Roberto Luiz D'Avila:

Nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população. A decisão do governo de trazer médicos estrangeiros sem a aprovação dos candidatos pelo Revalida - em seu formato atual - é um gesto ímpar de recusa de entendimento ao apelo das ruas (JORNAL MEDICINA, 2013, p. 2).

As entidades médicas nacionais publicaram uma carta aberta à população, mostrando sua posição contrária às medidas anunciadas pelo governo federal para a saúde pública e pontuando sua agenda de reivindicações e ações. Afirmaram na carta que a reação das entidades médicas representava a resistência dos profissionais e cidadãos ao estado de abandono em que se encontrava a rede pública de saúde e caracterizaram as medidas do governo federal como medidas midiáticas, que não resolveriam o acesso e a qualidade do atendimento nos serviços de saúde<sup>32</sup>.

Declararam que as ações das entidades médicas eram corporativas "no sentido de unir a força das entidades em prol do bem comum e da vida dos brasileiros". Informaram a intensificação da luta em defesa do SUS e pelas condições de trabalho para o pleno exercício da medicina e anunciaram as seguintes ações (CFM, 2013):

1. Mobilização nacional dos médicos e sociedade em defesa do SUS e da medicina de qualidade, por meio de atos públicos;

2. Apoio a aprovação do projeto de lei que prevê a criação de uma carreira de Estado para o médico, considerado o único caminho para o estímulo à interiorização da medicina;

3. Incentivo a coleta de 1,5 milhão de assinaturas para que a apresentação do projeto de lei de iniciativa popular Saúde +10 seja viável. Tal projeto prevê o mínimo de 10% da receita bruta da União em investimentos na saúde;

4. Defesa da derrubada do Decreto Presidencial que modificou a Comissão Nacional de Residência Médica, "tornando-a não representativa e refém dos interesses do Governo, o que sucateou a formação de médicos especialistas no país";

---

<sup>32</sup> Carta aberta aos médicos e à população brasileira, 2013. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23912%3Acarta-aberta-aos-medicos-e-a-populacao-brasileira&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23912%3Acarta-aberta-aos-medicos-e-a-populacao-brasileira&catid=3) . Acesso em 22 de janeiro de 2018.

5. Atuação contra a 'importação' de médicos formados em outros países sem a revalidação de seus diplomas;

6. Vistoria das principais unidades de saúde do país, com encaminhamento de denúncias ao Ministério Público e outros órgãos de fiscalização mostrando a precariedade da infraestrutura de atendimento que afeta pacientes e profissionais;

As entidades médicas terminam a carta declarando o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, como *persona non grata* para a sociedade, por adotar medidas consideradas eleitoreiras que poderiam colocar a vida e a saúde da população em risco. Assinaram a carta a AMB, A Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), o CFM e a FENAM.

#### **4.3 A 'ameaça' se torna real: o lançamento do PMM**

Num contexto de fortes manifestações populares em todo o país, foi lançada em 8 de julho de 2013, a Medida Provisória (MP) 621. Essa medida tinha como objetivos:

Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias do SUS; fortalecer a prestação de serviços na atenção básica no País; aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para a atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, MP 621 de 8 de julho de 2013).

Duas questões são relevantes na análise dessa MP: primeiro, o Estado entra como regulador do ensino médico, assumindo o controle da oferta de vagas dos cursos de medicina privados e determinando mudanças

significativas na formação médica; e segundo, a possibilidade de contratação de médicos formados em outros países por vias criadas pelo Estado. Essas questões ficam ainda mais claras quando observamos na MP, as ações a serem tomadas para o cumprimento dos objetivos:

I reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para a residência médica, priorizando regiões de saúde com menos relação de vagas e médicos por habitantes e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; II estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e III promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, MP 621 de 8 de julho de 2013).

A instituição da referida MP acirrou os embates entre as entidades médicas nacionais e o Estado. Confirmou-se o temor dessas entidades de que o governo federal facilitaria a entrada de médicos formados no exterior para atuarem no Brasil. Além disso, o governo federal passava a assumir o controle sobre os cursos de medicina privados e oferta dos cursos de residência médica. A partir desse momento, a arena de lutas das entidades médicas estudadas passou a ser prioritariamente o legislativo e o judiciário, com vistas a impedir que a MP do PMM fosse adiante.

A mídia tornou-se um fator importante desde o lançamento da MP 621/2013, pois contribuiu para a formação de opinião sobre o PMM e sobre as reações da categoria médica diante do mesmo. Veremos mais adiante que a mídia foi decisiva para a mudança de estratégia das entidades médicas quanto ao PMM, pois em determinados casos construiu a ideia de que a categoria médica estava agindo de forma preconceituosa e corporativista.

Os meios de comunicação apresentam papel fundamental na formação de opinião. Cotidianamente a mídia difunde informações carregadas de sentidos que dialogam com a população e ajudam na constituição de ideias sobre determinado tema. Em relação ao PMM, a mídia apresentou papel fundamental, mesmo antes do lançamento do programa, quando criou um cenário de expectativas quanto a vinda de médicos formados em outros países, principalmente em Cuba, e as tensões entre categoria médica e governo federal.

Com o lançamento da MP 621/2013, o jornal pesquisado deu grande ênfase a temas específicos da medida, como a contratação de médicos estrangeiros – tema já noticiado anteriormente – e a obrigatoriedade de o estudante de medicina atuar no SUS por dois anos antes de se formar, ampliando o curso de seis para oito anos. Nas publicações analisadas, o PMM aparece na fala dos representantes do governo federal como uma medida necessária, devido à ausência de médicos nas regiões do interior do Brasil e áreas periféricas de grandes cidades. Na figura 10, apresento a matéria sobre o lançamento do Mais Médicos, onde se dá maior destaque à medida que estabelece mais dois anos na formação do médico, como serviço obrigatório no SUS.

Figura 10: matéria sobre o lançamento do PMM.



Fonte: JORNAL O GLOBO, 9 de julho de 2013

Na maioria das publicações, aparecem o posicionamento das entidades médicas nacionais – CFM, AMB e/ou FENAM – onde as mesmas se colocam contra o PMM, caracterizando-o como uma medida ‘eleitoreira’ e ‘paliativa’. Essas entidades se colocaram contrárias às modificações propostas para o curso de medicina, argumentando que os alunos de medicina já passavam por um período do curso por serviços do SUS e que a obrigatoriedade de mais dois anos da formação nos serviços da rede pública de saúde se caracterizava como medida autoritária. Se posicionaram também em relação a abertura de mais vagas para a graduação e residência médica, salientando

que tais medidas abririam espaço para uma formação de baixa qualidade, visto que nem todas as universidades teriam corpo técnico e estrutura para disponibilizar a graduação e especialização adequada para os alunos. Destacaram ainda que não faltavam médicos no Brasil, mas existia uma precarização das condições de trabalho em grande parte dos municípios, sendo este um fator que contribuía para a ausência de médicos (JORNAL MEDICINA, 2013; JAMB, 2013).

Na figura abaixo apresento matéria sobre a reação das entidades médicas diante do anúncio do Mais Médicos para exemplificar como essas entidades se posicionaram em relação ao programa. É importante notar que as entidades médicas pedem a intervenção do Estado para a criação de uma carreira para o médico no setor público. Não sendo contrárias a regulação estatal desde que esta seja de acordo com os interesses da categoria.

Figura 11: matéria sobre a reação das entidades médicas contra o PMM.

# Entidades médicas tentarão barrar medidas na Justiça

## Dispensa do Revalida para estrangeiros é um dos principais alvos

EVANDRO ÉBOLI, ISABEL BRAGA E  
EDUARDO VANINI  
isabraga@bsb.oglobo.com.br

**-BRASÍLIA E RIO-** Entidades médicas fizeram duras críticas às medidas anunciadas pelo governo federal, no Mais Médicos. Elas anunciaram que irão à Justiça e até ameaçaram com uma greve da categoria. O Conselho Federal de Medicina (CFM) classificou as iniciativas como irresponsáveis e de apelo midiático. E informou que questionará na Justiça a constitucionalidade das medidas. A Federação Nacional dos Médicos quer aproveitar a manifestação da próxima quinta-feira e discutir uma paralisação dos médicos no país. O presidente dessa entidade, Geraldo Ferreira, disse que o programa do governo precariza o serviço público e institui o "trabalho escravo" no exercício da profissão:

— Lamentamos profundamente a contratação do médico de forma precarizada como foi anunciada. O que o governo deveria fazer era realizar concursos e pagar decentemente o profissional, e não oferecer bolsa de R\$ 10 mil, o que desrespeita a legislação trabalhista. Causa revolta — disse Ferreira.

Em nota, o CFM e outras entidades afirmaram que as medidas são paliativas e de resultado duvidoso. O conselho criticou a ampliação do curso de Medicina em dois anos, destinados a serviços de atendimento básico no SUS. "A ampliação dos cursos de Medicina em dois anos é uma manobra que favorece a exploração da mão de obra", afirmou a nota.

Os dirigentes dessas entidades condenaram a contratação de médicos estrangeiros e a não exigência do Revalida para os candidatos às vagas oferecidas. Argumentaram que importar mé-

dicos sem submetê-los a um exame é um risco para a sociedade.

— Não temos nada contra os estrangeiros, desde que façam o Revalida. Em nenhum país sério se faz assim. Trazer médico estrangeiro sem avaliar sua qualificação é colocar a população em risco. Não sabemos se o profissional está apto a atender os pobres, que já sofrem sadlos e que vão sofrer ainda mais doentes. E todo o dano causado ao cidadão brasileiro vamos denunciar e responsabilizar as pessoas do ministro e da presidente da República, que patrocinam essa atrocidade — disse Florentino Cardozo, presidente da Associação Médica Brasileira.

Ferreira foi na mesma linha:

— Precisamos dar uma resposta forte. O sentimento do médico é de que o governo procura confronto — disse. — O Revalida é o atestado desse médico. Sem ele não teremos a menor condição de saber se o profissional tem formação adequada. O pior é que o governo quer trazer sem o Revalida e fixá-lo num lugar de onde ele não poderá sair. Isso é trabalho escravo. Vamos denunciar na OIT (Organização Internacional do Trabalho).

Ferreira também criticou a exigências que nos dois últimos anos do curso o profissional se dedique ao SUS.

— É indecente. O médico não completa o curso em seis anos. Faz mais três

ou cinco de especialização para entrar no mercado. Ou seja, vai pular de 11 para 13 anos de formação. É um contrassenso — disse.

O CFM, em nota, disse que recorrerá à Justiça. "Nos próximos dias, deverá ser feito o questionamento jurídico da iniciativa do governo, o qual contraria a Constituição ao estipular cidadãos de

segunda categoria, atendidos por pessoas cujas formação profissional suscita dúvidas."

Universidades reagiram com cautela. Representantes de faculdades de Medicina de UFRJ, Uerj e UFMG informaram que precisavam se inteirar dos detalhes.

Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Luciano Moreira achou válida a vivência do aluno no SUS. Para ele, é justificável o aluno de universidade pública prestar esse servi-

ço ao país. Mas criticou a duração do ciclo de dois anos.

— Um ano seria suficiente. Caso contrário, esse aluno poderá demorar até dez anos para chegar ao mercado de trabalho, levando em consideração a residência. Pode ser desestimulante para ele — disse.

Moreira frisou que, para a estratégia dar certo, o governo precisa se preocupar em garantir condições básicas para os estudantes nas unidades do SUS:

— Em muitos postos não há sequer analgésicos ou aparelho para medir pressão. Ninguém tem condições de trabalhar e fazer milagre. ●

“

Precisamos dar uma resposta forte. O sentimento é de que o governo procura confronto”

Geraldo Ferreira  
Federação Nacional dos Médicos

Fonte: JORNAL O GLOBO, 9 de julho de 2013.

Diante do anúncio da MP 621/2013, as entidades médicas se mobilizaram, por meio de ações judiciais, para barrar a medida. O CFM foi a primeira entidade a questionar na Justiça o Mais Médicos, em seguida a AMB protocolou duas ações na Justiça Federal do DF, solicitando mandado de segurança contra a MP. Foi a primeira vez, desde a sua criação, que essa entidade médica entrou com uma ação judicial contra o governo federal. A FENAM seguiu os mesmos caminhos que o CFM e a AMB (JAMB, 2013; JORNAL MEDICINA, 2013).

Outra medida que acirrou os embates entre as entidades médicas e o governo federal foram os vetos feitos pela presidente Dilma Rousseff ao sancionar a Lei de nº: 12.842, que dispõe sobre o exercício da medicina. A presidente vetou pontos importantes que determinavam as atividades privativas da profissão. Os vetos foram considerados pelas entidades médicas como mais um ato de agressão contra a categoria.

Em meados de julho, as entidades médicas nacionais criaram o Comitê Nacional de Mobilização – composto por membros da AMB, do CFM, da FENAM e ANMR – que ficou responsável por definir os caminhos do movimento médico. As medidas tomadas pelo governo federal organizaram as entidades médicas nacionais em um discurso único em defesa da categoria. Foi realizada uma edição extraordinária do Encontro Nacional das Entidades Médicas (ENEM) em Brasília. Nesse encontro, os médicos presentes fizeram visitas a parlamentares de seus respectivos estados a fim de buscar apoio contra o PMM e os vetos feitos a lei do Ato Médico. Também foi realizado um ato público com a presença de parlamentares e uma manifestação (JORNAL MEDICINA, 2013, JAMB, 2013).

Além do ENEM, as entidades médicas tomaram a decisão de deixar de participar de todas as câmaras, comissões e grupos de trabalho dos ministérios da Saúde e da Educação e retiraram-se do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Há dessa forma, o rompimento com os canais de diálogo com o governo e suas instâncias (figura 12)

**Figura 12: matéria sobre a saída das entidades médicas das comissões e conselhos da União.**

**Confronto com Dilma**

# **Médicos rompem com governo**

**Acusando o governo de ser autoritário, quatro entidades que representam médicos decidiram renunciar aos postos que ocupavam em comissões e conselhos da União. Eles anunciaram uma “batalha jurídica” contra medidas recentes de Dilma. PÁGINA 3**

Fonte: JORNAL O GLOBO, 20 de julho de 2013.

Cabe aqui destacar a rápida capacidade de articulação política da categoria médica diante das medidas do governo federal, sendo o Congresso Nacional uma arena de lutas importante para as entidades médicas. O ENEM também foi considerado pelas entidades médicas nacionais como uma reação à pressão que os prefeitos e representantes do governo federal realizaram junto aos deputados e senadores para que a MP 621/2013 fosse aprovada (JAMB, 2013). A figura abaixo, apresenta o manifesto realizado pelas entidades médicas no ENEM, que demonstra pontos importantes da agenda de lutas do movimento que se formou.

**Figura 13: manifesto realizado pelas entidades médicas no ENEM.**

**O QUE NOS ATACA, NOS UNE E FORTALECE**

É cada vez mais evidente, por parte do governo, a escolha de estimular a criação de dois tipos de medicina no país. O primeiro atenderia as classes mais abastadas, que continuariam a receber atendimento de excelência com médicos bem treinados e estrutura de Primeiro Mundo. O segundo, seria voltado para a população mais carente e vulnerável, condenada a receber um arremedo de assistência prestada por profissionais formados no exterior sem comprovação de capacidade e por residentes sem preceptoría adequada em localidades sem a mínima estrutura de atendimento.

Diante desse quadro, os 10 vetos à Lei do Ato Médico e a Medida Provisória 621/13 (Programa Mais Médicos) representam novos ataques frontais à assistência de qualidade e à medicina brasileira. A reação expressa a esses golpes – inclusive por outros segmentos importantes da sociedade – constitui forte indicativo dos equívocos das decisões tomadas, que carecem de embasamento técnico, legal e ético.

Sendo assim, reunidos em Brasília, os representantes da categoria médica de todo o país alertam a sociedade e ao governo para o futuro nebuloso que resultará dos rumos adotados. No entanto, ante a possibilidade de reverter este cenário, os médicos brasileiros, comprometidos com a saúde pública e com a oferta de serviços qualificados, apontam os seguintes encaminhamentos:

**Ao Congresso Nacional**

- Entendemos que o Poder Legislativo deve ter sua autonomia respeitada pelo governo, preservando-se as decisões aprovadas em plenário, após inúmeros debates e audiências, como resultado do entendimento de representantes eleitos pelo povo.
- Acreditamos que ante as agressões expressas nos vetos à Lei do Ato Médico e na edição da MP 621/13, o Senado e a Câmara dos Deputados devem ser ouvidos como fóruns legítimos de representação, cabendo-lhes a tarefa de eliminar as distorções das regras encaminhadas, evitando que a população seja penalizada.

individuais de acesso à assistência de qualidade.

- Lembramos aos gestores os riscos por eles assumidos ao propor que médicos – formados em outros países e sem a devida comprovação de competência nos moldes do Revalida e sem domínio da língua portuguesa (mensurado pelo Celpe/Bras) – atendam a população.
- Cobramos dos gestores a oferta de condições de trabalho e de atendimento que permitam o exercício da medicina, o aumento dos investimentos em saúde (mínimo de 10% da receita corrente do país) e a qualificação da gestão e do sistema formador de ensino.
- Queremos a contratação de profissionais médicos, formados no Brasil ou no exterior, aprovados pelo Revalida, por meio de concurso público nacional, com seus direitos trabalhistas garantidos.

**À sociedade em geral**

- Na condição de médicos e também de pacientes, expressamos nossa solidariedade aos cidadãos que sofrem com problemas da assistência no país. Reafirmamos que o enfrentamento dessas dificuldades não deve ser resumido à presença – ou não – do médico nas unidades de atendimento. Cabe aos cidadãos reagir aos pontos previstos na MP 621/13, que, de forma alguma, assegurarão os serviços de qualidade exigidos nas recentes manifestações nas ruas.
- Propomos, ainda, a defesa da criação da carreira de Estado para o médico, ponto essencial à interiorização permanente da assistência em saúde, com a fixação do profissional e a melhoria das infraestruturas de atendimento em áreas remotas.

Finalmente, nós, médicos brasileiros, mantemos nossa disposição em contribuir com o melhor de nossa capacidade para a saúde pública, mas sem compactuar com propostas improvisadas e eleitoreiras que não solucionarão os graves problemas do SUS, conquista maior da sociedade. A resistência às agressões, mais do que nunca, prova nosso compromisso com o cidadão. Os ataques constantes nos une e fortalece.

Fonte: JORNAL MEDICINA, agosto de 2013.

A FENAM, a AMB e o CFM consideravam que a MP 621/2013 criava duas categorias de profissionais da medicina: uma formada pelos profissionais que podiam exercer a medicina livremente em todo território nacional e a outra formada por profissionais do PMM, que poderiam exercer a medicina apenas no local especificado pelo governo federal. A segunda categoria de profissionais não seria capaz de lidar com os problemas de saúde da população a não ser que fossem aprovados no Revalida. Ressalto aqui, a questão da hegemonia do saber médico presente – discutido no primeiro capítulo – no discurso dessas entidades, que difundiam que apenas o saber que elas elegem é o adequado a se seguir.

Os atos contrários ao PMM se intensificaram e geraram impacto nas inscrições do primeiro ciclo do programa. O governo federal denunciou que médicos brasileiros estavam realizando boicote ao Mais Médicos, criando inscrições falsas, ou se inscrevendo com o intuito de desistirem do programa

em seguida. As entidades médicas, em contrapartida, denunciaram que o governo federal estava dificultando as inscrições dos médicos brasileiros, devido a vários erros no sistema de inscrições, para facilitar a entrada de médicos formados o exterior. Se houve boicote ou sabotagem não há como afirmar, mas fato é que poucos médicos brasileiros tiveram suas inscrições validadas pelo PMM. Mas o número de inscrições de médicos formados em outros países também não foi grande. Diante desse quadro, abriu-se o caminho para a vinda de médicos formados em Cuba, por meio de acordo firmado com a OPAS.

#### 4.3.1 “Os intercambistas que vieram participar do programa lançado pelo governo federal não são médicos no Brasil”<sup>33</sup>: a chegada dos médicos cubanos

Até o final de 2016, os médicos cubanos atuavam em 62 países, dentre os quais 35 deles pagaram por esses serviços. A exportação de serviços profissionais do setor saúde se tornou a principal fonte de renda de Cuba, ultrapassando o faturamento com turismo. Além disso, o sistema de envio de médicos para outros países é uma ferramenta diplomática para o país. Brasil e Venezuela são os mercados mais importantes para os médicos cubanos.<sup>34</sup>

Assim que foi anunciada a possibilidade de acordo entre Brasil e Cuba para a vinda de médicos intercambistas, tanto os meios de comunicação das entidades médicas, quanto da grande mídia divulgaram matérias sobre as experiências dos médicos cubanos em países como a Venezuela. Entidades médicas argumentaram que nesse país, a experiência com os médicos cubanos não foi satisfatória – com baixos resultados nos índices de saúde –,

---

<sup>33</sup> Fala do presidente do CFM, Roberto Luiz D’Ávila em artigo escrito para o jornal do CFM de setembro de 2013.

<sup>34</sup> EXPORTAR médicos está se tornando a maior fonte de renda de Cuba. Folha Digital. São Paulo, 18 de abril de 2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2017/04/1876523-exportar-medicos-esta-se-tornando-a-maior-fonte-de-renda-de-cuba.shtml>. Acesso em 22 de janeiro de 2018.

servindo como uma estratégia de o governo de Hugo Chávez se manter no poder (JAMB, 2013).

Além disso, foi lembrado que no Brasil a iniciativa de contratar médicos cubanos não era nova. Em 1998, o estado do Tocantins firmou acordo com Cuba e contratou médicos cubanos que atuaram prioritariamente nas regiões do interior, sem a necessidade de revalidação dos diplomas. Na época o acordo foi possível graças a Convenção Regional sobre o Reconhecimento de Estudos, Título e Diplomas de Ensino Superior na América Latina e no Caribe, de 1974<sup>35</sup>. A atuação dos médicos nesse estado vigorou até o ano de 2005, quando devido a várias ações judiciais feitas pelo CRM de Tocantins e pelo Ministério Público do Trabalho o programa foi cancelado<sup>36</sup>.

A partir de agosto de 2013, começaram a chegar ao Brasil médicos de Cuba, por meio de acordo firmado com o governo cubano e intermediado pela Opas. A chegada dos médicos cubanos é um dos fatores mais relevantes para se compreender os embates políticos entre as entidades médicas e o Estado em torno do PMM, pois foi nesse momento que o movimento da categoria médica se tornou mais incisivo em suas ações e a mídia apareceu como um elemento crucial para a construção da imagem da categoria médica.

Diante do alto número de desistentes no PMM, o governo federal anunciou a vinda de 4 mil médicos cubanos para atuarem na AB das regiões do interior e das periferias das grandes cidades do Brasil. A partir desse anúncio, o discurso das entidades médicas passou a focar suas críticas no acordo firmado com o governo cubano e nas condições de trabalho a que os médicos cubanos se submeteriam no país. Em nota pública divulgada em agosto de 2013, o CFM e os CRMs informaram que o PMM desrespeita à lei que exige a validação de diplomas obtidos no exterior, incentiva a precarização das relações de trabalho, propicia a existência de situações

---

<sup>35</sup> Esse tratado assegurava a maior mobilidade de professores, estudantes, pesquisadores e profissionais na região, a fim de evitar a emigração de talentos para países desenvolvidos. A convenção vigorou de 1977 a 1999 (fonte disponível em: <http://acervo.estadao.com.br/noticias/acervo,tocantins-contratou-medicos-cubanos-em-1998,9219,0.htm>. Acesso em 22 de janeiro de 2018)

<sup>36</sup> Disponível em: <http://acervo.estadao.com.br/noticias/acervo,tocantins-contratou-medicos-cubanos-em-1998,9219,0.htm>. Acesso em 22 de janeiro de 2018.

análogas à semiescraavidão entre médicos e o descaso na montagem de uma rede de atendimento que seja eficaz<sup>37</sup>. A nota também orienta os médicos brasileiros que “sempre que procurados devem prestar atendimento aos pacientes com complicações decorrentes de atendimentos realizados por médicos estrangeiros contratados sem a revalidação de seus diplomas” (CFM, 2013, p.1).

Além disso, as entidades médicas, relacionaram a vinda de médicos cubanos à uma estratégia de financiamento do Brasil ao regime cubano e a uma tentativa de reprodução desse regime nas cidades do país:

No caso dos 'médicos importados de cuba', é preciso estar alerta para que medidas coercitivas ou limitadoras praticadas em regimes autoritários ou ditatoriais não se reproduzam nos municípios do interior ou nas periferias das grandes cidades com a desculpa de que essas pessoas estão nestes locais para 'atender a população' (JORNAL MEDICINA, 2013, p.3).

As entidades médicas nacionais passaram para os médicos brasileiros a ideia de que todos os médicos formados no exterior que atuavam no PMM, não tinham competência para atuarem no Brasil. Tal fator contribuiu para uma série de ações corporativistas e preconceituosas por parte de médicos brasileiros que repercutiram na mídia de forma negativa. Essa repercussão negativa fez com que na mesma nota citada acima, o CFM e os CRMs condenassem qualquer forma de preconceito ou xenofobia. Contradizendo assim suas concepções a respeito dos médicos cubanos.

Com chegada dos médicos cubanos ao Brasil, o jornal pesquisado, focou suas atenções nos protestos dos médicos brasileiros – em muitos casos marcados por atitudes preconceituosas e agressivas –; nas condições de trabalho dos médicos intercambistas no Brasil; nas histórias dos médicos cubanos; e nas críticas aos CRMs que se negaram a disponibilizar registros provisórios aos médicos estrangeiros. Em relação a essa questão, foram publicadas matérias em que apareciam pacientes aguardando ansiosos a

---

<sup>37</sup> Nota de esclarecimento à sociedade. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24112:entidades-condenam-acordos-que-abrem-brechas-a-semiescraavidao-de-medicos-&catid=3:portal](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24112:entidades-condenam-acordos-que-abrem-brechas-a-semiescraavidao-de-medicos-&catid=3:portal). Acesso em 22 de janeiro de 2018.

chegada de médicos, que ainda não podiam atuar devido às ações dos CRMs. A figura abaixo exemplifica uma das reportagens realizadas sobre a demora para que os CRMs emitissem os registros provisórios aos médicos estrangeiros.

**Figura 14: matéria sobre a demora para que os CRMs emitam registro provisório aos médicos intercambistas.**

# Sem pressa com a dor alheia

Batalhas judiciais e burocracia atrasam início do trabalho de estrangeiros do Mais Médicos

JULIANA CASTRO  
juliana.castro@oglobo.com.br  
LETICIA FERNANDES  
leticia.fernandes@oglobo.com.br

**em, recife, torresma, fortaleza e são paulo.** Batalhas judiciais nos estados e a exigência de documentos adicionais pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) devem atrasar ainda mais a entrada dos estrangeiros no programa Mais Médicos, já adiado para o dia 23. Há casos de conselhos, como os do Espírito Santo e do Amazonas, que se recusam a fornecer o registro provisório enquanto não houver decisão da Justiça. Para completar, o Ministério da Saúde não entregou a documentação de parte dos profissionais. Como os registros têm 15 dias para emitir a licença de trabalho, os médicos já não conseguiram começar a atender no prazo previsto. Em 14 estados pesquisados pelo GLOBO, ainda não há ninguém com o registro em mãos.

A Medida Provisória 621, que criou o programa, exige dos profissionais estrangeiros ou brasileiros formados no exterior três documentos para a renovação do registro: diploma, habilitação para o exercício da medicina do país de origem e atestado de domínio da língua portuguesa. Eles estão dispensados do exame de revalidação do diploma, o Revalida. Apesar disso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os conselhos regionais entendem que é fundamental a apresentação do nome do tutor e supervisor responsáveis por cada médico, além de cidade e unidade de saúde onde vão atuar. Por isso não estão concedendo os registros. Até a última quarta-feira, 457 solicitações de registros foram encaminhadas aos conselhos. Mas os médicos selecionados somam 682.

De acordo com o CFM, caso o Ministério da Saúde não entregue os documentos exigidos pelos conselhos, haverá uma "briga desnecessária":  
— Se o ministério negar, vamos ao Judiciário mais uma vez, que é um dever nosso; estamos protegendo a população. Queremos saber o local e os custos responsáveis. Não posso fiscalizar alguém que não sei onde trabalha. Se eles nos entregarem isso, está resolvido. Se não, será uma briga desnecessária. Se atrasar, é por incompetência desse governo, porque nunca houve pressa. O governo deixou o serviço público virar um caos, então ele que faça as coisas de maneira competente. Não temos nenhuma pressa — disse Roberto Luiz d'Ávila, presidente do CFM.



Em Pernambuco, sem médicos, a fila no posto de saúde na zona rural de Passira é para medir a pressão arterial



## PARA ONDE VÃO

**RIO DE JANEIRO.** Oito dos dez médicos estrangeiros já devem entrar na documentação, com exceção de um pedido de registro negado pelo conselho regional, que espera decisão da Justiça.

**ESPIRITO SANTO.** Os dois únicos médicos inscritos para o estado tiveram os pedidos de registro negados pelo conselho regional, que espera decisão da Justiça.

**SÃO PAULO.** Até o dia 10, o CRMesp havia recebido 52 pedidos de registro, de um total de 79 selecionados para o programa no estado. No dia 9, chegaram ao conselho seis pedidos de registro.

**MINAS GERAIS.** Foram protocolados 31 pedidos de registro, sendo 18 (64 de cubanos) no dia 12. Para o estado, devem ir 56 estrangeiros e brasileiros formados no exterior.

**SANTA CATARINA.** Chegaram sete pedidos de registro provisório, todos com documentação incompleta. São esperados 34 médicos estrangeiros.

**PARANÁ.** Nove pedidos de registro provisório foram protocolados no conselho no dia 11. O estado deve receber 56 médicos. Segundo o conselho, nenhum deles apresentou o caminho consultor no diploma. Todos os pedidos têm pendências. Um dos médicos apresentou cópia de diploma em nome de outra pessoa, segundo o conselho.

**BAHIA.** Já foram computados 47 de 86 pedidos de registro, sendo 37 de cubanos. O conselho espera a revalidação dos

Fonte: JORNAL O GLOBO, 15 de setembro de 2013.

Também foram publicadas matérias sobre médicos brasileiros inscritos no Mais Médicos que faltaram os primeiros dias de trabalho, ou que desistiram do programa. 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). A figura abaixo evidencia esse ponto, ao colocar uma matéria sobre a falta dos médicos brasileiros ao lado de outra matéria com a fala da presidente Dilma de que na Zona Sul do Rio de Janeiro não faltam médicos.

Figura 15: matérias sobre as faltas dos médicos inscritos no PMM.

## No Mais Médicos, metade dos brasileiros faltou

Maioria dos 1.096 profissionais inscritos no programa não se apresentou até agora para o serviço

FLÁVIA PIERRY, ANDRÉ DE SOUZA  
E LETÍCIA LINS  
opais@oglobo.com.br

**-BRASILIA E RECIFE.** Mais da metade dos profissionais brasileiros que se inscreveram no programa Mais Médicos não apareceram para trabalhar nos primeiros dias do início do programa. De 1.096 profissionais, apenas 511 se apresentaram aos municípios onde trabalharão. Ou seja, 585 médicos (ou 53% do total de brasileiros) não compareceram ao trabalho, segundo balanço divulgado pelo Ministério da Saúde na noite de ontem.

Mais cedo, o ministério informou o adiamento para o dia 23 do início do trabalho dos profissionais formados no exterior. A pasta enfrenta batalha judicial pela concessão dos registros provisórios, para que os profissionais possam iniciar o atendimento à população.

Desde o dia 2 de setembro até a manhã desta quarta, só 216 municípios e quatro distritos de saúde indígena relataram o início da atuação dos médicos brasileiros, de um total de 453 prefeituras e 34 distritos indígenas que seriam beneficiados. Ou seja, só 46% das localidades apontadas já têm médicos atuando dentro do programa.

Além disso, 127 médicos formados no Brasil já pediram para sair do pro-



**Justiça.** Advogado geral da União, Luís Inácio Adams (de barba) entrou com recurso para reverter liminar que nega registro aos estrangeiros

**'Em Ipanema e no Leblon não faltam médicos', diz Dilma**

**Presidente voltou a defender, no Rio, o programa federal**

A presidente Dilma Rousseff defendeu ontem em São Gonçalo o Mais Médicos. Segundo Dilma, o governo tem a obrigação de escutar a demanda da população e reagir diante desses apelos. As declarações foram feitas numa cerimônia em que o governo federal anunciou a liberação de recursos pelo PAC da Mobilidade para implantar a Linha 3 do Metrô (Niterói-São Gonçalo).

— Todos sabem que o Brasil tem um problema sério, que faltam médicos. Nós temos

Fonte: JORNAL O GLOBO, 12 de setembro de 2013.

Nesse contexto de fortes críticas às entidades médicas, por parte da mídia e do governo federal, é divulgada notícia sobre o aumento da popularidade da presidente Dilma Rousseff devido ao PMM. Esses fatores foram essenciais para uma mudança de posicionamento das entidades médicas nacionais. Diante desse cenário, o CFM abriu um canal de diálogo com o governo e orientou os CRMs a concederem os registros aos médicos estrangeiros.

Após reunião com líderes da base governista e com o deputado Rogério Carvalho, relator da MP 621/13, o CFM garantiu determinadas alterações em pontos do texto aprovado pela Câmara dos Deputados e encaminhado para o Senado. O CFM considerou que o diálogo com o Congresso Nacional foi um relevante avanço para a assistência médica brasileira, mas ressaltou que isso não implicaria em apoio ao PMM (JORNAL MEDICINA, 2013). Na figura abaixo seguem as alterações que foram acordadas com parlamentares, consideradas pelo CFM como avanços:

**Figura 16: mudanças propostas pelo CFM para o PMM.**

<b>Veja avanços alcançados no debate em plenário</b>
<p><b>1) Registro de intercambistas</b> – O registro dos estrangeiros ficará a cargo do Ministério da Saúde. Pelo acordo, o governo informará aos conselhos regionais de medicina os dados dos intercambistas, inclusive local de trabalho e nomes dos tutores e supervisores. Eles poderão se inscrever nos CRMs após aprovação no Revalida. Até lá, ficarão sob a fiscalização dos CRMs, que vão apurar e julgar eventuais denúncias e irregularidades.</p>
<p><b>2) Permanência</b> – Redução do período de permanência do intercambista de seis para três anos, com a necessidade de aprovação no Revalida ao final, para permanecer trabalhando.</p>
<p><b>3) Residência médica</b> – Os egressos dos cursos de medicina terão um ano de atividade de residência médica na área de Atenção Básica, no SUS, ao invés de dois anos como inicialmente proposto.</p>
<p><b>4) Certificação de títulos</b> – O reconhecimento da Associação Médica Brasileira (AMB) como instância legítima para expedir titulação de especialidades médicas, inicialmente excluída do relatório da MP 621, retornou após o entendimento.</p>
<p><b>5) Fórum de regulação</b> – A retirada do capítulo V do relatório final da MP, com a consequente não instalação do fórum para estabelecer competências profissionais na área da saúde, se traduz na garantia dos direitos determinados em lei para a atividade médica.</p>
<p><b>6) Carreira de Estado para o médico</b> – Foi disciplinada a necessidade de o Estado implementar, em até três anos, uma carreira médica nacional, com acesso por concurso e adequadas remuneração e condições de trabalho.</p>
<p><b>7) Financiamento do SUS</b> - Compromisso das lideranças do governo de trabalhar pela aprovação do projeto que amplia o orçamento federal para a Saúde em R\$ 25 bilhões até 2017. Esse entendimento não prejudica a luta empreendida pelo Movimento Saúde + 10, do qual o CFM faz parte.</p>

Fonte: JORNAL MEDICINA, setembro de 2013.

Um ponto importante para o CFM, foi a retirada do artigo que criava um Fórum de Regulação Profissional. Segundo o presidente do CFM, Roberto Luiz D'Ávila, este tópico era considerado de alto risco para a medicina, pois dava "superpoderes ao MS – com os quais ele poderia, entre outros pontos, transferir ou dividir atividades atualmente praticadas pelos médicos com profissionais de outras áreas, como enfermeiros e fisioterapeutas"(JORNAL MEDICINA, 2013, p.3). Nessa questão destaco a importância da autonomia para a profissão, não admitindo a regulação estatal na decisão de questões sobre a prática médica e nem a divisão de ações com outras profissões. Esses interesses da categoria remetem a questões particulares, que não favorecem a população.

Outra medida acordada foi a proposta de que os registros provisórios do programa fossem emitidos pelo MS. De acordo com o CFM essa medida foi positiva, ao desresponsabilizar os CRMs em relação aos possíveis erros que os médicos intercambistas poderiam cometer e colocar o MS como principal responsável pelos atos desses médicos (JORNAL MEDICINA, 2013). O que seria um ponto positivo para os CRMs, visto que as entidades médicas partem do pressuposto de que os médicos cubanos cometerão erros.

Além disso, a criação de carreira de Estado para o médico e a retirada da medida que estipulava dois anos a mais para a formação médica foram também acatadas pela base governista. Das medidas acordadas, a criação da carreira nacional para o médico foi considerada a mais importante para as entidades nacionais, sendo uma bandeira de luta desde antes do lançamento da MP 621/2013.

A retomada do diálogo com governistas foi uma decisão tomada apenas pelo CFM. A FENAM e a AMB se posicionaram informando que não dialogariam com o governo federal. De acordo com a fala do presidente Florentino Cardoso da AMB: "Em nenhum momento alguém da nossa diretoria foi conversar com qualquer pessoa do governo. Mesmo porque a percepção que temos é de que o governo não quer negociar. Tem imposto suas posições" (JAMB, 2013, p. 4). Essa divergência de posicionamentos afetou a unificação do movimento e contribuiu para a sua fragilidade (GOMES e MERHY, 2017).

Em 22 de outubro de 2013, é instituído o PMM, por meio da lei de nº 12.871. Mas a medida negociada entre CFM e base governista para a criação da carreira de Estado para o médico não consta na lei. Mais uma vez CFM rompeu laços com o governo federal e, em reação a lei do Mais Médicos, as entidades médicas preparam uma ofensiva nacional na campanha de 2014 contra a presidente Dilma Rousseff, sobretudo com a população de baixa renda.

Apesar de não ter garantido a criação de uma carreira nacional para o médico, pontos importantes para a categoria como: a retirada Fórum de Regulação Profissional e a exigência da aplicação do Revalida aos médicos

estrangeiros depois de três anos no programa, foram acatados na lei. Além disso, a extensão do curso de medicina por mais dois anos em serviço obrigatório no SUS também foi retirada do texto. Cabe salientar que não foi apenas a aproximação do CFM com as bases governistas que possibilitou mudanças no texto da MP 621/2013. A pressão da categoria médica contra o PMM foi o principal fator desencadeador de mudanças.

Com a Lei do PMM, abriu-se um novo quadro de embates políticos entre as entidades médicas e o Estado. Ainda aguardando o resultado de ações judiciais no âmbito do Tribunal de Contas da União (TCU) e do Ministério Público do Trabalho (MPT), as entidades médicas se concentraram nas eleições de 2014, aderindo a causa da oposição ao governo Dilma Rousseff. Houve um movimento de filiação em massa dos médicos a partidos de oposição, principalmente ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e ao Democratas (DEM), que já apoiavam a categoria médica. Além disso, as entidades médicas nacionais passaram a fazer forte campanha contra as condições de trabalho dos médicos cubanos e a acolher àqueles que desejassem sair do PMM. Essas e outras questões serão melhor abordadas nos próximos pontos.

#### **4.4 Consolidação do PMM**

O PMM se consolida enquanto lei, mas os embates em torno do mesmo continuam. Nos anos de 2014 e 2015, os debates sobre o Mais Médicos passam a ter como foco o ensino médico e as relações de trabalho estabelecidas com os médicos intercambistas de Cuba. As entidades médicas começaram a oferecer apoio aos médicos cubanos e de outras nacionalidades que quisessem deixar o Mais Médicos e a mídia publicou uma série de reportagens ‘denunciando’ a situação dos médicos cubanos no Brasil.

Já em relação ao ensino médico, AMB e CFM destacaram o aumento ‘desenfreado’ dos cursos de medicina privado e a abertura de mais vagas em escolas já existentes. As entidades argumentaram que o PMM estaria

contribuindo para o crescimento do setor privado, sem considerar a qualidade do ensino (JORNAL MEDICINA, 2014; JAMB, 2015).

#### 4.4.1 As entidades médicas e os programas de apoio aos estrangeiros

Até outubro de 2017, 154 ações judiciais foram movidas por 194 médicos de Cuba que vieram atuar no PMM<sup>38</sup>. Mais de quarenta médicos cubanos deixaram o programa e, apesar de o número de desistência ser maior entre os médicos brasileiros, a mídia deu mais destaque aos cubanos desistentes.

As entidades médicas nacionais apoiaram Ramona, a primeira médica cubana que desistiu do PMM, acolhendo-a e lhe oferecendo emprego – num setor administrativo da AMB – e apoio jurídico. A mídia deu grande atenção a saída dessa médica do Mais Médicos. Ramona também recebeu apoio do DEM, partido de oposição que apoiou a causa das entidades médicas contra o PMM. Ela inclusive foi à Câmara dos deputados para falar de sua situação.

Os argumentos utilizados por Ramona, foram os de que ela não sabia da diferença salarial entre os médicos cubanos – que recebem uma porcentagem do salário, enquanto a outra parte é repassada para o governo de Cuba – e os demais médicos do programa, que recebiam o salário integral. Logo que abandonou o Mais Médicos, a médica recebeu apoio das entidades médicas nacionais, que viram nesse episódio, uma oportunidade de expor as fragilidades do PMM (figura 17).

---

<sup>38</sup> Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/mais-medicos-cubanos-entram-na-justica-por-salario-integral-e-direito-de-ficar-no-pais.ghtml>. Acesso em 20 de novembro de 2017.

Figura 17: Matéria sobre a saída da médica Ramona do PMM.

# Cubana vai à Câmara e afirma que desistiu de Mais Médicos

Deputado da oposição levou profissional ao plenário; DEM pedirá asilo para ela

ISABEL BRAGA E EVANDRO EBOLI  
opas@globo.com.br

**-masilia-** Levada ao plenário da Câmara ontem à noite pelo deputado Ronaldo Caiado (DEM-GO), a médica cubana Ramona Matos Rodriguez, de 31 anos, disse que decidiu abandonar o programa Mais Médicos, do governo federal, descontente com o salário que recebia. Ela chegou ao Brasil em outubro e estava trabalhando em Pacajá, no interior do Pará. Fugiu no último sábado da cidade e seguiu para Brasília.

Caiado provocou um alvoroço no plenário ao apresentar a médica cubana. Com um contrato em mãos, o deputado mostrou a prova de que o convênio para a contratação dos médicos cubanos não foi firmado pelo governo brasileiro com a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) e sim com a Sociedade Mercantil Cubana Comercializadora de Médicos Cubanos S.A.

Segundo Caiado, a médica recebia apenas US\$ 400 (R\$ 960) e que outra parte do dinheiro (US\$ 600) do contrato era depositado numa conta cubana, à qual ela só teria acesso depois. Caiado disse que é um absurdo o governo pagar R\$ 10 mil mensais pela médica e ela receber apenas US\$ 1 mil (R\$ 2.400).

Ramona alegou que teve seu telefone grampeado pela Polícia Federal e que agentes federais teriam ido atrás dela para prendê-la. Caiado acusou o governo brasileiro de explorar trabalho escravo. Segundo o deputado, o advogado do DEM entrará com pedido de asilo para a médica, porque se Ramona retornar a Cuba será presa. Procurado, o Ministério da Justiça disse que não sabia do caso e que só deve se manifestar hoje. Até a conclusão desta edição, o Ministério da Saúde não havia se pronunciado.

Em plenário, Caiado afirmou que a médica ficará sob seus cuidados, na Liderança do DEM, onde dormirá, tomará banho e fará as refeições. O deputado disse que a médica trabalhou quatro meses em Pacajá.

— Que direito tem a Polícia Federal de ficar no encalço dela, perseguir essa mulher que clama por liberdade? Essa Casa tem que estar aberta para receber pessoas que clamam por liberdade — criticou Caiado.



Queixa. Ramona Rodriguez com Caiado (da direita); ela disse que desistiu de Mais Médicos por causa do salário

Uma cópia do contrato individual de Ramona, exibido pelo deputado, mostra que a médica foi contratada pela empresa cubana Comercializadora de Serviços Médicos Cubanos, e não pela Opas, como anunciou o governo.

#### “EU ME SENTI ENGANADA”

Ramona disse que somente depois que chegou ao Brasil, quando fazia curso em Brasília, descobriu, junto a outros estrangeiros, que o salário era de R\$ 10 mil mensais.

— Me senti enganada. Em Cuba, não falaram nada de dez mil (reais). Decidi fugir por isso. Eu me senti muito mal, senti que fui enganada — disse Ramona Rodriguez.

Caiado acusou o governo de cometer um crime e exigiu que o Ministério da Justiça conceda asilo para a cubana.

— É a figura clandestina do gato. Quando criticamos o programa o Ministério da Saúde disse

que o contrato era com a Opas, mas a Opas nunca veio prestar esclarecimento. Ela me ligou, procurou clamando por liberdade, o que mostra o quanto foi enganada. Ela saiu no sábado de Pacajá, no interior do Pará, e foi informada que a Polícia Federal esteve lá, dizendo que ela seria presa. Fiquei ansiosa — disse Caiado, acrescentando:

— Quis levá-la ao plenário para mostrar o crime convalidado pelo governo brasileiro de utilizar, explicitamente, mão de obra escrava; ela foi forçada, não pode se deslocar, teve o telefone grampeado.

O presidente da Câmara, Henrique Eduardo Alves (PMDB-RN), pediu que Caiado terminasse sua fala. Houve bate-boca entre Caiado e Alves, que argumentava que a Casa estava em meio a uma votação.

Caiado exigiu que Henrique Alves garanta a segurança da médica na Câmara, enquanto ela estiver abrigada na Liderança do DEM. ●

‘Tenho receio de voltar a Cuba, do que pode ocorrer’

Corpo a corpo

#### Ramona Rodriguez

Médica cubana alega ter sido enganada sobre salário que receberia do governo brasileiro

#### ● Por que a senhora decidiu fugir de Pacajá (PA)?

Fugiu porque penso que houve um engano. Que fui enganada. Não sabia que eram R\$ 10 mil (de salário). Só depois vi que era muito grande a diferença. Fiquei muito mal.

#### ● Quanto a senhora recebia?

Recebia US\$ 400, e outros US\$ 600 diziam que eram mandados para Cuba para uma conta. O dinheiro não dava para nada. Eu não conseguia comprar nada.

#### ● Como a senhora foi recebida no Pará?

Fui muito bem recebida pelo prefeito. Recebíamos R\$ 750 para alimentação. Não tenho queixa do Brasil. Foi tudo perfeito.

#### ● E sobre essa perseguição da Polícia Federal?

Soubes que meu telefone estava grampeado e que a polícia estava atrás de mim. Não sei a razão. Fiquei com muito medo.

#### ● A senhora gostaria de ficar no Brasil e, agora, tem receio de voltar a Cuba?

Quero ficar sim. Estava tudo perfeito se não fosse esse problema. Tenho receio de voltar para Cuba, do que pode acontecer comigo. Tenho uma filha médica lá e estou com medo. ●

Fonte: JORNAL O GLOBO, 05 de fevereiro de 2014.

O foco das críticas passou a ser o governo de Cuba, considerado ‘autoritário’ e ‘ditador’ e as denúncias sobre relações precárias de trabalho estabelecidas entre médicos cubanos e o Brasil. As atenções da mídia deslocaram-se da categoria médica – vista anteriormente como preconceituosa e corporativista – para o governo brasileiro, visto como apoiador das ações ‘ditatoriais’ do governo cubano. As entidades médicas começaram a se mobilizar para dar apoio aos médicos, cubanos e de outras nacionalidades que quisessem deixar o PMM.

A AMB criou a Comissão de Apoio aos Profissionais Cubanos, para dar apoio legal aos médicos que desistirem do PMM. Criou também o Programa de Apoio ao Médico Estrangeiro.

Por intermédio do programa, a AMB oferecerá, de forma sigilosa e gratuita, uma cartilha ao médico com instruções dos procedimentos a serem seguidos na própria localidade em que

está atuando; assessoria jurídica durante os trâmites legais para o pedido de refúgio ou asilo político no país; curso preparatório para o exame Revalida; aulas de português; e suporte de ONGs voltadas para a garantia dos direitos individuais do médico (JAMB, 2014, p.11).

O CFM planejou acionar mais de 400 mil profissionais brasileiros para formar um banco vagas de emprego para os profissionais que optassem por abandonar o PMM. A figura 18 exemplifica como as entidades médicas passaram a aparecer na mídia, agora como apoiadores dos médicos cubanos.

**Figura 18: matéria sobre apoio do CFM a médicos que abandonarem o PMM.**

## Conselho de Medicina quer dar emprego para cubanos desertores

Vagas administrativas serão abertas para quem sair do Mais Médicos

VENICIOUS SASSINE  
vinius.jorge@oglobo.com.br

**BRASILIA.** A entidade que mais combateu a presença de médicos estrangeiros em regiões sem profissionais de saúde quer, agora, prospectar e oferecer emprego a cubanos que eventualmente desistam do Mais Médicos, programa do Ministério da Saúde. O Conselho Federal de Medicina (CFM) pretende acionar a rede de 400 mil médicos brasileiros para que ofereçam emprego a cubanos que desistirem do programa do governo federal, vítima da gestão da presidente Dilma Rousseff e umas das principais bandeiras da reeleição. As funções a serem ofertadas, no entanto, seriam na área administrativa, até que os profissionais consigam regularizar a permanência no Brasil e fazer o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos, o Revalida.

A iniciativa do CFM, defendida por seu presidente, Roberto Luiz D'Ávila, se espelha na postura de outra entidade representativa da categoria, a Associação Médica Brasileira (AMB). A AMB também foi porta-voz de críticas ferrenhas à iniciativa de contratar médicos estrangeiros para atuarem em regiões carentes de profissionais. A entidade ofereceu um emprego na área administrativa a Ramona Rodríguez, a cubana que desistiu do Mais Médicos, procurou a liderança do DEM na Câmara e pediu refúgio no Brasil e asilo nos Estados Unidos. Ramona deve começar a trabalhar hoje na AMB.

**NOTA DE REPÚDIO A SUPOSTAS AGRESSÕES**  
Ontem, o CFM, a AMB e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) divulgaram uma nota conjunta para repudiar as "agressões aos direitos humanos, individuais e trabalhistas" supostamente sofridas pelos profissionais do



**Reviravolta.** A médica cubana Ramona Rodríguez, convidada, começa a trabalhar hoje na AMB

Mais Médicos. Na nota, motivada pelo episódio envolvendo Ramona, as entidades pedem que "denúncias" e "Indícios de Irregularidades" nas contratações feitas pelo programa sejam objeto de investigação no Ministério Público do Trabalho (MPT), no Ministério Público Federal (MPF) e no Supremo Tribunal Federal (STF). Os órgãos reiteraram que há "abuso dos direitos humanos" no exercício da medicina dentro do programa do governo federal.

As três entidades decidiram oferecer "apoio a todos os cubanos", segundo o presidente do CFM. D'Ávila afirma que a expectativa é por mais desistências e situações semelhantes à de Ramona. A médica deve ingressar com uma ação no MPT exigindo pagamento integral dos R\$ 10 mil que remuneraram cada profissional do Mais Médicos. No caso dos cubanos, o repasse é de US\$ 1 mil, segundo a própria médica. O restante vai para o governo de Cuba.

— Vamos dar apoio aos cubanos, mas eles não poderão trabalhar como médi-

cos. Primeiro, eles terão de buscar refúgio e asilo em embaixadas não alinhadas ideologicamente com Cuba. Enquanto isso, com a rede de 400 mil médicos brasileiros, vamos conseguir contratos de trabalho administrativo, para que eles então tentem o Revalida — afirmou ontem o presidente do CFM.

Outra acusação do CFM, da AMB e da Fenam, feita ontem por meio de nota, é que o Ministério da Saúde engavetou propostas feitas para ampliar o atendimento médico à população. Entre elas, a mais defendida é a criação de uma carteira pública para médicos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). É a "única saída para o problema", segundo a nota.

Na semana passada, o CFM disparou uma nota interna aos médicos ligados ao conselho ressaltando o "momento especial" por qual passa o Mais Médicos. A expectativa do CFM é que ocorram mais desistências, a exemplo do caso de Ramona.

— Só no caso da Venezuela, 5 mil cubanos que lá atuavam fugiram para Miami — diz D'Ávila. ■

As entidades médicas denunciaram o governo federal de estar violando direitos humanos, individuais e trabalhistas, caracterizando o trabalho dos médicos cubanos, como trabalho escravo. Visto que recebiam apenas uma parte inferior do salário pago aos médicos do programa, sendo o restante enviado a Cuba. Ainda em novembro de 2013, o CFM fez uma denúncia contra o PMM à Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional dos Trabalhadores (OIT), denunciando ilegalidades na contratação de profissionais estrangeiros (JORNAL MEDICINA, 2014).

As desistências de médicos cubanos do PMM e a pressão da mídia sobre o assunto tiveram impacto importante para o programa e para o governo federal. Principalmente por esses acontecimentos se darem no ano de eleições. A resposta do então Ministro da Saúde Arthur Chioro<sup>39</sup> e da presidente Dilma Rousseff à mídia foi de que estavam em contato permanente com o Governo de Cuba e com a Opas para adequar as condições de trabalho dos médicos. Em meados de 2014, o Brasil aumentou o valor dos salários dos médicos cubanos.

As entidades médicas classificaram o acordo entre Brasil e Cuba como uma forma de o país transferir dinheiro para o governo cubano, financiando seu regime comunista (JAMB, 2015). Principalmente a AMB continuou oferecendo apoio aos médicos cubanos e de outras nacionalidades que optaram por sair do PMM. No decorrer de 2014 e 2015 a JAMB publicou matérias com denúncias de que o Brasil já planejava fazer acordos com Cuba antes do anúncio do PMM, deslocando a discussão da saúde para o comunismo da ilha.

De meados de 2014 adiante, as entidades médicas nacionais dão maior destaque a preocupação com o ensino médico, com o aumento do número de cursos de medicina e de vagas em escolas já existentes. Deslocando suas atenções para o eixo educação do PMM.

---

<sup>39</sup> Alexandre Padilha deixou o MS para se candidatar a governador de São Paulo.

#### 4.4.2 O ensino médico no foco dos debates

De acordo com informações do site oficial do PMM, o programa possibilitou a abertura de 5,3 mil vagas de graduação, em 1.690 universidades federais e 3.616 instituições privadas, em todas as regiões do Brasil. Pela primeira vez, as cidades do interior apresentaram maior número de vagas que as capitais e as regiões Norte e Nordeste alcançaram a proporção de vagas das regiões Sul e Sudeste. Em 2014 foram aprovadas as Novas Diretrizes Curriculares (NDC) para os cursos de medicina que tem até 2018 para adequarem seus currículos a ela. “A palavra de ordem é expandir e descentralizar os cursos de medicina, universalizar a residência médica e melhorar a qualidade das duas formações<sup>40</sup>” (BRASIL, 2017, p.1).

Ainda de acordo com dados disponibilizados pelo referido site, até 2013, as 27 capitais do país disponibilizavam 8.858 vagas em cursos de graduação em medicina, enquanto todos os demais municípios brasileiros tinham 8.612 vagas. Atualmente, o número de vagas nas capitais subiu para 10.637 e, no interior, 14.522.

O aumento dos cursos de medicina, bem como das vagas nas escolas já existentes foi um fator destacado pelas entidades médicas nacionais desde meados de 2014. Tais entidades veem nessa expansão uma ameaça a qualidade do ensino prestado no país. De acordo com a AMB e o CFM, o governo priorizou a quantidade e não a qualidade do ensino e formação, fortalecendo o setor privado de ensino (JAMB, 2014; JORNAL MEDICINA, 2014-2015).

A partir de 2015, o PROVAB foi integrado ao PMM. Dessa forma, quando o profissional se inscreve no programa, ele pode optar por aderir ou não as regras e ofertas educacionais próprias do PROVAB. A adesão ao programa garante ao médico, que concluir o período mínimo exigido de um

---

<sup>40</sup> Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>. Acesso em 02 de janeiro de 2018.

ano, receber pontuação adicional de 10% que obtiver nas seleções dos Programas de Residência Médica (BRASIL, 2015). Além disso, foram instituídas as mudanças das diretrizes curriculares aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, que passaram a priorizar o internato dos alunos na AB e nos serviços de urgência e emergência da rede pública.

As entidades médicas se posicionaram contrárias as medidas previstas para o ensino médico, defendendo a princípio da meritocracia nos concursos de residência médica e o impedimento da criação de novos cursos de medicina. O argumento do CFM era de que se instalou uma espécie de serviço civil obrigatório, “penalizando os que não aderirem ao PROVAB ou ao Mais Médicos por conta da oferta de bônus, tornando quase impossível o acesso aos programas de Residência Médica pelas vias normais” (JORNAL MEDICINA, 2015, p.11). A AMB ressalta que:

Não concorda com o bônus proporcionado pelo Provab na prova de residência médica, e [teme] pela qualificação dos profissionais que estarão se especializando por esse mecanismo. O que defendemos é o mérito do médico, e não aceitamos esse tipo de benefício (JAMB, 2015, p. 20).

Mesmo diante das críticas das entidades médicas citadas, com a integração do PROVAB ao PMM, os médicos brasileiros passaram a aderir ao Mais Médicos em grande número. Em abril de 2015, das 4.146 vagas abertas, 3.830 foram preenchidas por médicos brasileiros com registro profissional no país<sup>41</sup>. Desde então, a adesão dos médicos brasileiros ao PMM foi maior, contribuindo para que as entidades aderissem a mais uma bandeira de luta: que as vagas do PMM sejam integralmente preenchidas por médicos brasileiros, sendo extinto o acordo com a Opas para a contratação de médicos cubanos. Tal bandeira de luta ganhou mais força quando em abril de 2016, a presidente Dilma Rousseff prorrogou a permanência de 7 mil intercambistas cubanos no PMM. (JORNAL MEDICINA, 2015, 2016 e JAMB 2015,2016).

---

<sup>41</sup>Jornal O Globo, de 10 de abril de 2015.

Um objetivo importante para as entidades médicas nacionais foi alcançado em 2015, quando o Decreto de nº 8.497, de 4 de agosto de 2015, foi revogado. O decreto regulamentava a formação do Cadastro Nacional de Especialistas, presente na Lei nº 12.879/2013. De acordo com o decreto, o Cadastro Nacional de Especialistas subsidiaria o MS na parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde, por meio do número de médicos, sua especialização, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional (Decreto nº 8.497 de 4 de agosto de 2015).

Segundo as entidades médicas, o texto dava plenos poderes a um novo ente, desconsiderando a existência de uma Comissão Mista de Especialidades<sup>42</sup> que já existe. Além disso o governo federal passaria a controlar o número de vagas referentes a cada especialidade médica. A autonomia das entidades médicas em relação à especialização ficou ameaçada.

Diante da resistência das entidades médicas e de sua base de apoio no Congresso Nacional, o governo federal assinou o Decreto 8.516/2015, revogando o decreto nº 8.497/2015. O novo decreto, dentre outros aspectos, estabelece a Comissão Mista de Especialidades, vinculada ao CFM e reconhece que os títulos de especialistas serão emitidos por meio da AMB e pelos programas de residência credenciados (JAMB, 2015). Tal fato representou a força política e o poder de decisão conquistados pelas entidades médicas no Congresso Nacional.

#### **4.5 As entidades médicas, as eleições de 2014 e as manifestações pró impeachment**

---

<sup>42</sup> A Comissão mista é formada por representantes do governo, CFM, AMB e CNRM e regulamenta a especialização médica no Brasil (JAMB, 2017).

Em janeiro de 2014, há o pedido do CFM para que os médicos exercitem a cidadania com seus pacientes orientando-os a escolher melhor seus representantes, tanto no Poder legislativo quanto no Congresso Nacional. A importância da conscientização da população sobre os problemas do SUS antes das eleições faz parte dos principais assuntos a serem debatidos durante o I Encontro Nacional de Medicina, onde também se retoma a importância da ação unificada das entidades médicas (JORNAL MEDICINA, 2014). A AMB, declara em seu principal meio de comunicação que:

Os médicos, pelo respeito e credibilidade que exercem, precisam conversar cada vez mais com as pessoas, nossos estimados pacientes, e mostrar com clareza opiniões, percepções, e mais incisivamente a atual situação da saúde no nosso país, o descaso com as pessoas, notadamente aquelas que dependem exclusivamente do SUS (JAMB, 2014, p.3).

Após as eleições de 2014, as entidades médicas lamentaram a reeleição da presidente Dilma Rousseff, mas comemoram o crescimento da bancada médica na Câmara. Após o lançamento do PMM, é possível observar o forte engajamento político da categoria médica, com o aumento da adesão de médicos a partidos políticos, principalmente os de oposição do governo Dilma.

No ano de 2015, há a reabertura de diálogo das entidades médicas com o governo, com a realização de encontro com o Ministro da Saúde, Arthur Chioro e a retomada da participação das entidades médicas em alguns grupos de trabalho em nível federal, e a volta da AMB ao Conselho Nacional de Saúde. Em junho, representantes de associações, sindicatos, federadas e grupos estudantis de todo o Brasil lançaram a Frente Nacional em defesa da Saúde, da Medicina e do Médico, com o objetivo de fortalecer e unir as instituições médicas em prol dos pacientes e dos profissionais da saúde (JAMB, 2015).

A AMB e o CFM estiveram presentes nas manifestações contra a corrupção (2015) e pró impeachment da presidente Dilma e de apoio ao juiz Sergio Moro à operação 'Lava jato' (2016). A categoria médica foi convocada pela AMB e pelo Movimento Brasil Livre (MBL) a irem as ruas contra as medidas do governo vigente na época. Dentre os motivos destacados pela AMB para apoiar as manifestações estão a corrupção do governo e as

medidas tomadas a partir do PMM. Abaixo segue a figura com os 13 motivos para a AMB apoiarem as manifestações.

**Figura 19: publicação da AMB sobre apoio às manifestações.**

**Treze motivos para a AMB apoiar as manifestações:**

1. Os escândalos de corrupção no atual governo estão enfraquecendo e envergonhando o país. Cada real gasto com propina ou superfaturamento em contratos faz grande falta à saúde pública, principalmente no atendimento à população mais carente, que depende do sistema único de saúde (SUS) e é obrigada a enfrentar longas filas de espera.
2. O Ministério da Saúde virou uma grande máquina de propaganda do governo federal, com foco voltado para ações que gerem visibilidade, simpatia e dividendos políticos.
3. A qualidade está sendo negligenciada há anos pelo atual governo, que sempre prioriza ações que gerem números impressionantes e não necessariamente resultados importantes para a saúde da população.
4. A participação do governo federal no financiamento da saúde caiu de quase 60% em 2000 para menos de 45% em 2010, evidenciando a total falta de compromisso do poder central com a saúde da população.
5. Em dois anos do Mais Médicos, o Brasil desembolsou quase R\$ 3,2 bilhões, mas menos de R\$ 970 milhões foram usados para remunerar os intercambistas cubanos no país. O restante (mais de R\$ 2,2 bilhões) foi dividido entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – em um contrato secreto – e o governo de Cuba.
6. Dispensa da exigência do Revalida e até mesmo da tradução do diploma dos profissionais estrangeiros que vieram fazer parte do eleitoreiro Mais Médicos, negligenciando os cuidados necessários para que a população tivesse garantido o atendimento por um médico de verdade.
7. Agentes do governo cubano, pagos com dinheiro dos contribuintes brasileiros, atuam livremente com a funesta função de intimidar os médicos cubanos que estão no Brasil, para garantir que voltem para Cuba.
8. O orçamento da saúde em 2015 sofreu dois cortes, que, juntos, somam quase R\$ 13 bilhões.
9. O decreto presidencial 8.297/2015, publicado em 5 de agosto de 2015 e criado sob o pretexto de regulamentar a formação do Cadastro Nacional de Especialistas, era na verdade um Cavalo de Troia. Um golpe dentro do golpe. Quase um AI-5 da saúde, que permitiria ao governo fazer o que quisesse com o modelo de formação de especialistas, sem diálogo com ninguém.
10. A criação de novas vagas de residência para medicina de família, mesmo sabendo que as atuais não são preenchidas, é um total descaso com os recursos do contribuinte.
11. A situação calamitosa dos hospitais universitários e as más condições de trabalho/formação dos residentes nesses locais comprovam que o Ministério da Saúde não valoriza a formação de especialistas com qualidade para atendimento à população do SUS.
12. As filas nos hospitais do SUS continuam intermináveis, com pacientes sendo atendidos e até mesmo internados nos corredores, onde faltam remédios e os equipamentos sucateados não atendem às necessidades de diagnóstico ou tratamento.
13. Escândalos de corrupção, como a Máfia das Próteses, eclodem semana sim, semana não, apontando os ralos por onde os recursos, tão importantes para a saúde brasileira, somem.

Fonte: JAMB, julho/agosto de 2015.

As entidades médicas apresentaram forte poder de articulação política desde o lançamento do PMM. Participaram ativamente, por meio de comissões especiais e integradas, de audiências públicas e reuniões com parlamentares em prol dos interesses da categoria médica. O resultado mais importante dessa articulação foi o lançamento da Frente Parlamentar da Medicina em 9 de agosto de 2016. O deputado federal Luiz Henrique Mandetta (DEM/MS) foi o principal articulador no Congresso Nacional pela criação dessa Frente Parlamentar, que visa “tratar das proposições de interesse da classe médica ou que se relacionam com a medicina e a saúde”

(JAMB, 2016, p.4). Ainda segundo o Deputado Federal Luiz Henrique Mandetta, a Frente Parlamentar da Medicina visa:

[...] atuação política que faça as associações, os sindicatos e os conselhos nacionais dos médicos terem um braço político no Congresso Nacional para fazer a defesa profissional e a construção de leis, projetos e audiências públicas que enalteçam a medicina brasileira. É nesse sentido que as entidades podem ajudar (JAMB, 2016, p.4).

A partir do estudo realizado nos principais meios de comunicação do CFM, da AMB e da FENAM, foi possível perceber que a luta contra o PMM se transformou na luta contra o governo Dilma Rousseff e o PT. São exemplos disso: a participação das entidades médicas e de grande parte da categoria médica nas manifestações pró impeachment; a ação civil popular protocolada pela AMB, em março de 2016, suspendendo a nomeação de Luiz Inácio Lula da Silva como ministro da Casa Civil do governo Dilma; e o mandado de segurança protocolado também pela AMB em 1 de setembro de 2016, solicitando que Dilma Rousseff – destituída da presidência da República pelo senado um dia antes –, fosse inabilitada por oito anos para o exercício de função pública.

Após o impeachment da presidente Dilma Rousseff, Michel Temer assume o poder. O novo governo, de direita passa a ter o apoio das entidades médicas, sendo reabertos todos os canais de diálogo entre ambos, como veremos no próximo ponto.

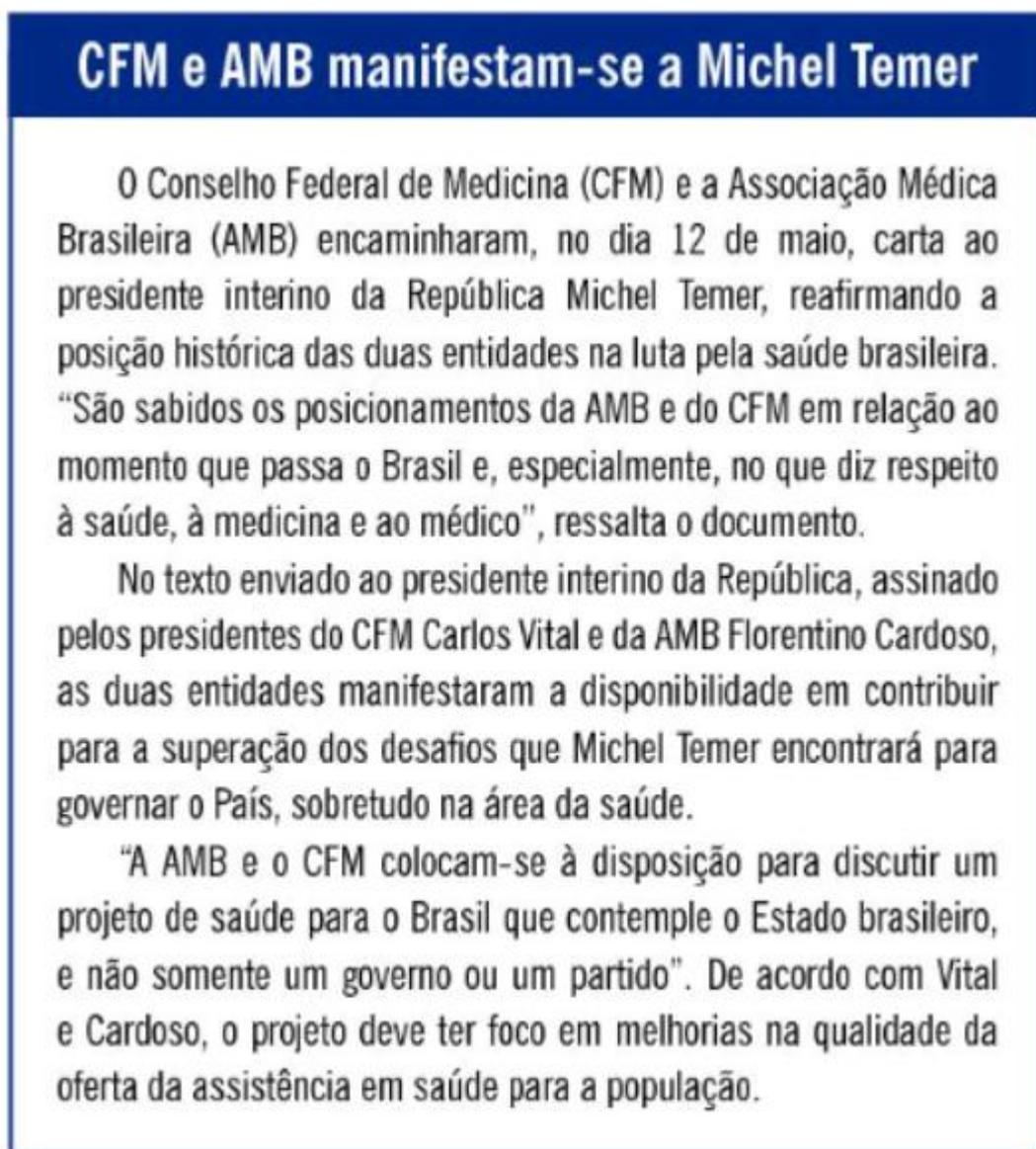
#### **4.6 PMM no governo Temer**

Em 31 de agosto de 2016, Michel Temer assumiu a presidência da República, após o julgamento de impeachment da então presidente Dilma Rousseff. Esse julgamento ocorreu nove meses após o início dos protestos contra o governo de Dilma Rousseff e depois de seis meses de discussões entre parlamentares. Nas discussões sobre o impedimento da presidente, chamou a atenção o tom conservador dos parlamentares e a falta de argumentos quanto a denúncia de crime de responsabilidade. O processo de

impeachment, tal como foi, se caracterizou como uma retomada brusca de poder da direita, com o apoio da classe média conservadora – da qual faz parte grande parte da categoria médica.

Assim que a presidente Dilma Rousseff é afastada do governo e Michel Temer assume provisoriamente da presidência, as entidades médicas nacionais manifestam seu apoio a Temer e se colocam a disposição para contribuir nas discussões sobre os projetos de saúde para o país, como demonstrado na figura abaixo:

**Figura 20: publicação da nota de apoio do CFM e AMB a Michel Temer.**



**CFM e AMB manifestam-se a Michel Temer**

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) encaminharam, no dia 12 de maio, carta ao presidente interino da República Michel Temer, reafirmando a posição histórica das duas entidades na luta pela saúde brasileira. “São sabidos os posicionamentos da AMB e do CFM em relação ao momento que passa o Brasil e, especialmente, no que diz respeito à saúde, à medicina e ao médico”, ressalta o documento.

No texto enviado ao presidente interino da República, assinado pelos presidentes do CFM Carlos Vital e da AMB Florentino Cardoso, as duas entidades manifestaram a disponibilidade em contribuir para a superação dos desafios que Michel Temer encontrará para governar o País, sobretudo na área da saúde.

“A AMB e o CFM colocam-se à disposição para discutir um projeto de saúde para o Brasil que contemple o Estado brasileiro, e não somente um governo ou um partido”. De acordo com Vital e Cardoso, o projeto deve ter foco em melhorias na qualidade da oferta da assistência em saúde para a população.

Fonte: JORNAL MEDICINA, maio de 2016.

Com a entrada de Michel Temer na presidência da República, as entidades médicas nacionais retomam o diálogo amistoso com o MS e o governo. Em reuniões com o ministro da Saúde, Ricardo Barros, as entidades médicas nacionais relataram o descontentamento com o PMM. Diante das falhas apresentadas pelas entidades médicas, foi criado um Grupo de Trabalho para se discutir com os médicos possíveis soluções (JAMB, 2016).

Em setembro de 2016, o presidente Michel Temer sancionou a lei que prorrogou por mais três anos a permanência dos médicos cubanos ou de outras nacionalidades no PMM. Essa iniciativa se deu após serem publicados dois estudos importantes sobre o programa: o estudo realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que revelou que o PMM apresentava 95% de satisfação dos usuários; e o estudo denominado *Good Practices in South-South and Triangular Cooperation for Sustainable Development*, publicado pelo Escritório Organização das Nações Unidas para Cooperação Sul-Sul, onde programa foi considerado "replicável e seria potencialmente benéfico em qualquer país que decidisse adotá-lo" (BRASIL, 2017). Além disso, houve forte pressão da Confederação Nacional dos Municípios e dos prefeitos para que os médicos intercambistas permanecessem nas cidades.

Diante da prorrogação do acordo com o governo cubano, a AMB protocolou no Justiça Federal uma ação civil pública com o pedido de liminar, para garantia da prioridade de preenchimento das vagas do PMM para os médicos brasileiros. Essa ação exemplifica uma das principais reivindicações atuais das entidades médicas, que é a garantia do preenchimento de 100% das vagas do PMM por médicos brasileiros e com diplomas validados no Brasil. Além disso, continuam as discussões sobre a qualidade do ensino médico e o aumento do número de novos cursos de medicina no país e sobre a formação de uma carreira de Estado para o médico.

Contudo, os embates políticos entre entidades médicas e o governo Temer têm se apresentado menores do que no governo de Dilma Rousseff. O PMM tem se consolidado um dos principais programas de saúde do governo. O orçamento destinado ao programa aumentou, de R\$ 2,5 bilhões em 2014 para 3,3 bilhões em 2018. E apesar de ter declarado que pretendia substituir,

gradualmente, os médicos cubanos por médicos brasileiros, o ministro da Saúde conta com o total de 8.553 médicos cubanos atuando no programa, 5.247 brasileiros e 3.271 de outras nacionalidades (LUCCIOLA, 2018<sup>43</sup>).

Cabe ainda destacar uma mudança importante ocorrida no governo Temer que afeta o desenvolvimento do SF e conseqüentemente, do PMM: a reformulação da PNAB. Tal reformulação gerou uma série de reivindicações por parte dos trabalhadores da SF, pois abre brechas para os gestores municipais aderirem a outros modelos de AB, além de retirar a obrigatoriedade do ACS das equipes mínimas exigidas. De acordo com documento assinado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), pelo Centro Brasileiros de Estudos de Saúde (Cebes) e pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP):

Embora a minuta da PNAB afirme a Saúde da Família estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, o texto na prática rompe com sua centralidade na organização do SUS, instituindo financiamento específico para quaisquer outros modelos na atenção básica (para além daquelas populações específicas já definidas na atual PNAB como ribeirinhas, população de rua) que não contemplam a composição de equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde. Esta decisão abre a possibilidade de organizar a AB com base em princípios opostos aos da Atenção Primária em Saúde estabelecidos em Alma-Ata e adotados no SUS (CEBES, 2017, p.1).

De acordo com a nova PNAB, a gestão municipal poderá compor equipes de AB de acordo com características e necessidades locais. Dessa forma, aquela indução por parte do governo federal para a adesão a SF, não existe mais, sendo o financiamento para a AB disponível para outros modelos de atenção à saúde. A indução financeira da SF foi imprescindível para a expansão da AB no Brasil, que traz benefícios inegáveis à população. Mesmo diante dos movimentos contrários a reformulação da PNAB, inclusive no

---

<sup>43</sup> LUCCIOLA, Luisa. **Por onde andam os médicos cubanos?** Disponível em: <https://apublica.org/2018/02/por-onde-andam-os-medicos-cubanos/>. Acesso em 10 de fevereiro de 2018.

Conselho Nacional de Saúde, ela foi aprovada, trazendo o risco da retração da SF no país.

As entidades médicas se colocaram contrárias a reformulação da PNAB, argumentando que seu processo de formação não considerou o diálogo com os atores presentes no contexto da AB. Os argumentos das entidades médicas contra a PNAB 2017 vem juntamente com duras críticas a fala do ministro da saúde Ricardo Barros, de que os médicos fingiam que trabalhavam (JORNAL MEDICINA, 2017).

Em janeiro de 2018 foi aberto novo edital do PMM, onde 100% das vagas foram preenchidas por médicos brasileiros, o que mostra a adesão desses profissionais ao programa. Pelas pesquisas realizadas foi possível perceber que após a saída da presidente Dilma Rousseff do poder, as entidades médicas amenizaram o tom das críticas ao PMM e abriram um canal de diálogo importante com o governo de Michel Temer. Apesar de determinados embates do ministro da Saúde com a categoria, não foram observados movimentos como os que ocorreram de 2013 a 2016, quando a presidente Dilma Rousseff estava no governo.

A direita assumiu o poder, dando início a uma série de medidas de ajuste econômico e financeiro, que afetaram as políticas sociais e geraram grandes taxas de desemprego – as maiores da história do país. Além disso, as denúncias de corrupção não se esgotaram com o impeachment, chegando também a aliados do governo Temer e ao próprio presidente<sup>44</sup>.

Como resultado, até a classe média que apoiara nas ruas e em pannels o golpe parlamentar de 2016 saiu das ruas e vem esboçando um afastamento das lideranças fascistas. A perda de empregos, dos planos de saúde privados, aliadas à continuidade e agravamento dos escândalos de corrupção, esvaziaram, pelo menos por hora, a capacidade da direita galvanizar parte das classes médias (RODRIGES ,2017, p.1).

---

<sup>44</sup> RODRIGUES. Paulo H. de Almeida. A crise não é só do governo, mas de Estado e dos seus modelos econômico e político. CEBES, 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/06/a-crise-nao-e-so-do-governo-mas-de-estado-e-dos-seus-modelos-economico-e-politico/> . Acesso em 20 de junho de 2017.

É no contexto político e econômico descrito acima que o PMM se desenvolve, após a saída do governo que o instituiu. Das medidas que interferem no desenvolvimento do Mais Médicos, cabe citar: a PNAB 2017 e a Emenda Constitucional nº 95, que institui um teto para os gastos com despesas primárias da União, congelando os gastos públicos em até 20 anos, o que inclui o financiamento do SUS. Contudo, nesse cenário de perda dos direitos sociais, movimentos populares contrários ao atual governo tem se fortalecido e ganhado voz nos diversos espaços das cidades (RODRIGUES, 2017).

Um exemplo desses movimentos populares no âmbito da AB, foi o movimento histórico que ocorreu na reunião extraordinária do Conselho Nacional de Saúde em 2017 no Rio de Janeiro, onde uma massa de trabalhadores e usuários do SUS se juntaram em uma só voz para dizer não à reformulação da PNAB e às medidas deletérias do atual governo. O governo não ouviu a voz dos trabalhadores, mas o movimento não deixou de gritar e permanece até os dias atuais lutando pela qualidade da atenção à saúde e pelos direitos dos trabalhadores da AB. O exemplo desse movimento, que nasceu diante da ameaça aos direitos dos trabalhadores mostra que há possibilidades de se unir forças contra um governo ilegítimo e aos retrocessos que ele traz.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMM foi instituído como lei em um contexto de embates políticos importantes entre as entidades médicas e o Estado. Mesmo antes do anúncio do Mais Médicos, já se observava um cenário adverso, noticiado pela grande mídia. A partir do seu lançamento, o PMM provocou diversas manifestações por parte da categoria médica. Sendo destacadas nessas manifestações as entidades nacionais: FENAM, CFM e AMB. Essas entidades se colocaram contrárias às medidas adotadas pelo governo federal para a profissão e travaram lutas importantes nos campos do judiciário, legislativo e nas ruas.

Com a forte presença das entidades médicas citadas, ocorreram várias manifestações em todo o país, com grande adesão da categoria médica e estudantes de medicina, onde foram cobrados do governo federal medidas como: a aplicação do Revalida para todos os médicos que com diplomas de outros países e vierem atuar no Brasil, a destinação de no mínimo 10% da receita bruta da União para a saúde e a aprovação da proposta de criação de carreira de estado para o médico.

Diante das diversas tentativas de barrar o PMM por parte das entidades médicas, o governo federal abriu mão de determinadas medidas que constavam no texto original da MP 621/2013, tais como a extensão de dois anos do curso de medicina e a criação do Fórum de Regulação Profissional. Além disso, diante da resistência das entidades médicas e de sua base de apoio no Congresso Nacional, o governo federal revogou o decreto nº 8.497/2015, que previa o Cadastro Nacional de Especialidades, e dava maior poder ao Estado em relação ao controle da emissão de títulos de especialista.

Dessa forma, o movimento de lutas das entidades médicas e de grande parte da categoria médica contra o PMM não conseguiu anular o programa, mas alcançou objetivos importantes para garantir certa autonomia da profissão em relação ao Estado. A autonomia da profissão foi tema recorrente nas bandeiras de luta do movimento médico contra o PMM, por mais que não estivesse explicitamente colocado em alguns casos. Quando por exemplo, se comemorou a retirada do Fórum de Regulação Profissional do texto da lei do

Mais Médicos, as entidades médicas comemoraram a retirada da possibilidade de o Estado regular a profissão.

De outro lado, quando se reivindica a criação de uma carreira de Estado – nos moldes do Judiciário – para o médico, está se pedindo também a intervenção do Estado na profissão. Com a diferença de que essa intervenção é de interesse da categoria. Logo, o movimento médico estudado segue a lógica de que as ações do Estado devem ir de acordo com os interesses particulares da categoria.

Outro fator relevante levantado nesse estudo foi a capacidade de mobilização política das entidades médicas. A mobilização da categoria contra o PMM alcançou o Congresso Nacional, fazendo alianças importantes com os partidos de oposição. Houve forte adesão da categoria médica a esses partidos em 2014. Além disso, foi significativa a luta do movimento médico contra a reeleição da presidente Dilma Rousseff, o que mostrou que as reivindicações contra o PMM, se mesclaram a reivindicações contra o governo Dilma. A criação da Frente Parlamentar da Medicina em 2017, é exemplo do poder político adquirido pela categoria.

O PMM se consolidou no decorrer de 2013, tendo grande nível de aprovação pela população e pelos gestores municipais. Em 2015, com a integração do PROVAB ao PMM, pela primeira vez o número de candidatos brasileiros foi superior ao número de vagas disponibilizadas pelo programa. Diante desse cenário, mesmo mantendo as críticas ao Mais Médicos, as entidades médicas estudadas mudaram o foco das reivindicações. Passaram a reivindicar a garantia do preenchimento de todas as vagas disponibilizadas pelo PMM por médicos brasileiros, com diplomas nacionais.

Há também um forte movimento contrário a abertura de novas vagas e cursos de medicina e residência médica no país. Com o PMM, o Estado assumiu o controle sobre a abertura de novos cursos e vagas de graduação e residência médicas. Desde 2013, há um significativo aumento desses cursos, principalmente no setor privado. Esse fato é questionado pelas entidades médicas, que argumentam que o governo priorizou a quantidade e não a qualidade desses cursos. Tal afirmação carece de mais estudos avaliativos,

pois é recente a abertura de cursos e vagas de graduação e residência médica no país a partir do PMM.

A mídia teve papel fundamental desde antes do lançamento do PMM, quando criou um clima de expectativas, quanto às medidas a serem adotadas pelo governo federal, em relação a falta de médicos nas regiões do interior do país e nas periferias das grandes cidades. Quando o programa foi lançado, se destacou a vinda de médicos estrangeiros para atuarem no país e as medidas 'impositivas' que o governo federal estaria tendo em relação à categoria médica brasileira.

Com a chegada dos médicos cubanos, a mídia deu grande destaque às ações preconceituosas destinadas aos mesmos por médicos brasileiros. Além disso, várias foram as reportagens sobre as faltas de médicos brasileiros do PMM nos primeiros dias de trabalho e sobre a demora dos CRMs para emitir registros provisórios aos médicos cubanos que estavam presentes para trabalhar. A posição da mídia em relação à categoria médica brasileira foi importante para a mudança de posicionamento do CFM, que depois da divulgação da imagem negativa da profissão, orientou aos CRMs que emitissem os registros provisórios para os médicos cubanos.

Durante o ano de eleições, a primeira médica cubana a abandonar o PMM, recebeu o apoio do CFM e da AMB, que passaram também a oferecer apoio aos demais médicos cubanos que quisessem deixar o PMM. Essas entidades denunciaram as relações de trabalho estabelecidas entre médicos cubanos e o governo de Cuba, que além de ficar com grande percentual do salário desses médicos, lhes impunha o regime político desse país no Brasil. O PMM então passou a ser divulgado pela mídia como um meio de o governo brasileiro financiar o comunismo de Cuba.

Em 2015, com a consolidação do PMM, a mídia passou a divulgar os resultados positivos do programa, que obteve grande aprovação popular. É dado destaque a adesão dos médicos brasileiros ao programa e a abertura de novos cursos e vagas de graduação e residência em medicina. O tom crítico em relação ao governo de Cuba ficou mais ameno, após o governo federal anunciar o aumento do salário destinada aos médicos intercambistas.

No final de 2015 e no decorrer dos anos de 2016 e 2017, o PMM aparece pouco no jornal pesquisado. Sendo dado maior destaque às manifestações populares contra a corrupção e pró impeachment – da qual as entidades médicas pesquisadas fizeram parte – e ao processo de impedimento da presidente Dilma Rousseff.

Com a saída da presidente Dilma Rousseff – após processo de impeachment arquitetado por forças conservadoras do Congresso Nacional – o PMM permanece como uma das principais políticas de saúde. A continuidade desse programa se dá devido aos resultados positivos que gerou e ao grande nível de aprovação da população. Contudo, diante do contexto de forte indução de políticas de ajuste fiscal em que se encontra o Brasil, o SUS, assim como as demais políticas sociais, estão em constante ameaça. Tornando-se assim, imprescindível a mobilização popular em prol da garantia dos direitos sociais conquistados desde a Constituição de 1988.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Sidclei Q. et al. Mais médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**. Botucatu; 19(54): 623-634, 2015.
- ALVES, José Eustáquio Diniz. Análise de conjuntura: teoria e método. Disponível em:  
[http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/analiseconjuntura\\_teoriametodo\\_01jul08.pdf](http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/analiseconjuntura_teoriametodo_01jul08.pdf).  
 Acesso em: 20 de novembro de 2017.
- ARRETCHE, Marta T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, 14 (40): 111-141, 1999.
- AVRITZER, Leonardo. **Impasses da democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2016.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **A Instituição**. Disponível em:  
<https://amb.org.br/apresentacao/>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017.
- BEHRING, E. R. **Política Social no contexto da crise capitalista**. In: Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b. P.301- 321.
- BORGES, Fabiano T. e SANCHO, Karla A. "O que ele admira é a ditadura": discurso da mídia sobre o programa "mais médicos" no Brasil. **VI Colóquio e I Instituto da Associação Latino-Americana de Estudos do Discurso - ALED- Brasil**. São Carlos. pp. 1-14. 2016.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Diário Oficial da União (DOU) de 05/09/1960.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Diário Oficial da União (DOU) de 05/10/1988 (nº 191-A, Seção I, pág. 1).
- BRASIL. **Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p.1, jul.2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº12.871 de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU). 22/10/2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975.** Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Diário Oficial da União (DOU). de 18.7.1975.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 5.890 de 8 de junho de 1972.** Altera a legislação de previdência social e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 9.8.1973.

\_\_\_\_\_. **Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 1, mai. 2000, Seção I.

BRASIL. Congresso Nacional. **Decreto 15.003 de 15 de setembro de 1921.** Faz modificações no regulamento aprovado pelo decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920. Diário Oficial da União (DOU) - Seção 1 - 16/9/1921, Página 17795 (Republicação).

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 8.497, de 4 de agosto de 2015.**Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Publicado no DOU de 5.8.2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 8516, de 10 de setembro de 2015.**Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.publicado no DOU de 11.9.2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto de lei nº 8.126 de outubro de 2013.** Dispões sobre a emissão do registro único e da arteira de identificação para os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de que trata a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial da União (DOU) de 23.10.2013.

\_\_\_\_\_. **Decreto de lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923.** Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Diário Oficial da União. Seção 1. 13/04/1923. p. 10859.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 1979.** Dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o período 1980-1985 e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 16/11/1979, Página 17046 (Publicação Original).

\_\_\_\_\_. **Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966.** Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Diário Oficial da União de 22.11.1966.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 mar.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011.** Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Brasília, v. 134, n. 216, nov. 1996. Seção1, p. 22932-229406.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.925 de 13 de novembro de 1998,** que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 1998; 13 nov.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 21 out.

- 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: Ministério da Saúde, 128 p. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 210p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Programa Mais Médicos [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília:Ministério da Saúde, 2017
- BULCÃO, Lúcia G. et al. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, 14 (2): 469-487, abr-jun. 2007.
- CAMPOS, Francisco E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 25 (2): 53-59, maio/agosto de 2001.
- BRAGA, Isabel e ÉBOLE, Evandro. **Cubana vai à Câmara e afirma que desistiu de Mais Médicos**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2014, O País.
- BRIGIDO, Carolina. **Prefeitos pedem que governo contrate médicos estrangeiros**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 2013, O País.
- CAMPOS, Gastão W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (Sup):1865-1874,2007.
- CAMPOS, G.W.S. e JÚNIOR, N.P. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2655-2663, 2016.

- CAMARGO, Maria C.V.Z.A.O Ensino da Ética Médica e o Horizonte Bioética. **Revista Bioética**, v.4, n.1,4nov.2009.
- CARVALHO, Fernanda C. A consolidação do Programa Mais Médicos na opinião pública e na cobertura jornalística. **Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação - XV Congresso de Ciências da Comunicação**. Palhoça - SC. pp. 1-15. 2014.
- CARVALHO, Mônica S & SOUSA, Maria F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface**, Botucatu; 17 (47): 913-926, outubro/dezembro de 2013.
- CASTRO, Juliana e FERNANDES, Letícia. **Sem pressa com a dor alheia**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 15 de setembro de 2013, O País.
- CONTRA déficit, médicos de Cuba**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 07 de maio de 2013, primeira página.
- CORDEIRO, Hésio. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. 1ª ed. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal,1984. 175 p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **A Instituição**. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26367&Itemid=542](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26367&Itemid=542). Acesso em 22 de novembro de 2017.
- CECCIM, Ricardo B. & PINTO, Luiz F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 31 (3): 266-277, 2007.
- DAL POZ, Mario Roberto e VIANA, Ana Luiza D'Ávila. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005.
- DONNANGELO, Cecília, M.F. e PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124 p.
- DONNANGELO, Cecília, M.F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

EBC. **O que é Revalida?** Disponível em:

<http://www.ebc.com.br/educacao/2013/07/o-que-e-o-revalida>. Acesso em: 10 de janeiro de 2018.

ÉBOLI, Evandro. **Médicos estrangeiros terão que fazer prova.** Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 15 de maio de 2013, O País.

ÉBOLI, Evandro, BRAGA, Izabel, VANENI, Eduardo. **Entidades médicas tentarão barrar medidas na Justiça.** Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 9 de julho de 2013, O País.

EXPORTAR médicos está se tornando a maior fonte de renda de Cuba. Folha Digital. São Paulo, 18 de abril de 2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2017/04/1876523-exportar-medicos-esta-se-tornando-a-maior-fonte-de-renda-de-cuba.shtml>. Acesso em 22 de janeiro de 2018.

EXAME. **Veja íntegra do discurso de Dilma Rousseff sobre os 5 pactos.**

Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/veja-integra-do-discurso-de-dilma-rousseff-sobre-os-5-pactos/>. Acesso em 22 de novembro de 2017.

FARAH, Tatiana, OLIVEIRA, Elaine, SOUZA, André. **Governo estuda importar médicos.** Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 07 de maio de 2013, O País.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **FENAM 40 anos.** Disponível em:

[https://issuu.com/falamedicofenam/docs/fenam\\_pedf\\_web](https://issuu.com/falamedicofenam/docs/fenam_pedf_web). Acesso em 20 de novembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Estatuto Social da Federação Nacional dos Médicos.** Disponível em:

[https://pt.scribd.com/doc/215051404/Estatuto-Social-da-Federacao-Nacional-dos-Medicos#from\\_embed](https://pt.scribd.com/doc/215051404/Estatuto-Social-da-Federacao-Nacional-dos-Medicos#from_embed). Acesso em 20 de dezembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Petição eletrônica 'Cadê o Médico'.** Disponível em:

<http://cadeomedico.blogspot.com.br/2013/02/>. Acesso em 20 de novembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **História da FENAM.** Disponível em:

<http://www.fenam.org.br/site/fenam.php>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017

- FREIDSON, Eliot. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Editora UNESP; Porto Alegre, RS: Sindicato dos Médicos, 2009.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- GENTIL, Denise Lobato. Ajuste fiscal, privatização e desmantelamento da proteção social no Brasil: a opção conservadora do governo Dilma Rousseff (2011-2015). **Revista da sociedade brasileira de economia política**.46, janeiro-abril de 2017, p. 10-31.
- GIRARDI, Sabato et al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010.
- GIOVANELLA, Lígia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(3):783-794.
- GIL, Antônio. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas S.A, 2008. 220 p.
- GOMES, Luciano Bezerra e MERHY, Emerson Elias. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface (Botucatu)**. 2017, 21(supl.1): 1103-14.
- GONÇALVES, Ricardo B. M. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 1979. 209p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- GOODE, William. J. Encroachment, charlatanism, and emerging profession: Psychology, Medicine, and Sociology. **American Sociological Review**, XXV:902-914, 1960 apud FREIDSON, Eliot. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Editora UNESP; Porto Alegre, RS: Sindicato dos Médicos, 2009.
- GOVERNO ainda estuda modelo para contratar médicos estrangeiros**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 22 de maio de 2013, primeira página.

**GOVERNO não atrai médico para o interior.** Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 17 de maio de 2013, Primeira Página.

**GOVERNO cria serviço médico obrigatório.** Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 9 de julho de 2013, primeira página.

HALL, Peter A. e TAYLOR, Rosemary C.R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova nº: 58**, 2003, pp.193-224.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Produto Interno Bruto Variação em volume taxa trimestral** Disponível em: Fonte: IBGE; <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=ST12>; acesso em: 15/11/17.

JORNAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Maio/junho de 2013. Ano 54, nº: 1384.

\_\_\_\_\_. Julho/agosto de 2013. Ano 54, nº 1385.

\_\_\_\_\_. Setembro/outubro de 2013. Ano 54, nº 1386.

\_\_\_\_\_. Novembro/dezembro de 2013. Ano 54, nº 1387.

\_\_\_\_\_. Janeiro/fevereiro de 2014. Ano 55, nº 1388.

\_\_\_\_\_. Março/abril de 2014. Ano 55, nº 1389.

\_\_\_\_\_. Maio/junho. Ano 55, nº 1390.

\_\_\_\_\_. Julho/agosto. Ano 55, nº 1391.

\_\_\_\_\_. Janeiro/fevereiro de 2015. Ano 56, nº 1394.

\_\_\_\_\_. Março/abril de 2015. Ano 56, nº 1395.

\_\_\_\_\_. Novembro/dezembro de 2015 / Janeiro/fevereiro de 2016. Ano 56, nº 1399.

\_\_\_\_\_. Março/abril/maio/junho de 2016. Ano 56, nº1400.

\_\_\_\_\_. Julho/agosto de 2016. Ano 56, nº 1401.

\_\_\_\_\_. Janeiro/fevereiro de 2017. Ano 57, nº 1403.

\_\_\_\_\_. Março/abril de 2017. Ano 57, nº 1404.

\_\_\_\_\_. Setembro/outubro de 2017. Ano 57, nº 1405.

JORNAL MEDICINA. Fevereiro de 2013. Ano XXVIII, nº 217.

\_\_\_\_\_. Março de 2013. Ano XXVIII, nº 218.

\_\_\_\_\_. Abril de 2013. Ano XXVIII, nº 219.

\_\_\_\_\_. Maio de 2013. Ano XXVIII, nº 220.

\_\_\_\_\_. Junho de 2013. Ano XXVIII, nº 221.

\_\_\_\_\_. Julho de 2013. Ano XXVIII, nº 222.

\_\_\_\_\_. Agosto de 2013. Ano XXVIII, nº 223.

\_\_\_\_\_. Setembro de 2013. Ano XXVIII, nº 224.

\_\_\_\_\_. Outubro de 2013. Ano XXVIII, nº 225.

\_\_\_\_\_. Novembro de 2013. Ano XXVIII, nº 226.

\_\_\_\_\_. Dezembro de 2013. Ano XXVIII, nº 227.

\_\_\_\_\_. Março de 2014. Ano XXIX, nº 230.

\_\_\_\_\_. Janeiro de 2014. Ano XXIX, nº 228.

\_\_\_\_\_. Fevereiro de 2014. Ano XXIX, nº 229.

\_\_\_\_\_. Abril de 2014. Ano XXIX, nº 231.

\_\_\_\_\_. Junho de 2014. Ano XXIX, nº 233.

\_\_\_\_\_. Novembro de 2014. Ano XXIX, nº 238.

\_\_\_\_\_. Dezembro de 2014. Ano XXIX, nº 239.

\_\_\_\_\_. Janeiro de 2015. Ano XXX, nº 240.

\_\_\_\_\_. Março de 2015. Ano XXX, nº 242.

\_\_\_\_\_. Abril de 2015. Ano XXX, nº 243.

\_\_\_\_\_. Julho de 2015. Ano XXX, nº 246.

\_\_\_\_\_. Agosto de 2015. Ano XXX, nº 247.

\_\_\_\_\_. Setembro de 2015. Ano XXX, nº 248.

\_\_\_\_\_. Outubro de 2015. Ano XXX, nº 249.

\_\_\_\_\_. Novembro de 2015. Ano XXX, nº 250.

- \_\_\_\_\_. Dezembro de 2015. Ano XXX, nº 251.
- \_\_\_\_\_. Março de 2016. Ano XXXI, nº 254.
- \_\_\_\_\_. Abril de 2016 Ano XXXI, nº 255.
- \_\_\_\_\_. Junho de 2016. Ano XXXI, nº 257.
- \_\_\_\_\_. Outubro/novembro 2016. Ano XXXI, nº 261.
- \_\_\_\_\_. Dezembro de 2016. Ano XXXI, nº 262.
- \_\_\_\_\_. Janeiro de 2017. Ano XXXII, nº 263.
- \_\_\_\_\_. Março de 2017. Ano XXXII, nº 265.
- \_\_\_\_\_. Maio de 2017. Ano XXXII, nº 267.
- \_\_\_\_\_. Junho de 2017. Ano XXXII, nº 268.
- \_\_\_\_\_. Julho de 2017. Ano XXXII, nº 269.
- \_\_\_\_\_. Setembro de 2017. Ano XXXII, nº 271.
- \_\_\_\_\_. Outubro de 2017. Ano XXXII, nº 272.
- \_\_\_\_\_. Novembro de 2017. Ano XXXII, nº 273.
- \_\_\_\_\_. Dezembro de 2017. Ano XXXII, nº 274.

LANDIM, Ilana C. Um estudo sobre a relação entre a democracia digital e a participação política a partir do debate sobre o programa mais médicos no Facebook. **Revista eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Mídia e Cotidiano**. Niterói; n. 3, 538-561, dezembro de 2013.

LEVI, Margaret. Uma Lógica da Mudança Institucional. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, 34(1): 79-99, 1991.

LIMA Luciana Dias et al. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Ruben Araújo de Mattos, Tatiana Wargas de Faria Baptista (Orgs). 1ª edição, Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

LUCCIOLA, Luisa. **Por onde andam os médicos cubanos?** Disponível em: <https://apublica.org/2018/02/por-onde-andam-os-medicos-cubanos/>. Acesso em 10 de fevereiro de 2018.

- LUZ, Madel T. **As instituições médicas no Brasil**. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014. 362 p.
- \_\_\_\_\_. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**,1(1):77-96, 1991.
- MACIEL FILHO, Romulo e BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho**. 1ª edição, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2008, pp 205.
- MACHADO, Maria Helena, organizadora. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. [livro eletrônico] Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- Marques EC. Notas críticas à literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. **BIB**, Rio de Janeiro, 43: 67-102, 1997.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: DIFEL, 1982. v.1, livro primeiro: o processo de produção do capital.
- MÉDICOS rompem com governo**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 20 de julho de 2013, primeira página.
- NETTO, José Paulo. **Capitalismo, Desenvolvimentismo e Barbárie**. Palestra proferida durante a Oficina Regional Centro-Oeste da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Universidade de Brasília. 12 de setembro de 2012. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=Fe4W1D0Qk8g>. Acesso em 05 de maio de 2017.
- NETTO, José. Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. 1º ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.64p.
- NEY, Márcia Silveira e RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 ( 4 ): 1293-1311, 2012.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais**. Um estudo de casos múltiplos. Brasília, DF: OPAS, 2017.

- 'O balcão fechou', diz ministro sobre curso de Medicina.** Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 06 de fevereiro de 2013, O País.
- PICKSTONE, John. **Medicina, sociedade e Estado.** In: PORTER, Roy (org.). Cambridge- História ilustrada da medicina. Rio de Janeiro: REVINTER, 2001, pp. 304-342.
- PINTO, Milton J. **Comunicação e discurso: introdução à análise de discursos.** São Paulo: Hacker editores, 1999.
- PEREIRA NETO, André F. **Ser médico no Brasil: presente no passado.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 232 p.
- PORTER, Roy. **Hospitais e cirurgia.** In: PORTER, Roy (org.). Cambridge- História ilustrada da medicina. Rio de Janeiro: REVINTER, 2001, pp. 202-246.
- \_\_\_\_\_. **Ciência médica.** In: PORTER, Roy (org.). Cambridge- História ilustrada da medicina. Rio de Janeiro: REVINTER, 2001, pp. 154-202.
- POULANTZAS, Nicos. **As classes sociais no capitalismo de hoje.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975. 364p.
- RIBEIRO, Marcelle. **Médicos: para CFM, decisão do MEC não resolve.** Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 07 de fevereiro de 2013, O País.
- ROMEO, Madalena. **Médico fora de alcance.** Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 17 de maio de 2013, O País.
- ROMEO, Madalena, ILHA, Flávio e FAGUNDES, Ezequiel. **Padilha estuda autorização só para saúde básica.** Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 18 de maio de 2013, O País.
- RODRIGUES, Paulo H. A. et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 (4): 1147-1166, 2013.
- RODRIGUES, Paulo H. de Almeida. **A política de "austeridade" econômica de Temer e Meirelles.** Disponível em: <http://averdade.org.br/2017/11/politica-dita-de-austeridade-economica-de-temer-e-meirelles/>. Acesso em 28 de novembro de 2017.

- RODRIGUES, Paulo H. de Almeida. A crise não é só do governo, mas de Estado e dos seus modelos econômico e político. **CEBES**, 2017. Disponível em:<http://cebes.org.br/2017/06/a-crise-nao-e-so-do-governo-mas-de-estado-e-dos-seus-modelos-economico-e-politico/>. Acesso em 20 de junho de 2017.
- ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- STARR, Paul. **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América**. México: Biblioteca de la Salud, 1991.
- SADER, Emir. **Notas sobre a globalização neoliberal**. In: MATTA, Gustavo C e LIMA, Júlio César F. (Orgs.). Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008. 410p.
- SASSINE, Veniceus. **Conselho de Medicina quer dar emprego para cubanos desertores**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 10 de fevereiro de 2014, O País.
- SOUZA, Andre, LINS, Letícia, PIERRY, Flávia. **No Mais Médicos, metade dos brasileiros faltou**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2013, O País.
- SOUZA, Andre. **Número de médicos cresce, mas distribuição continua sendo desigual**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2013, O País.
- SOUZA, André. **Exame reprova 89% de médicos formados no ensino cubano**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 08 de maio de 2013, O País.
- SOUZA, André. **Controle além-mar. Médicos cubanos seguem cartilha até na Bolívia**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 17 de maio de 2013, O País.
- SOUZA, André. **CFM faz proposta para levar médicos ao interior do país**. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 22 de maio de 2013, O País.
- SOUZA, Herbert José. **Análise de conjuntura**. Editora Vozes, 27ª edição, Petrópolis, RJ.
- SOUZA, Celina. Políticas Públicas. Questões temáticas e de pesquisa. **CADERNO CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SCHEFFER, Mario. et al. **Demografia médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 p. ISBN: 978-85-89656-22-1.

SCHRAIBER, Lilia. **Educação médica e capitalismo**: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

SHORTER, Edward. **Cuidados primários**. In: PORTER, Roy (org.). Cambridge-História ilustrada da medicina. Rio de Janeiro: REVINTER, 2001, pp.118-154.

SPINK Peter. **Análise de Documentos de domínio público**. In: SPINK Mary, J (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Edição virtual, 2013, pp. 100-126.

THOMPSON, John, B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

**UNIVERSIDADES podem supervisionar vinda de médicos estrangeiros.**

Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 02 de março de 2013, O País.

WIKIPEDIA. **Rede Globo**. Disponível em:

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Rede\\_Globo#cite\\_note-15](https://pt.wikipedia.org/wiki/Rede_Globo#cite_note-15). Acesso em: 12 de janeiro de 2018.

