

PUCRS

ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

LAERGE THADEU CERQUEIRA DA SILVA

**ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE:
UMA ANÁLISE DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL**

PORTO ALEGRE
2023

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

LAERGE THADEU CERQUEIRA DA SILVA

**ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE:
UMA ANÁLISE DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Suárez Maciel.

PORTO ALEGRE

2023

Ficha Catalográfica

S586e Silva, Laerge Thadeu Cerqueira

Estado e Política de Saúde : uma análise do Projeto Mais Médicos para o Brasil / Laerge Thadeu Cerqueira Silva. – 2023.
131 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Suarez Maciel.

1. Estado. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Projeto Mais Médicos para o Brasil. I. Maciel, Ana Lúcia Suarez. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

LAERGE THADEU CERQUEIRA DA SILVA

**ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE:
UMA ANÁLISE DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Lúcia Suarez Maciel (Orientadora) – PPGSS/PUCRS

Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini (Examinadora) – PPGSS/PUCRS

Prof. Dr. Dário Frederico Pasche (Examinador) – UFGRS

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes (Examinador) – UFPB

PORTO ALEGRE

2023

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a todos aqueles que lutam por uma sociedade mais justa e igualitária. Aqueles que buscam uma sociabilidade cheia de vida, alegria, respeito, empatia e justiça.

AGRADECIMENTOS

Se da minha boca vai ai ai
que da sua boca venha
uma declaração de amor
um beijo apaixonado
seja essa a nossa vênua
o nosso boi de reisado
um reizim bem coroadado
bate em sua moradia
vem louvando e vem louvado
vem cantando essa folia
eu e meus companheiros
queremos cumplicidade
prá brincar de liberdade
no terreiro da alegria

Folia de Príncipe, Chico César

Agradeço, primeiramente, a meu amor e minha companheira, Adernanda De Rocco Guimarães, por ter apostado em mim e me incentivado a buscar esse sonho, e por ter me dado nosso Bento.

A minha querida família: minha mãe, meu pai, meus irmãos, por serem meus exemplos de vida, e por poder contar com vocês; amo vocês.

Aos meus amigos e irmãos de vida, Evelise Tarouco, Gustavo Melz, Willian Luna e Anchieta Bezerra, entre outros, pelo apoio e pelo companheirismo.

Aos meus colegas queridos da PUCRS.

Aos professores, professoras e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PUC/RS.

À professora orientadora Ana Lúcia Suárez Maciel, que, com toda paciência, sempre demonstrou confiança no trabalho.

Ao grupo de pesquisa FORMASS, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, espaço de aprendizagem, trocas e amizade.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Dessa forma, agradeço à CAPES, instância fundamental para o avanço da ciência no país e para o acesso à pesquisa de todas e todos nós.

RESUMO

Na perspectiva de atender às demandas de saúde e em resposta às manifestações de junho de 2013, que apontavam a falta de profissional médico como um dos problemas centrais do Sistema Único de Saúde (SUS), o governo federal, a partir da Medida Provisória n. 621, de julho de 2013, substituída pela Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que tem como eixos centrais a melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde, a ampliação e a qualificação dos recursos humanos para o SUS, e o provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis e de extrema pobreza. No que se refere ao Eixo Provimento Emergencial, implementado através do PMMB e regulamentado pela Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013, e que tem como objetivo garantir o provimento emergencial de profissionais médicos para o SUS, tendo como lotação as unidades de saúde dos municípios de vulnerabilidade social, o Programa esteve na centralidade das discussões da política de saúde, tendo em vista seus aspectos políticos, ideológicos, bem como sua capacidade de dar resposta aos problemas no âmbito do SUS. Diante das questões apresentadas, esta tese objetivou analisar o PMMB, enquanto ação Estatal, em seus aspectos sócio-históricos, políticos e de gestão, no período de 2013 a 2022, e sua implicação para o referido sistema. Para isso, como objetivos específicos, buscou-se compreender e analisar o contexto sociopolítico de criação e implementação do PMMB, sua estrutura e modelo de gestão no âmbito federal, e seus efeitos para a política de saúde. No que tange à metodologia, utilizou-se uma abordagem qualitativa, a partir do método histórico-crítico de análise da realidade, tendo sido executados os seguintes procedimentos: revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores federais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação que estavam em cargos estratégicos durante o processo de implantação do PMMB. A pesquisa buscou, através do pensamento gramsciano, discutir a relação entre Estado e política de saúde, a partir das categorias Estado Ampliado e Sociedade Civil, de modo a evidenciar suas contradições no contexto neoliberal e no cenário sociopolítico brasileiro. Quanto aos resultados encontrados, destaque-se que o debate em torno do provimento médico, como também do provimento de outras categorias no âmbito do SUS, tendo em vista as particularidades regionais e dimensão do Brasil, deve ser tratado não somente como algo emergencial, mas também como uma política pública sólida de Estado, apresentando novos arranjos institucionais que possam dar conta de mudanças estruturais no âmbito do SUS, estabelecendo um cuidado integral e universal para a população. É necessário aproveitar o legado do PMMB e estabelecer metas para criação da Carreira Federal para o SUS, dando conta de responder a demandas da Atenção Primária em Saúde quanto à falta de profissionais de saúde. Dessa forma, para que se efetivem as necessárias mudanças estruturais no âmbito do SUS, garantindo a ampliação do acesso à saúde e, com isso, a universalização da saúde, faz-se necessário realizar disputas contra-hegemônicas, enfrentando as forças conservadoras e a mercantilização, pois somente assim será possível a garantia e a ampliação desse direito.

Palavras-chave: Estado. Sistema Único de Saúde (SUS). Política de Saúde. Projeto Mais Médicos para o Brasil.

ABSTRACT

In order to meet health demands and in response to the protests of June 2013 in Brazil, which pointed to the lack of medical practitioners as one of the central problems of the National Health System (SUS), the federal government, through Provisional Measure No. 621 of July 2013, replaced by Law No. 12.871 of October 22nd, 2013, institutes the *Mais Médicos para o Brasil* Project (PMMB) (More Doctors for Brazil, in Portuguese), which focuses on improving the infrastructure of basic health centers, expanding and qualifying human resources for the SUS and urgently providing physicians for vulnerable and extreme poverty areas. Regarding the Emergency Provision element, implemented through the PMMB and regulated by Interministerial Ordinance No. 1.369 of July 2013, which aims to ensure the emergency provision of medical practitioners for health centers in socially vulnerable areas, the *Mais Médicos* Project was at the center of discussions on health policy, given its political and ideological aspects, as well as its capacity to respond to the problem within the SUS scope. Given the issues presented, this thesis aimed to analyze the PMMB as a state action, in its socio-historical, political and management aspects, in the period from 2013 to 2022, and its implication for the referred system. To this end, we sought to understand and analyze the sociopolitical context of creation and implementation of the PMMB, its structure and management model at the national level, as well as its effects on health policy. With respect to methodology, we used a qualitative approach, based on the historical-critical method of reality analysis, in three stages: literature review, document analysis, and semi-structured interviews conducted with national managers from the Ministry of Health and the Ministry of Education who were in strategic positions in the PMMB implementation process. Based on Gramscian thought, the research sought to discuss the relationship between state and health policy with the categories of Extended State and Civil Society, in order to point out its contradictions in the neoliberal context and in the Brazilian sociopolitical setting. As for the results found, it is important to highlight that the debate around the provision of physicians, as well as other categories in the scope of SUS, considering the regional particularities and the dimension of Brazil, must be treated not only as something urgent, but also as a solid public policy, presenting new institutional arrangements that can account for structural changes in SUS, establishing a comprehensive and universal care for the population. It is necessary to take advantage of PMMB's legacy and to establish goals for the creation of the National Career for SUS, responding to Primary Health Care demands regarding the lack of health professionals. Therefore, for the necessary structural changes to take place in SUS, guaranteeing the expansion of access to health and, thus, the universalization of health, it is necessary to conduct counter-hegemonic disputes, confronting conservative forces and commodification, because only then will it be possible to guarantee and expand this right.

Keywords: State, National Health System (SUS), Health Policy, *Mais Médicos para o Brasil* Project.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Visita <i>in loco</i> no Sertão da Paraíba	16
Figura 2 – Visita <i>in loco</i> na Zona Rural de Picuí-PB	16
Figura 3 – Distribuição de médicos por 1.000 habitantes, segundo IBGE (2012)	19
Figura 4 – Eixos do Programa Mais Médicos	20
Figura 5 – Produções Acadêmicas sobre o PMMB de 2014 a 2021	29
Figura 6 – Conceito de Estado Ampliado na perspectiva de Gramsci	44
Figura 7 – Orçamento Federal Executado em 2021	75
Figura 8 – Reportagem sobre rompimento de Cooperação Brasil e Cuba	77
Figura 9 – Reportagem sobre saída de médicos cubanos	77
Figura 10 – Provimento no Brasil	88
Figura 11 – Evolução da razão de médicos por 1.000 habitantes, de 1980 a 2025; Brasil, 2023	89
Figura 12 – Médicos e razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo grandes regiões e Unidades da Federação em 2022	89
Figura 13 – Linha do Tempo PMMB	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Periódicos elencados para análise de artigos com os descritores “Programa Mais Médicos” e “Projeto Mais Médicos para o Brasil”	31
Quadro 2 – Teses e Artigos elencados para subsidiar o debate estabelecido na tese	32
Quadro 3 – Teses e artigos elencados por autor e organizados por temática	33
Quadro 4 – Leis e Portarias referentes ao PMMB analisadas	36
Quadro 5 – Características dos sujeitos da entrevistados	37
Quadro 6 – Etapas da pesquisa e objetivos.....	38
Quadro 7 – Questões Norteadoras, Objetivos Específicos e Categorias Emergentes	40
Quadro 8 – Modelos de Saúde em disputa	51
Quadro 9 – Editais PMMB entre 2015 e 2016	68
Quadro 10 – Editais PMMB entre 2016 e 2018	72
Quadro 11 – Falas de Jair Bolsonaro frente às mortes pelo COVID-19	81
Quadro 12 – Editais de reposição	83
Quadro 13 – Ações do governo Lula nos três primeiros meses de governo	85
Quadro 14 – Editais PMMB/2022 retomados no governo Lula.....	86
Quadro 15 – Propostas apresentadas na 2º Reunião de CIT/2023.....	87
Quadro 16 – Dimensões para análise de modelo de gestão.....	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de produções acadêmicas por nível de formação.....	29
Tabela 2 – Distribuição de pesquisas acadêmicas do Banco de Teses e Dissertações da Capes sobre o PMMB por área de conhecimento.....	30

LISTA DE SIGLAS

ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CASS	Centro Acadêmico de Serviço Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
Cofins	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CSMC	Comercializadora de Serviços Médicos Cubanos
EC 95	Emenda Constitucional 95
FORMASS	Grupo de pesquisa em Gestão Social e Formação em Serviço Social
Humaniza SUS	Programa de Humanização dos Serviços
IES	Instituições de Ensino Superior
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MESS	Movimento Estudantil de Serviço Social
MPL	Movimento Passe Livre
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NEPPS	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais
NRF	Novo Regime Fiscal
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico ou Económico
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

PEPGS-SSO	Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PMMpB	Programa Médicos pelo Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Plano Nacional de Imunização
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PROCAD	Programa de Cooperação Acadêmica
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PUCSP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEPAC	Setor de Estudos e Pesquisas sobre Crianças e Adolescentes
STF	Superior Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UM OLHAR PARA O EIXO PROVIMENTO EMERGENCIAL	17
1.2	PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	27
2	ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE: MODELO DE SAÚDE EM DISPUTA	42
2.1	ESTADO E SOCIEDADE CIVIL EM GRAMSCI: CATEGORIAS CENTRAIS PARA ANÁLISE DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	43
2.2	ESTADO, NEOLIBERALISMO E POLÍTICA DE SAÚDE: CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988	47
3	CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO NO BRASIL NO PERÍODO DE 2013 A 2022: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL	58
3.1	ESTADO E SOCIEDADE CIVIL: JORNADAS DE JUNHO DE 2013 E IMPLANTAÇÃO DO PMMB	59
3.2	PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: IMPACTO DO GOLPE DE 2016.....	70
3.3	GOVERNO BOLSONARO E DIRETRIZES NEOLIBERAIS: CONTEXTO DO PMMB APÓS ELEIÇÕES 2018	73
3.4	GOVERNO LULA: PERSPECTIVAS PARA O PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL	84
4	PROJETO MAIS MÉDICOS PELO BRASIL: DESAFIOS E LIMITES PARA SUA CONSOLIDAÇÃO ENQUANTO POLÍTICA DE ESTADO	93
4.1	GESTÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL E NOVOS ARRANJOS INSTITUCIONAIS	93
4.2	IMPLICAÇÕES DO PMMB PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	102
5	CONCLUSÃO	108
	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICE A	122
	APÊNDICE B	125
	APÊNDICE C	127
	APÊNDICE D	128

1 INTRODUÇÃO

Caminho se conhece andando
Então vez em quando é bom se perder
Perdido fica perguntando
Vai só procurando
E acha sem saber

Chico César

Os caminhos de um pesquisador são concretos e de grande importância para que se possa saber de onde se fala e o que despertou o interesse pela temática eleita para sua tese. Nesse sentido, nesta introdução, discorro sobre o caminho percorrido e explico o meu lugar na pesquisa, tendo em vista que a produção acadêmica tem uma relação direta com o processo histórico vivido pelo pesquisador e pelas complexidades encontradas nas diversas experiências vivenciadas no cotidiano.

Não desconsiderando meu processo de formação anterior (familiar e escolar), considero que minha caminhada se inicia quando saio de minha cidade, Juazeiro-BA, para cursar a graduação de Serviço Social na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), iniciando minha trajetória em outubro de 2002. Busquei, ao longo da minha formação, experiências nas diversas possibilidades que uma universidade pode dar a um aluno, tendo como referência o tripé fundamental do ensino superior (ensino, pesquisa e extensão), com a possibilidade de ampliar o conhecimento e iniciar ali o interesse pela pesquisa.

Como estudante do curso de Serviço Social da UFPB, tive a oportunidade de ingressar no Movimento Estudantil de Serviço Social (MESS), onde fui vice-presidente do Centro Acadêmico de Serviço Social (CASS) e seu representante no Diretório Central dos Estudantes no período de 2004 a 2006, sendo estes espaços estruturantes na minha formação.

Já formado, em 2007, e estimulado pelo MESS, mantive minha militância, assumindo como Primeiro Secretário do Conselho Regional de Serviço Social da 13ª Região, triênio 2007-2011. Como conselheiro, tive a possibilidade de realizar discussões ímpares no âmbito da categoria dos Assistentes Sociais, participando de GTs temáticos de saúde e educação dentro do conjunto, nas instâncias do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

Neste mesmo ano, também iniciei minha vida laboral como Assistente Social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), no município de Mari-PB. Enquanto Assistente Social de um dos programas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), pude vivenciar o território e suas complexidades.

A partir de 2009, comecei a atuar enquanto Assistente Social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em João Pessoa-PB, desenvolvendo as atividades no âmbito da gestão do SUS. Em 2011, recebi o convite para ingressar na Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, atuando em diversas áreas da gestão. É importante destacar que, ao longo da minha trajetória profissional, a relação com a academia sempre esteve próxima, na atuação em projetos pontuais e em articulação com grupos de pesquisa com os quais mantive vínculo desde a graduação.

Em 2013, após o distanciamento por algum tempo do mundo acadêmico, tive a oportunidade de realizar a seleção no curso de pós-graduação em Serviço Social da UFPB, na linha de pesquisa de *Políticas Sociais*, integrando a turma de 2013.1, finalizando com a defesa em março de 2015.

Dentre as atividades desenvolvidas, além da inserção no Setor de Estudos e Pesquisas sobre Crianças e Adolescentes (SEPAC), destaco minha inserção no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS), vinculado ao Centro de Ciências Humanas e Letras da UFPB, que desenvolveu o Programa de Cooperação Acadêmica (PROCAD), no período 2011-2015, entre o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da UFPB e o Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social (PEPGS-SSO) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). No projeto intitulado *Assistência Social e Transferência de Renda: interpelações no território da proteção social*, sob a coordenação da Profa. Dra. Marinalva Conserva, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, pude realizar discussões que contribuíram diretamente para o meu aprendizado e, principalmente, para a minha relação com a pesquisa acadêmica.

Ao mesmo tempo que desenvolvia as atividades acadêmicas, recebi o convite, em 2014, para assumir a função de Referência Descentralizada do Ministério da Saúde para o Programa Mais Médicos (PMM), no estado da Paraíba, que tinha como atribuições o monitoramento, a avaliação do programa, o apoio a municípios, profissionais, e instituições de ensino, além da representação institucional junto aos colegiados e

comissões do SUS no estado – função esta que, apesar de mudanças em minhas atribuições, exerço até o momento.

Como Referência do Ministério da Saúde para PMM na Paraíba, tive a oportunidade de realizar inúmeras visitas *in loco*, na perspectiva de monitorar o programa. Destaco-as aqui como “caminhos da vida real”, em que tive a possibilidade de perceber no sertão da Paraíba os vazios assistenciais, as dificuldades da população no acesso aos serviços básicos de saúde e a realidade de municípios que sempre tiveram dificuldade de fixar profissionais médicos em suas equipes básicas de saúde.

Figura 1 – Visita *in loco* no Sertão da Paraíba



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

Figura 2 – Visita *in loco* na Zona Rural de Picuí-PB



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

Dessa forma, foi nessa caminhada que meu olhar de pesquisador foi aguçado, entendendo que o PMM se colocava para a população como uma política social inovadora e que estava dando resposta a uma demanda social latente. Para tanto, como uma política

social complexa, o Programa despertava contradições e posições diversas no âmbito da sociedade.

Trilhando os caminhos da vida, em 2019, ingressei no curso de Doutorado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), na turma de 2019.1, desenvolvendo minhas atividades acadêmicas e enquanto pesquisador no Grupo de pesquisa em Gestão Social e Formação em Serviço Social (FORMASS), na linha de pesquisa *Gestão Social: Interfaces com o Estado, o Mercado e a Sociedade Civil*, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Lúcia Suárez Maciel. Compondo o grupo de pesquisa, pude, ao longo do doutorado, ter a oportunidade de discutir e refletir sobre a temática, lapidando a proposta e o desenvolvimento desta tese.

1.1 PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UM OLHAR PARA O EIXO PROVIMENTO EMERGENCIAL

Tendo em vista que o objeto deste trabalho é o Eixo Provimento Emergencial, que se concretiza a partir do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), realizo, nesta seção, sua contextualização, descrevendo a organização, a estruturação e os eixos, com ênfase no Eixo Provimento Emergencial, no que tange à sua implantação e implementação.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado pela Medida Provisória n. 621, de julho de 2013, sendo substituída pela Lei n. 12.871 em 22 de outubro de 2013, e teve como principal objetivo fortalecer a Atenção Primária em Saúde no Brasil, através de ações que buscavam desde o provimento emergencial de profissional para os municípios de maiores vulnerabilidades e que não conseguiam fixar profissionais médicos até a estrutura física dos serviços de saúde, bem como realizar o reordenamento da formação médica.

O Programa tem como diretrizes, segundo o art. 1º da Lei n. 12.871/2013:

- 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 de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para a atuação nas políticas públicas de saúde do País, na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013a, s/p).

Ao analisar o contexto de criação do PMM, identifica-se que sua implantação surge como resposta do governo Dilma às Jornadas de Junho de 2013, que tinham como uma de suas pautas a melhoria dos serviços de saúde, principalmente a falta de profissionais médicos, seja por insuficiência, seja por má distribuição no Brasil.

Os acontecimentos de junho de 2013, quando o Brasil presenciou massivas manifestações de rua que tinham entre suas pautas a exigência de melhores condições e serviços de saúde para a população brasileira, provocaram o governo federal a concluir a formulação da política pública que estava sendo gestada desde o início do ano. Assim, em 8 de julho de 2013 foi instituído o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2015b, p. 40).

Para tanto, no desenvolvimento desta pesquisa, identificou-se que o debate sobre provimento de profissionais para a rede pública de saúde já estava na agenda governamental naquele momento, com o desenvolvimento de alguns programas anteriores, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), instituído pela Portaria Interministerial n. 2.087, de 1º de setembro de 2011, que tinha como objetivos estimular e valorizar os profissionais de saúde que atuam em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família e levá-los para localidades com maior carência para este serviço. O atrativo para o profissional seria a obtenção de uma pontuação extra na seleção de residências profissionais.

Dessa forma, as Jornadas de 2013 se configuraram como um catalisador para a implantação do PMMB, tendo em vista que se enfrentavam, naquele momento, resistências de organizações médicas e atores políticos no âmbito do Congresso, considerando que estudos de viabilidade, elaboração de marcos legais e construção de uma proposta de PMMB já estavam sendo gestados dentro do Ministério da Saúde e da

Casa Civil, que, com ciência da presidenta, no momento oportuno, demandou a implantação do Programa.

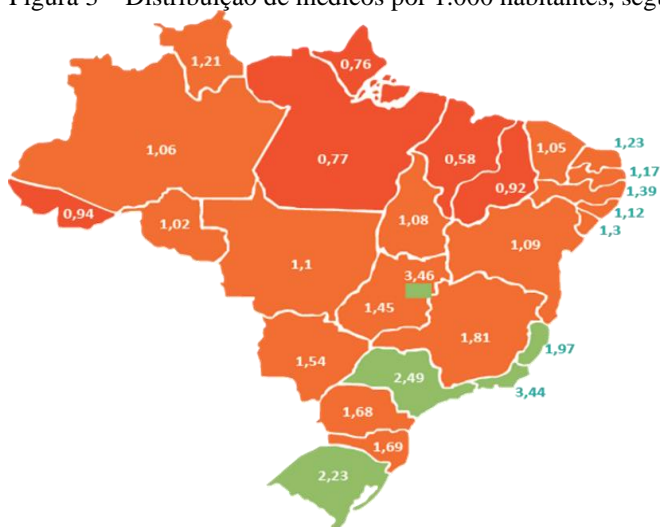
Diante desse contexto, Pinto (2021), ao refletir sobre essa conjuntura, sintetizou que:

O agravamento do problema e aumento da relevância da questão, combinados ao posicionamento de novos atores na direção do sistema político e subsistema saúde, são responsáveis pela entrada da questão na agenda do governo, com prioridade máxima no MS e alguma prioridade no núcleo do governo já em 2011[...] A ação da Presidência e núcleo do governo e o suporte que passou a dar à atuação dos Empreendedores do PMM foi essencial para a superação de constrangimentos institucionais nos próprios espaços institucionais do Estado. Esses fatores somados foram responsáveis por viabilizar a formulação do PMM ao longo do ano de 2012. E que a mudança do contexto político em meados de 2013, com papel destacado das ‘Jornadas de Junho’, mudou o cálculo estratégico do núcleo do governo fazendo com que o PMM fosse lançado naquela data (PINTO, 2021, p. 221).

Segundo os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), naquele momento, a proporção de médicos por habitantes no Brasil era de 1,8/1000, “sendo abaixo de outros 3 países que pertencem a organização, como também de países que garantem sistemas universais de saúde como: Canadá (2,4), Reino Unido (2,7), Espanha (3,5) e Portugal (3,8)” (PINTO *et al.*, 2017, p. 1088).

No que tange aos estados brasileiros, entre os anos de 2011 e 2013, 22 estados estavam abaixo de 1,8/1000 médicos por habitante e cinco estados tinham menos de um médico por mil habitantes, como apresentado na figura a seguir:

Figura 3 – Distribuição de médicos por 1.000 habitantes, segundo IBGE (2012)



Fonte: Brasil (2015b, p. 79).

Destaca-se que a concentração de profissionais médicos principalmente nos grandes centros urbanos do sudeste e do sul do país agrava a situação apresentada no Brasil, tendo as regiões do norte e do nordeste escassez desses profissionais para o desenvolvimento de ações de saúde de forma integral (BRASIL, 2015b).

Para tanto, o Programa Mais Médicos, de acordo com as normativas, amplia suas ações para além do provimento de profissionais, estruturando-se a partir de três eixos centrais: i. “Provimento Emergencial” (PMMB); ii. “Ampliação e Melhoria da Infraestrutura”; e iii. “Formação para o SUS”.

Figura 4 – Eixos do Programa Mais Médicos



Fonte: Brasil (2017b, p. 8).

No que se refere ao eixo “Ampliação e Melhoria da Infraestrutura”, seu objetivo é realizar, através do programa Requalifica UBS, reformas, construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde, dando condições para que as equipes de saúde possam realizar com melhor qualidade as suas ações. Com o PMM, o orçamento do Requalifica foi ampliado para 5,5 bilhões, atendendo a 5 mil municípios (PINTO *et al.*, 2017).

Entretanto, é importante ter um olhar amplo sobre a questão, tendo em vista que os recursos do programa Requalifica UBS são repassados diretamente para os municípios, sendo eles responsáveis por executar os recursos e as especificidades da gestão municipal, logo, podendo garantir ou não a execução dos recursos destinados.

Já o eixo “Formação para SUS” tem como objetivo realizar a ampliação de vagas de graduação em medicina e em residência médica no país, tendo como prioridade a reorientação desses cursos no território nacional, garantindo a sua abertura em locais com

pouca densidade de profissionais médicos e a ampliação do número de médicos por habitante.

Outro ponto central do eixo formação se dá no direcionamento do PMM para mudanças curriculares nos cursos de graduação em medicina, a fim de que sejam criadas expertises para dar resposta às necessidades da população no âmbito do SUS. Logo:

Identifica mudanças institucionais nos Ministérios da Saúde e Educação; reorientação da formação médica; ampliação e redistribuição de vagas de graduação e residência; e criação de instrumentos de política pública para o planejamento, regulação e avaliação da formação de especialistas (PINTO *et al.*, 2019, p. 1).

O eixo “Provimento Emergencial”, objeto deste trabalho, é estruturado pelo PMMB, regulamentado pela Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre sua implementação, e que teve mais visibilidade para grande parte da sociedade brasileira, pois tinha como objetivo garantir o provimento emergencial de profissionais médicos para o Sistema Único de Saúde, tendo como lotação as unidades de saúde dos municípios com maiores indicadores de vulnerabilidade social, como também as periferias dos grandes centros urbanos.

De acordo com a Portaria Interministerial n. 1.369, em seu art. 3º, o PMMB tem como objetivos específicos:

- I - aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência no campo de prática durante o processo de formação;
- II - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, aperfeiçoando o seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- III - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições públicas de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;
- IV - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e
- V - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS (BRASIL, 2013b, p. 1).

O eixo “Provimento Emergencial” está inserido dentro do contexto de aperfeiçoamento no âmbito do SUS, sendo necessária, durante todo período em que o profissional esteja atuando no projeto, a realização de especialização e de cursos de formação no processo de integralização ensino-serviços, tendo o acompanhamento direto de supervisores e tutores ligados a Instituições de Ensino Superior (IES), garantindo-se,

ao longo dos anos de Programa, a possibilidade de qualificação dos profissionais médicos para exercerem suas atividades no âmbito da Atenção Básica.

O provimento emergencial do Programa tem caráter educacional de aperfeiçoamento, mediante atividades de ensino-serviço. Ao ingressar no Projeto Mais Médicos para o Brasil, o médico é matriculado em curso de Especialização em Atenção Básica ofertado por Instituições Federais de Ensino da Rede Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) – Instituições Supervisoras – que direcionam a sua prática assistencial. Os médicos participantes são acompanhados por supervisores, e as ações pedagógicas são delineadas e monitoradas por tutores (ambos médicos com habilitação para exercício da Medicina no Brasil) (BRASIL, 2017b, p. 18).

Os profissionais que participavam do projeto e dos editais de ingresso nos primeiros anos eram médicos brasileiros com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), brasileiros formados no exterior, sem a revalidação do diploma, estrangeiros com formação em instituição de educação superior, brasileira ou estrangeira, com diploma revalidado no Brasil e médicos da Cubanos da Cooperação Internacional.

Também participavam do PMMB os profissionais oriundos do Termo de Cooperação Internacional Tripartite entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o governo cubano e o governo brasileiro, o que garantiu a entrada dos médicos cubanos no Programa, tendo em vista que as vagas não foram ocupadas no período de inscrição por médicos formados no Brasil ou em outros países. O estabelecimento do vínculo internacional entre o Brasil e a OPAS/OMS cumpre de forma integral os princípios e as normas de direito internacional, dentro dos prazos estabelecidos entre os entes.

A escolha de Cuba para a realização do Termo de Cooperação Internacional e da contratação dos profissionais médicos, no âmbito do PMMB, tratada por grupos de oposição ao governo como uma questão meramente ideológica, levou em conta aspectos importantes para essa decisão.

Primeiramente, destaca-se a ampla experiência do governo cubano, que tem como referência o desenvolvimento de missões organizadas pela empresa pública comercializadora de serviços médicos, seguindo regras estabelecidas pelo governo Cubano para os médicos formados na rede pública daquele país, cumprindo contratos temporários de missões em vários países do mundo (BRASIL, 2017b).

Um segundo aspecto perpassa a capacidade da cooperação suprir a necessidade que o PMMB tinha, naquele momento, tendo em vista a pouca adesão dos médicos brasileiros. Destaca-se, ainda, a experiência dos profissionais cubanos nas atividades no âmbito da Atenção Primária em Saúde, além da língua espanhola, que facilitaria a comunicação.

Com o processo de implantação do PMMB, em 2013, foram abertas cerca de 11 mil vagas para o programa, sendo que, durante os anos de 2014 e 2015, o projeto atingiu o número de 18.240 vagas e chegou a atender 4.058 municípios em todos os estados da federação, sendo 17% dos municípios de regiões metropolitanas e 72% dos municípios com maior proporção de pessoas em extrema pobreza (BRASIL, 2015b, p.8).

O PMMB tem como forma de ingresso chamamento públicos através de editais de adesão, seja para os municípios elegíveis (estabelecidos pelos critérios de perfis de vulnerabilidades), seja para os profissionais.

A seleção de profissionais no programa ocorre em etapas. A primeira é a definição das vagas disponíveis, que ocorre por meio de um processo prévio de adesão dos municípios que indicam quais ESF têm necessidade de preencher vagas e quantas serão implantadas. Para a ocupação das mesmas, realizada por meio de editais públicos de chamamento de médicos, há uma ordem de prioridade definida em Lei: primeiro, são convocados médicos com registro no Brasil; em segundo lugar, médicos brasileiros com registro apenas no estrangeiro; depois, são os médicos estrangeiros, também com registro apenas no estrangeiro; e, por fim, médicos que participam, não individualmente, mas por meio da Cooperação Internacional que vem sendo realizada entre a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Ministério de Salud Pública de Cuba (PINTO *et al.*, 2017, p. 1089).

No âmbito das condições de trabalho, é concedido pagamento de bolsa formação no valor atual bruto de R\$ 12.386,50 (doze mil, trezentos e oitenta e seis reais e cinquenta centavos), sendo este valor revisado anualmente. Destaca-se que é recolhida de todos os profissionais a contribuição previdenciária do INSS. Também é disponibilizado pelo ente federal o auxílio instalação, com um valor correspondente à distância da origem do profissional ao município de lotação, chegando até o valor de três bolsas do projeto.

Diante da assinatura do Termo de Adesão, normatizado pela Portaria n. 30/SGTES/MS, de 12 de fevereiro de 2014, e pela Portaria n. 300/SGTES/MS, de 5 de outubro de 2017, o município se responsabiliza em repassar ao profissional o auxílio alimentação e o auxílio moradia, cujos valores variam entre R\$ 550,00 (quinhentos e cinquenta reais) e R\$2.750,00 (dois mil, setecentos e cinquenta reais), sendo passíveis a

punições os casos em que sejam descumpridas as obrigações (desde a suspensão de vagas em aberto no município até o desligamento do município do PMMB).

É importante destacar que, apesar da bolsa formação ser paga pelo Ministério da Saúde, é de responsabilidade da gestão municipal realizar a gestão de trabalho do profissional, acompanhando e monitorando a carga horária do profissional, seu processo de trabalho e o cadastramento do profissional em uma unidade de saúde. Nesse sentido, pode-se perceber que o programa aponta para um processo diferente de gestão dos serviços de saúde, tendo o ente federal como responsável por uma política de provimento de recursos humanos e o município como responsável pela realização da gestão dos serviços prestados, havendo uma nova relação interfederativa no que tange à política de provimento.

Dessa forma, destaca-se que o provimento emergencial é uma dimensão central e qualitativa do PMMB, tendo em vista que o Ministério da Saúde (MS) busca interferir diretamente no âmbito da Atenção Básica, competência quase exclusivamente municipal, sendo realizadas pactuações e corresponsabilidades. No entanto, o MS coloca-se como protagonista na realização de um planejamento nacional, sendo responsável pela execução de grande parte das ações definidas no plano (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

Diante das questões apresentadas, podemos perceber que o PMMB assume, dentro de sua estrutura, uma complexa relação de ações e intenções estratégicas de governo no âmbito da política de saúde, que buscam desde a alocação de profissionais médicos de forma emergencial, tendo um impacto imediato no acesso da população ao atendimento médico no âmbito da Atenção Básica, até mesmo mudanças estruturais na relação entre o Estado brasileiro e o mercado, buscando realizar a regulação e o planejamento, e reorientando o processo de formação médica a fim de garantir de fato respostas às necessidades da sociedade.

A partir das questões apresentadas sobre o PMMB, pode-se identificar fatores de grande relevância a serem estudados, tendo em vista que, a partir de sua estrutura, sua organização, sua articulação institucional e interfederativa, sua condução política e seu impacto no âmbito da sociedade, o Programa deixa de ser apenas uma mera ação estatal e passa a ser objeto de disputa política.

É importante destacar que o PMMB desperta e levanta algumas questões em torno de sua efetividade e seu potencial de impacto para a efetivação do direito à saúde, como também de seu rebatimento na proteção social, instigando o desenvolvimento de análises e reflexões em torno dessa estratégia governamental.

Tendo em vista que a Atenção Básica de Saúde se apresenta como principal porta de entrada à rede de saúde, o Projeto Mais Médicos e seus efeitos enquanto política pública colocam-se no centro do debate em torno da construção de uma agenda de fortalecimento da atenção integral e da garantia do direito aos usuários do SUS.

Observe-se que a centralidade do Programa se dá principalmente por duas dimensões. A primeira delas está em torno do contexto político no qual o PMM foi implantado, considerando-se que foi fruto de reivindicações populares por melhoria no acesso aos serviços de saúde que tomaram conta da agenda dos movimentos de junho de 2013. Diante das reivindicações das Jornadas de Junho e como resposta governamental, o PMM é apresentado como solução para o problema da falta de médicos na rede de saúde e para a falta de infraestrutura dos serviços de atendimento à saúde, mais especificamente no âmbito da atenção básica.

A segunda dimensão se dá no âmbito da garantia do direito e da proteção social na saúde, tendo em vista que o Programa tem como objetivo central a ampliação do acesso à saúde da população através do provimento emergencial de profissionais médicos em áreas vulneráveis e de extrema pobreza.

Mediante tais questões, o interesse na discussão desse tema se tornou latente e se faz necessária uma reflexão ampla sobre a garantia de direito e acesso à saúde integral, remetendo à necessidade de visualizar as contribuições do projeto no âmbito da política de saúde.

A delimitação do tema é central para o desenvolvimento deste trabalho, sendo assim, tem-se como delimitação **uma análise sobre Projeto Mais Médicos para o Brasil, enquanto ação do Estado, a partir dos seus aspectos sócio-históricos, políticos e de gestão, tendo como recorte os anos de 2013 a 2022, e sua implicação para o SUS.**

Dessa forma, diante da necessidade de problematizar e desenvolver a temática proposta, o problema central desta tese indaga: como o Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos seus aspectos sócio-históricos, políticos e de gestão, contribuiu para a Política de Saúde no período de 2013 a 2022?

Na perspectiva de responder à indagação apresentada, estabeleceram-se questões norteadoras que direcionaram o estudo no sentido de abordar o problema de pesquisa. São elas:

- quais elementos sócio-históricos determinaram a criação do Projeto Mais Médicos para o Brasil?
- como se deu a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil entre os anos de 2013 e 2022?
- qual a estrutura e o modelo de gestão adotados no Projeto Mais Médicos para o Brasil?
- como o Projeto Mais Médicos impactou a Política de Saúde brasileira e a garantia do direito à saúde da população?

As questões norteadoras apresentadas têm como objetivo contribuir no conhecimento da realidade e no desenvolvimento das temáticas do estudo. Dessa forma, para se conseguir atingir o problema de pesquisa apresentado e as questões norteadoras elencadas, o objetivo geral e os objetivos específicos são, respectivamente:

- **objetivo geral:** analisar o Projeto Mais Médicos para o Brasil , enquanto ação Estatal, em seus aspectos sócio-históricos, políticos e de gestão, no período histórico de 2013 a 2022, e sua implicação para o Sistema Único de Saúde;
- **objetivos específicos:**
 - i. compreender e analisar os elementos sócio-históricos e políticos que determinaram a criação do Projeto Mais Médicos para o Brasil;
 - ii. analisar como se deu a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil entre os anos de 2013 e 2022;
 - iii. analisar a estruturação e o modelo de gestão adotados no Projeto Mais Médicos para o Brasil pela gestão federal; e
 - iv. identificar e analisar as implicações do Projeto Mais Médicos para o Brasil para a Política de Saúde brasileira e para a garantia ao direito à saúde da população.

No que tange à relevância da tese, este estudo contribui para a construção de um olhar ampliado quanto ao processo de implantação e implementação do PMMB, sua complexidade dentro do processo histórico e seus aspectos políticos e sociais, sendo o Mais Médicos um projeto amplo e de referência implementado pelo governo federal nos últimos anos.

No âmbito do Serviço Social, a tese contribui para o processo de análise e reflexão acerca das Políticas Sociais implementadas pelo Estado, ampliando o arcabouço teórico da profissão e, conseqüentemente, fortalecendo a capacidade de resposta da categoria às contradições presentes na atualidade, tendo em vista que, no âmbito da produção acadêmica do Serviço Social, não são encontradas produções que se dedicaram a analisar o PMMB, o que é evidenciado no próximo capítulo.

No que tange à **tese da tese**, pressupõe-se que, apesar do sucesso na ampliação do acesso saúde, na diminuição da desigualdade assistencial e de suas iniquidades, como também nas implicações e nos legados deixados para o SUS, o Projeto Mais Médicos para o Brasil não conseguiu superar problemas estruturais no âmbito da Atenção Primária em Saúde, tendo em vista que ainda há uma concentração de profissionais nos grandes centros e regiões do sul e do sudeste do país, descontinuidades do PMMB em relação à direção política-ideológica da gestão que assume o governo e o financiamento frente a outras complexidades de atendimento no SUS. Dessa forma, aponta-se para a necessidade de construir uma Política de Estado capaz de superar os gargalos e garantir, através da Carreira Profissional do SUS, o provimento de profissionais de forma multiprofissional para o SUS. Para tanto, tem-se clareza de que, para haver as mudanças estruturais no âmbito do SUS, é necessário realizar disputas contra-hegemônicas nos âmbitos do Estado e da Sociedade Civil, enfrentar as forças conservadoras e do mercado financeiro e das agências internacionais ligadas ao mercado, na perspectiva de estabelecer uma hegemonia na sociedade sobre a importância do Sistema Público de Saúde, pois só assim será possível se determinar teoricamente a ampliação dos direitos e a universalidade no SUS.

1.2 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A metodologia se apresenta como central para o desenvolvimento de toda pesquisa, dando condições para a realização de reflexões e análises críticas. Neste estudo, adotou-se uma abordagem qualitativa. Destaque-se que o método histórico-crítico de análise da realidade acompanha o processo da pesquisa, de forma a permitir o debruçar-se sobre a realidade, desvendando-se, a partir da totalidade dos fatos, as inúmeras contradições apresentadas, dando-lhes um teor crítico e tomando-se como base um

arcabouço teórico que permita compreender as metamorfoses sociais dentro do processo histórico.

Na perspectiva de cumprir os objetivos propostos, elegeram-se três procedimentos: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas; ampliando-se, dessa forma, o bojo de dados para o desenvolvimento do trabalho na sua etapa de coleta.

Para a pesquisa bibliográfica, elaborou-se o estado da arte, tendo como descritores os termos “Projeto Mais Médicos para o Brasil” e “Programa Mais Médicos”, o que configurou-se uma etapa importante no desenvolvimento do trabalho.

Estados da arte podem significar uma contribuição importante na constituição do campo teórico de uma área de conhecimento, pois procuram identificar os aportes significativos da construção da teoria e prática pedagógica, apontar as restrições sobre o campo em que se move a pesquisa, as suas lacunas de disseminação, identificar experiências inovadoras investigadas que apontem alternativas de solução para os problemas da prática e reconhecer as contribuições da pesquisa na constituição de propostas na área focalizada (ROMANOWSKI; ENS, 2006, p. 39).

No campo da Política de Saúde, Paim e Teixeira (2006, p. 74) apontam que “realizar um balanço do estado da arte é uma excelente oportunidade para refletir não apenas sobre o seu desenvolvimento teórico-conceitual mas, sobretudo, sistematizar tendências da sua produção ensaística e das investigações empíricas”.

Sendo assim, para o estado da arte, foram utilizados o banco de dados do Catálogo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), a Plataforma de Conhecimento Programa Mais Médicos/BVS e o Observatório do Programa Mais Médicos. Dessa forma, mapearam-se e identificaram-se produções no período histórico de 2013 a 2021. É importante destacar que o período escolhido dialoga diretamente com o processo histórico e político no Brasil de rupturas constitucionais, mudanças de governos e direcionamentos diversos quando da gestão da Política de Saúde.

Nesse sentido, primeiramente, foram levantadas informações sobre teses e dissertações a partir do Catálogo da Capes, identificando-se as áreas de conhecimento que têm e vêm produzindo estudos sobre a temática no período, bem como seus níveis de produção. Num segundo momento, a partir da Plataforma de Conhecimento do Programa Mais Médicos/BVS e do Observatório do Programa Mais Médicos para o Brasil, foram identificados os principais periódicos que publicaram estudos sobre o PMMB,

distinguindo-se revistas e artigos a serem analisados no mesmo período. Como resultado desse mapeamento, localizou-se um total de 168 produções, nos três níveis de formação, que se distribuem da seguinte forma:

Tabela 1 – Distribuição de produções acadêmicas por nível de formação

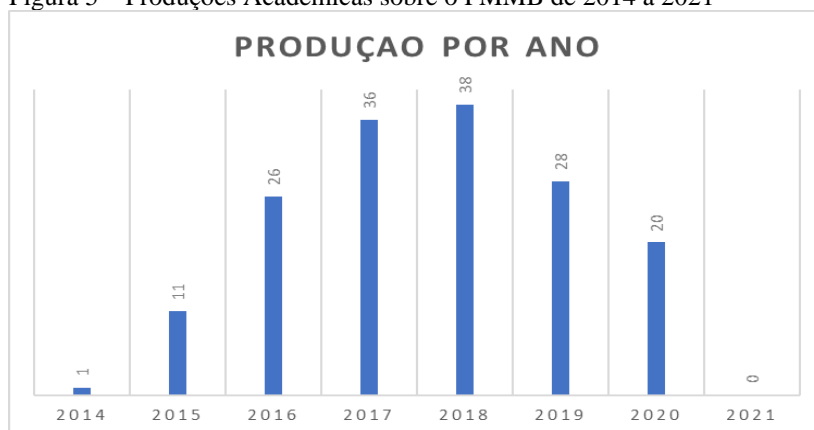
Nível de Formação	Total
Doutorado	31
Mestrado	83
Mestrado Profissional	54

Fonte: Elaboração própria (2023).

Diante do levantamento realizado, a título de análise, priorizaram-se as produções de Mestrado Acadêmico e de Doutorado que, por si só, garantiram um número de produções expressivas para análise.

As produções encontradas estão distribuídas dentro do período histórico proposto, de acordo com o gráfico a seguir (Figura 5), aumentando durante os anos e tendo um salto nos anos de 2016 a 2020, refletindo, assim, o período de consolidação do PMMB, como também as observações acerca de seu impacto no acesso à saúde da população.

Figura 5 – Produções Acadêmicas sobre o PMMB de 2014 a 2021



Fonte: Elaboração própria (2023).

No que se refere às produções e às grandes áreas de conhecimento, foram encontradas produções em 5 (cinco) áreas. A área das Ciências da Saúde aparece com 101 produções; seguida das áreas das Ciências Sociais Aplicadas, com 25 produções;

Multidisciplinares, com 20 produções; Ciências Humanas, com 18 produções; e, por fim, Linguística, Letras e Artes e Engenharia, com 4 produções.

No que tange às áreas de conhecimento e aos descritores “Projeto Mais Médicos pelo Brasil” e “Programa Mais Médicos”, foram encontradas produções em 33 Áreas de Conhecimento, refletindo-se, assim, as diversas nuances que perpassam a temática, de acordo com as áreas específicas.

Tabela 2 – Distribuição de pesquisas acadêmicas do Banco de Teses e Dissertações da Capes sobre o PMMB por área de conhecimento

Área do conhecimento	N.
Saúde Coletiva	75
Saúde e Biológicas	9
Economia	8
Administração	6
Administração Pública, Psicologia	4
Ciência Política, Medicina Preventiva	3
Direito, Geografia, Letras, Neurologia, Nutrição, Odontologia	2
Ciência da Informação, Clínica Médica, Comunicação, Direito Constitucional, Economia Agrária, Enfermagem, Enfermagem de Saúde, Interdisciplinar, Outras Sociologias Específicas, Engenharia/tecnologia/gestão pública, Epidemiologia, Linguística, Língua Portuguesa, Medicina, Outras sociologias específicas, Planejamento Urbano e Regional, Saúde Materno-Infantil	1

Fonte: Elaboração própria (2023).

Elencaram-se como áreas principais para as análises, seja pela quantidade de produções, seja por sua relação com a proposta deste estudo, as áreas de Ciências da Saúde, Sociais e Humanidades, Sociologias, Saúde Coletiva, Saúde e Biológicas, Medicina, Medicina Preventiva, Ciência Política, Direito e Direito Constitucional, totalizando 96 produções para um primeiro levantamento.

É importante destacar que não se encontrou nenhuma produção, seja de Mestrado, seja de Doutorado, no âmbito do Serviço Social, o que abriu um leque de possibilidades para o desenvolvimento desta tese, tendo em vista que o Programa Mais Médicos é atravessado por várias questões do âmbito da responsabilidade do Estado na estruturação de políticas públicas, na formação profissional para o Sistema Único de Saúde e em aspectos políticos e conjunturais que perpassam o lastro histórico no programa. Logo, ressalte-se o estudo inédito e a responsabilidade do autor em inaugurar a produção da área junto ao objeto de pesquisa eleito.

Num segundo momento, foi realizado o levantamento das produções em periódicos no “Portal de Publicações da Rede Observatório Programa Mais Médicos”, ferramenta pensada pela Rede-Observatório do Programa Mais Médicos, que se configura como uma rede científica que se articulou em torno da análise da implantação do Programa Mais Médicos. O Portal é uma ferramenta que reúne a produção acadêmica em torno do PMM e de temas relacionados, contando com banco de dados que reúne artigos de revistas, periódicos nacionais e internacionais.

Sendo assim, a partir dos descritores “Programa Mais Médicos” e “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, dentro da plataforma, elencaram-se textos e periódicos que tinham relação com o objetivo proposto na tese, realizando-se as devidas análises. Sendo assim, identificou-se que as revistas *Ciências & Saúde Coletiva* e *Interface* têm o maior número de produções sobre a temática no período de 2013 a 2021. O Quadro 1 ilustra os periódicos e as produções mapeadas na referida fonte.

Quadro 1 – Periódicos elencados para análise de artigos com os descritores “Programa Mais Médicos” e “Projeto Mais Médicos para o Brasil”

Periódico	Qualis	N. de artigos totais com descritores PMM e PMMB	N. de artigos selecionados para análises
Ciências & saúde coletiva	A3	34	5
Interface	B1	37	8
Saúde e Debate	B	9	3
Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health	A2	6	1

Fonte: Elaboração própria (2023).

A partir dos dados encontrados nos bancos de dados, foram identificadas e elencadas algumas produções para serem utilizadas no aprofundamento das categorias que perpassam a temática e na sustentação da pesquisa, tendo sido selecionadas para análise quatro teses do banco de dados da Capes e 14 artigos dos periódicos apresentados no Quadro 1. Os resultados desse levantamento podem ser observados adiante, no Quadro 2.

Quanto aos critérios para escolha das produções elencadas, foi estabelecida a relação dos conteúdos que emergiram nas produções com os objetivos geral e específicos propostos na tese.

Quadro 2 – Teses e Artigos elencados para subsidiar o debate estabelecido na tese

Autor(es)	Título	Classif.	Instituição ou Revista
GOMES, L. B.	A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas	Tese	UFRJ
KAMPER, E. S.	Programa Mais Médicos: Contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à saúde	Tese	UNB
PINTO, H. A.	O que tornou o Mais Médicos possível? Análise da formação da agenda e do processo de da formulação do Programa Mais Médicos	Tese	UFRGS
SASSI, A. P.	Dinâmicas da implantação do Programa Mais Médicos na Paraíba: contribuições sociológicas para a análise de uma política pública	Tese	UFPB
ALVES, J. P. O. <i>et al.</i>	O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014	Artigo	Ciênc. saúde coletiva
ALCINDO, A. F. <i>et al.</i>	Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: o caso do Programa Mais Médicos	Artigo	Interface (Botucatu, Online)
ALESSIO M. M.; SOUSA, M. F.	Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas	Artigo	Interface (Botucatu, Online)
EMERICH, T. B.	O jornal Folha de S. Paulo no contexto das indústrias culturais e midiáticas: um olhar para as manchetes sobre o Programa Mais Médicos	Artigo	Rev. Bras. Pesq. Saúde
FACCHINE, L. A. <i>et al.</i>	O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas	Artigo	Ciênc. saúde coletiva
GIRARDI, S. N. <i>et al.</i>	Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde	Artigo	Ciênc. saúde coletiva
GOMES, L. B.; MERHY E. E.	Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos	Artigo	Interface (Botucatu, Online)

HERVAL, A. M.; RODRIGUES, E. T.	Ampliação do acesso e mudança de modelo: experiência a partir do Programa Mais Médicos	Artigo	Interface (Botucatu, Online)
KEMPER, E. S. <i>et al.</i>	Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil: a produção científica brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil	Artigo	Rev Panam Salud Publica
LOTTA, G. S. <i>et al.</i>	Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade	Artigo	Ciência & Saúde Coletiva
MACEDO, A. S. <i>et al.</i>	O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos	Artigo	Saúde e Debate; Cad. EBAPE.BR; Interface (Botucatu, Online)
PINTO, H. A. <i>et al.</i>	Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015	Artigo	Interface (Botucatu, Online)
PINTO, H. A. <i>et al.</i>	O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médico	Artigo	Interface (Botucatu, Online)
SOUSA, G. W. C.; JUNIOR, N. P.	A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites	Artigo	Ciênc. saúde coletiva

Fonte: Elaboração própria (2023).

Na realização das análises das produções que deram subsídio para o processo de elaboração da tese, foram identificadas discussões centrais que emergem no debate, sendo elas separadas por temáticas. Dessa forma, as teses e os artigos foram organizados a partir das seguintes temáticas: “Processo de Implantação e Implementação do PMM”, “Impactos do PMM para a Atenção Primária em Saúde”, “Fortalecimento da APS e Mídia” e “Categoria Médica x PMMB”. Para melhor visualização da relação das produções e suas temáticas, destaca-se o Quadro 3:

Quadro 3 – Teses e artigos elencados por autor e organizados por temática

Implantação e implementação	Impactos do PMM para AB	Mídia	Categoria Médica x PMMB
ALCINDO, A. F. A. A. <i>et al.</i> (2017)	FACCHINE, L. A. <i>et al.</i> (2016)	EMERICH, T. B. (2018)	ALESSIO M. M.; SOUSA, M. F. (2017)
ALVES, J. P. O. <i>et al.</i> (2016)	GIRARDI, S. N. <i>et al.</i> (2016)		
	HERVAL, A. M.; RODRIGUES,		

	E. T. (2017)		
MACEDO, A. S. <i>et al.</i> (2016)	KAMPER, E. S. (2016)		GOMES, L. B. (2016)
	KEMPER E.S. <i>et al.</i> (2019)		
PINTO, H. A. (2021)	LOTTA, G. S. <i>et al.</i> (2017)		GOMES, L. B.; MERHY E. E. (2017)
PINTO, H. A. <i>et al.</i> (2017)	PINTO, H. A. <i>et al.</i> (2019)		
SASSI, A. P. (2018)	SOUSA, G. W. C.; JUNIOR, N. P. (2016)		

Fonte: Elaboração própria (2023).

Tendo em vista as temáticas trabalhadas nas produções elencadas no Quadro 3, após as análises, pode-se perceber que, na temática de implantação e implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, as produções apontam para o processo catalisador das manifestações de 2013, mediante a mobilização para melhor acesso à saúde e a profissionais médicos, tendo em vista que o movimento abriu espaço para se pautar politicamente essa questão. Destaca-se ainda que o debate do provimento de profissionais médicos para os serviços públicos de saúde já estava sendo discutido e estruturado legalmente, porém, encontrava-se resistência política e de entidades profissionais.

As produções apontam para o êxito no processo de implantação e implementação, principalmente nos dois primeiros anos de PMMB, com uma ocupação de quase 100% das vagas disponibilizadas para o Projeto. Nessa temática, também destaca-se o debate, no âmbito da sociedade, sobre a incorporação dos médicos cubanos, através da cooperação internacional entre governo brasileiro, OPAS e governo cubano, tendo em vista a resistência da maior parte da categoria médica e de seus espaços de representação, como também da oposição do governo no Congresso Nacional.

Quanto à temática dos impactos no PMMB no âmbito da Atenção Primária, as produções apresentam um impacto positivo no processo de fortalecimento da Atenção Primária, com a ampliação do acesso aos serviços de saúde, principalmente nas áreas de maior vulnerabilidade.

As produções destacam que, apesar do fortalecimento da APS, muitos desafios ainda devem ser enfrentados, entre eles o desfinanciamento ou financiamento insuficiente, as gestões locais que não conseguem organizar o processo de trabalho no âmbito da APS, o que gera ineficiência no cuidado à saúde, e a descontinuidade de programas.

Tendo em vista a temática que trata da mídia, a produção elencada para análise aproxima-se do primeiro levantamento realizado sobre o papel da mídia nos processos de implantação e implementação do PMMB. Dessa forma, a produção aponta para uma posição negativa no primeiro momento, tendo um trato pessimista quanto a sua legitimidade e ao impacto para o SUS. Outro aspecto que a produção aponta é a incorporação pela mídia do discurso corporativista de alguns setores da categoria médica, que de forma hegemônica se posicionou contra o PMMB.

No que diz respeito à temática de categoria médica *versus* PMBB, as produções analisadas buscam identificar e analisar como se deu o posicionamento das entidades médicas e do governo no processo de implantação e implementação do Projeto. As produções destacam que esse processo se deu em meio a muita tensão, à guerra de narrativas junto à mídia, na perspectiva de se alimentar, na sociedade e nos espaços políticos, uma posição contrária ao PMMB. Nesse contexto, as produções apontam que houve judicialização do processo de implantação, posição contrária das entidades médicas à chegada de médicos cubanos, tendo como argumento a desqualificação dos profissionais oriundos da cooperação Brasil, OPAS e Cuba, e aspectos ideológicos no que tange à relação governo brasileiro e governo Cubano.

Posto isso, já estabelecendo meu olhar enquanto pesquisador e Referência Descentralizada, não observei entre as produções uma análise crítica sobre esse processo de implantação, tendo em vista que não se tinha, dentro do Ministério, um fluxo organizado para atender às demandas dos municípios, à logística de chegada de médicos, a uma melhor comunicação com as entidades que compõem o PMMB. Tendo sido esse fluxo construído ao longo do tempo, dificultou-se, no primeiro momento, um processo de credibilidade junto aos atores, ganhando-se legitimidade posteriormente.

No que tange à revisão documental, foram realizados levantamentos em reportagens de jornais ou revistas não científicas, documentos oficiais, planos, programas e projetos de governos/nações, portarias, legislações e editais, o que proporcionou a abertura de diversas frentes de análise em relação à implementação do PMMB e a seu impacto no âmbito da sociedade, a disputas e à correlação de forças presentes no âmbito da Sociedade Civil.

É importante destacar que, para maior legitimidade da pesquisa, os jornais, revistas e sites escolhidos foram aqueles de grande circulação e repercussão no cenário

brasileiro, contemplando diferentes vertentes políticas. Entre eles, destacam-se a *Folha de São Paulo*, o *Estadão*, o *G1 Portal de Notícias*, a *Revista Piauí*, e o *Brasil de Fato*.

Já no universo de documentos analisados, destacam-se os instrumentos legais do PMMB (Leis e Portarias), indicados no Quadro 4:

Quadro 4 – Leis e Portarias referentes ao PMMB analisadas

Documentos	Assunto	Ano de publicação	Órgão Responsável
Lei n. 12.871, de 22 out. 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	2013	Casa Civil
Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.369, de 8 jul. 2013	Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil	2013	Ministério da Saúde/Ministérios da Educação
Portaria n. 30, de 12 fev. 2014	Dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013	2014	Ministério da Saúde
Portaria n. 300, de 5 out. 2017	Altera a Portaria nº 30/SGTES/MS, de 12 de fevereiro de 2014, para reajustar os valores do fornecimento de moradia e alimentação e dá outras providências	2017	Ministério da Saúde
Portaria Interministerial n. 4.360, de 28 dez. 2018	Altera a Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, para dispor sobre o valor da bolsa-formação concedida ao médico participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil	2018	Ministério da Saúde

Fonte: Elaboração própria (2023).

Com relação ao terceiro procedimento, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, com ex-gestores federais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, que estavam no momento de construção e implantação do Projeto Mais Médicos pelo Brasil, com objetivo de captar os aspectos conceituais e políticos no Programa, garantindo-se, assim, um olhar aprofundado sobre suas bases e seus conceitos originários.

Nas entrevistas, utilizou-se um roteiro (Apêndice B) com perguntas abertas sobre a temática e com a possibilidade da realização de outras perguntas a partir do diálogo desenvolvido com o entrevistado.

Foram feitas quatro entrevistas, cujos sujeitos entrevistados correspondem a três ex-gestores do Ministério da Saúde e um ex-gestor do Ministério de Educação, que ocupavam cargos estratégicos nas pastas. As entrevistas foram realizadas por videoconferência, considerando-se o período de pandemia da COVID-19, por meio da plataforma *Zoom*, tendo em vista a facilidade de acesso e manuseio.

Quanto ao perfil dos sujeitos entrevistados, as principais informações são sintetizadas no Quadro 5:

Quadro 5 – Características dos sujeitos da entrevistados

Sujeito	Abreviação	Segmento	Formação
Entrevistado 1	E1	Ex-Gestor do Ministério da Saúde	Medicina
Entrevistado 2	E2	Ex-Gestor do Ministério da Saúde	Medicina
Entrevistado 3	E3	Ex-Gestor do Ministério da Saúde	Medicina
Entrevistado 4	E4	Ex-Gestor do Ministério da Educação	Medicina

Fonte: Elaboração própria (2023).

Primeiramente, contataram-se os participantes das entrevistas para uma primeira aproximação e para se realizar o convite de participação na entrevista. Após a confirmação, foram encaminhados aos participantes, por e-mail, primeiramente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, posteriormente, a partir da aprovação da pesquisa no Comitê de Ética, o convite formal, juntamente com o Termo de Consentimento (Apêndice A), indicando as propostas de horário e a plataforma social a ser utilizada.

No Quadro 6, o leitor tem acesso ao processo sistematizado da pesquisa e a seus respectivos objetivos:

Quadro 6 – Etapas da pesquisa e objetivos

Pesquisa Bibliográfica	Objetivo(s)	Amostras
<p>Pesquisas no banco de dados do Catálogo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes);</p> <p>Plataforma de Conhecimento Programa Mais Médicos/BVS;</p> <p>Observatório do Programa Mais Médicos.</p>	<p>Compreender e analisar o contexto sociopolítico de criação e implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, entre os anos de 2013 e 2022;</p> <p>Avaliar as implicações do Projeto Mais Médicos para o Brasil, para a Política de Saúde brasileira e na garantia ao direito à saúde da população.</p>	<p>04 teses;</p> <p>14 artigos.</p>
Pesquisa Documental	Objetivo(s)	Amostras
<p>Lei nº 12.871, de 22 out. 2013;</p> <p>Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369, de 8 jul. 2013;</p> <p>Portaria nº 30, de 12 fev. 2014;</p> <p>Portaria nº 300, de 5 out. 2017;</p> <p>Portaria Interministerial nº 4360, de 29 dez. 2018;</p> <p>Jornais, revistas e sites de grande circulação e repercussão no cenário brasileiro.</p>	<p>Analisar a estruturação e o modelo de gestão adotada no Projeto Mais Médico para o Brasil pela gestão federal.</p>	<p>05 documentos legais;</p> <p>05 jornais e revistas online;</p> <p>15 reportagens.</p>
<p>Jornais, revistas e sites de grande circulação e repercussão no cenário brasileiro.</p>	<p>Compreender e analisar o contexto sociopolítico de criação e implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, entre os anos de 2013 a 2022.</p>	<p>05 jornais e revistas online;</p> <p>15 reportagens.</p>
Entrevista semiestruturada	Objetivo(s)	Amostras
<p>Entrevista com quatro ex-gestores federais que ocupavam cargos estratégicos no Ministério da Saúde e Ministério da Educação.</p>	<p>Captar os aspectos conceituais e políticos no programa, garantindo assim, um olhar aprofundado sobre as bases e conceitos originários do programa e de implantação, contribuindo dessa forma no processo de análises e respostas dos questionamentos desta tese.</p>	<p>04 entrevistas.</p>

Fonte: Elaboração própria (2023).

Para o tratamento e a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise textual discursiva, tendo como arcabouço teórico os estudos de Moraes (2003; 2004).

Na análise textual discursiva as realidades investigadas não são dadas prontas para serem descritas e interpretadas. São incertas e instáveis mostrando que “ideias e teorias não refletem, mas traduzem a realidade” (MORAES apud MORAES, 2004, p. 199).

De acordo com essa técnica, destacam-se os elementos da unitarização, da categorização, da captação de novo emergente e da auto-organização, constituindo-se os três primeiros como elementos centrais de um ciclo (MORAES, 2003).

Segundo Moraes (2003), a unitarização implica o exame dos materiais em detalhes, fragmentando-os, no sentido de atingir unidades constituintes, e realizando, dessa forma, a desmontagem do texto; com isso, realiza-se o tratamento do *corpus* da análise textual, aproximando-se do primeiro momento de análise. Dessa forma, nessa primeira etapa, efetuou-se o desmonte dos textos, possibilitando a intenção do pesquisador, a relação com os referenciais teóricos e campos semânticos.

Na etapa de unitarização, foi realizada a leitura livre dos materiais, dando-se atenção aos pontos centrais de cada material. Em seguida, tomaram-se notas das discussões e sublinharam-se os pontos centrais de acordo com o problema e com os objetivos da tese, captando as categorias emergentes. Assim, a unitarização apresentou-se como o processo de colocar-se no movimento dos pensamentos da consciência coletiva, reconstruindo significados a partir do olhar e das observações do sujeito pesquisador.

No que tange à categorização, segundo Moraes (2003), trata-se de um processo de comparação constante entre as unidades definidas no processo inicial da análise, levando a agrupamentos de elementos semelhantes.

A categorização, além de reunir elementos semelhantes, também implica nomear e definir as categorias, cada vez com maior precisão, na medida em que vão sendo construídas. Essa explicitação das categorias se dá por meio do retorno cíclico aos mesmos elementos, no sentido da construção gradativa do significado de cada categoria. Nesse processo, as categorias vão sendo aperfeiçoadas e delimitadas cada vez com maior rigor e precisão (MORAES, 2003, p. 197).

Moraes (2003) aponta que a caracterização da análise textual pode ser realizada a partir de propriedades exigidas para as categorias, não havendo uniformidade entre autores e diversificando-se os estudos.

A partir da caracterização, foram elaborados metatextos que contribuíram para a construção de argumentações e interpretações da realidade. “Os metatextos são constituídos de descrição e interpretação, representando o conjunto um modo de compreensão e teorização dos fenômenos investigados” (MORAES, 2003, p. 202). Neste momento, existe a possibilidade do aparecimento do último ciclo de análise, o novo emergente, que qualifica a pesquisa e “ilumina o fenômeno investigativo”. Dessa forma, a elaboração dos metatextos contribuiu com o processo de análises desta pesquisa, o que deu condições para qualificar e aprimorar a tese.

Diante das questões apresentadas e dialogando com os objetivos da tese, expressam-se as categorias: “Estado”, “Sociedade Civil”, “Modelo de Saúde”, “Gestão”, e “Universalização da Saúde”. Com a escolha da análise textual discursiva, propôs-se a realização de análises a partir das categorias levantadas na pesquisa, o que permite compreenderem-se as questões propostas no trabalho.

O Quadro 7 apresenta uma síntese para melhor entendimento da articulação das questões norteadoras, dos objetivos específicos e das categorias emergentes:

Quadro 7 – Questões Norteadoras, Objetivos Específicos e Categorias Emergentes

Questões Norteadoras	Objetivos Específicos	Categorias Emergentes
Quais elementos sócio- históricos determinaram a criação do Projeto Mais Médicos para o Brasil?	Compreender e analisar o contexto sociopolítico de criação e implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil entre os anos de 2013 e 2020.	Estado; Sociedade Civil.
Como se deu a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil entre os anos de 2013 e 2022?	Compreender e analisar o contexto sociopolítico de criação e implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil entre os anos de 2013 e 2020.	Modelo de saúde.
Qual a estrutura e modelo de gestão adotada no Projeto Mais Médicos para o Brasil?	Analisar a estruturação e o modelo de gestão adotados no Projeto Mais Médicos para o Brasil pela gestão federal.	Modelo de gestão.
De que forma o Projeto Mais Médicos impactou a Política de Saúde brasileira e a garantia do direito à saúde da população?	Avaliar as implicações do Projeto Mais Médicos para o Brasil, para a Política de Saúde brasileira e na garantia ao direito à saúde da população.	Universalização da saúde.

Fonte: Elaboração própria (2023).

Além deste capítulo introdutório (Capítulo 1), tendo em vista os objetivos propostos, as questões norteadoras e as categorias emergentes, esta tese foi estruturada em outros quatro capítulos.

O Capítulo 2, “Estado e política de saúde: modelo de saúde em disputa”, está dividido em duas seções. Na primeira delas, discutem-se as categorias “Estado” e “Sociedade Civil” a partir das análises de Antonio Gramsci. Na segunda, discorre-se sobre Estado, neoliberalismo e política de saúde no Brasil, de acordo com o contexto sócio-histórico posterior à Constituição de 1988.

No Capítulo 3, “Contexto sociopolítico no Brasil no período de 2013 a 2022: processo de implantação e implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil”, discute-se o contexto sócio-histórico e político no Brasil tendo como tempo histórico o período de 2013 a 2020, além do processo de implantação e implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, fornecendo-se condições de realizar as devidas análises sobre esse momento. O capítulo está dividido em quatro seções, que tratam, respectivamente, sobre o processo de criação e implantação do PMMB, as consequências do golpe de 2016 para o PMMB, o contexto do PMMB após as eleições de 2018 e, por fim, as perspectivas para o PMMB no atual governo Lula.

No Capítulo 4, “Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e limites para sua consolidação enquanto política de Estado”, abordam-se aspectos relacionados ao modelo de gestão do PMBB e às implicações do PMMB para o Sistema Único de Saúde, permitindo, assim, responder aos objetivos estabelecidos.

Finalmente, no Capítulo 5, “Conclusão”, o leitor poderá acessar a conclusão do estudo, em que se tenciona responder aos questionamentos e objetivos iniciais da pesquisa, bem como apontar questões que possam contribuir com o debate em torno do provimento de profissionais para o SUS.

2 ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE: MODELO DE SAÚDE EM DISPUTA

Tendo em vista o objetivo proposto neste trabalho, faz-se necessário discutir os papéis do Estado e da Sociedade Civil, e sua relação com as políticas sociais, a fim de construir-se um arcabouço teórico imprescindível para a compreensão dessas relações na atualidade. Dessa forma, ao analisar-se o conceito e o papel do Estado e da Sociedade Civil, podem-se compreender a organização e a realidade da sociedade brasileira, estabelecendo-se, assim, lastros centrais para o desenvolvimento do estudo proposto.

Diante da complexidade do conceito de Estado, faz-se necessário evitar tratá-lo parcialmente ou com estereótipos, como o que sugere que ele está voltado para o “bem comum”, ou que ele existe para servir a uma única classe, ou, ainda, que ele é o mais frio de todos os monstros, não existindo, dessa forma, sem vinculação com a realidade e com a história (PEREIRA, 2009).

Nesse sentido, a partir de uma análise crítica, articulada com categorias centrais do pensamento de Gramsci (“Estado” e “Sociedade Civil”), este capítulo buscará compreender a relação entre o Estado e a Política de Saúde, no contexto do sistema capitalista e de suas crises, oferecendo condições para analisar o cenário social, político e econômico, e contribuindo, dessa forma, para responder às questões levantadas nesta tese.

Cabe ressaltar, também, que a escolha do referencial teórico gramsciano, particularmente das categorias “Estado” e “Sociedade Civil”, parte do princípio de que os estudos de Gramsci vêm, ao longo do tempo, dando sustentação teórica à área de conhecimento no Serviço Social, dando um teor crítico às análises e à construção do conhecimento, no âmbito da categoria, de acordo com o projeto ético-político da profissão, e têm auxiliado a compreender as particularidades históricas e o atual cenário do país. Como afirma Simionatto (2014):

É imperioso destacar que a interlocução do Serviço Social com o pensamento de Gramsci tem seu marco entre o final dos anos 1970 e o início dos 1980 e há quase quatro décadas vem adensando as bases teórico-metodológicas da profissão, evidenciando-se na formação de uma cultura crítica, revelada nas práticas política e interventiva [...] como também na direção social assumida pela profissão, evidenciada nos princípios norteadores do projeto ético-político profissional (SIMIONATTO, 2014, p. 14).

2.1 ESTADO E SOCIEDADE CIVIL EM GRAMSCI: CATEGORIAS CENTRAIS PARA ANÁLISE DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

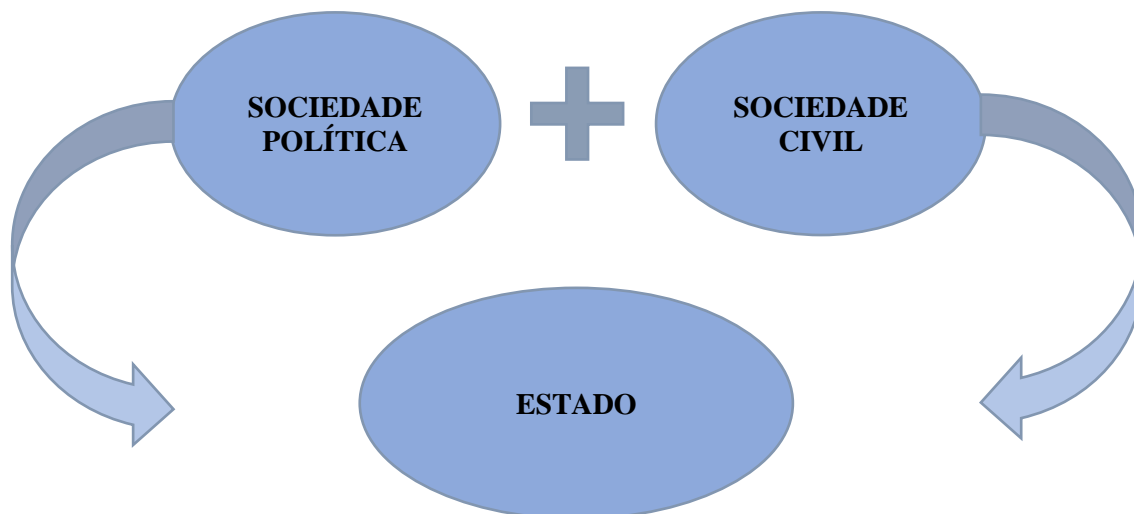
A análise gramsciana sobre Estado e Sociedade Civil perpassa uma estreita relação com o pensamento marxista, tendo em vista que Gramsci amplia o conceito de Estado apresentado por Marx, dialogando diretamente com as transformações do mundo capitalista nas expressões econômicas, políticas e sociais.

Essa ampliação se dá à medida que o Estado, para Gramsci, deixa de ser meramente coercitivo, ou o comitê administrativo da classe burguesa, como defendida por Marx, e passa a ser entendido de forma ampliada, sendo ele:

Organismo próprio de um grupo, destinado a criar condições favoráveis à expansão máxima desse grupo, mas este desenvolvimento e esta expansão são concebidos e apresentados como força motriz de uma expansão universal, de um desenvolvimento de todas as energias “nacionais”, isto é, o grupo dominante é coordenado concretamente com os interesses gerais dos grupos subordinados e a vida estatal é concebida como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis (no âmbito da lei) entre os interesses do grupo fundamental e os interesses dos grupos subordinados [...] (GRAMSCI, 2017, p. 42).

Dessa forma, para Gramsci, o Estado Ampliado configura-se como sendo a equação “Estado = Sociedade Política + Sociedade Civil”. A Sociedade Política se caracteriza como sendo Estado de coesão; já a Sociedade Civil, como espaço de disputas e lutas pela hegemonia de uma sociedade (GRAMSCI, 2017). Em outras palavras, a Sociedade Política corresponde ao Estado em sua forma mais restrita, aparelho de coesão e de administração. Por sua vez, a Sociedade Civil “constitui-se de um conjunto de organismos privados que podem assegurar a hegemonia do grupo político dominante do Estado” (OLIVEIRA, 2003, p. 24).

Figura 6 – Conceito de Estado Ampliado na perspectiva de Gramsci



Fonte: Elaboração própria (2023), a partir do conceito de Gramsci (2017).

A dinâmica que se processa no interior da Sociedade Política e da Sociedade Civil revela uma distinção em relação à função que ambas exercem na conservação ou transformação de poder entre as classes sociais, seja pela dominação através de “aparelhos coercitivos do Estado”, seja pela construção de uma hegemonia através do consenso e do direcionamento político (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Como destacado por Coutinho (2011), o Estado em Gramsci deve ser entendido como aparelho privado de hegemonia, refletindo aspectos econômicos, políticos e culturais.

O fato da hegemonia pressupõe indubitavelmente que sejam levados em conta os interesses e as tendências dos grupos sobre os quais a hegemonia será exercida, que se forme um certo equilíbrio de compromisso, isto é, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativa; mas também é indubitável que tais sacrifícios e tal compromisso não podem envolver o essencial, dado que, se a hegemonia é ético-política, não pode deixar de ser também econômica, não pode deixar de ter seu fundamento na função decisiva que o grupo dirigente exerce no núcleo decisivo da atividade econômica (GRAMSCI, 2017, p. 49-50).

Nesse contexto, a Sociedade Civil assume um papel central na mediação entre o mercado (ou seja, as estruturas econômicas) e o Estado em sua forma mais restrita, sendo que, para Gramsci, também a Sociedade Civil deixa de ser encontrada na estrutura e passa a se apresentar no plano superestrutural, onde se localizam a Sociedade Política e a Sociedade Civil.

Acanda (2006, p. 175), aponta que a “sociedade civil não é só um instrumento de análise, é também um instrumento de projeto”, instância de “construção e/ou desconstrução”, “ampliação e/ou estreitamento”, que tem relação direta com os movimentos dos sujeitos e os interesses em jogo. Sendo assim, a Sociedade Civil é um espaço de completo movimento e disputa, que busca numa conjuntura maior posições hegemônicas nos contextos das disputas de sociedade.

Dessa forma, Simionatto (2010) aponta seis pontos sobre a importância do debate em torno da concepção gramsciana:

- a) Permite pensar esta Sociedade como espaço contraditório que é atravessada por disputas de projetos de classe;
- b) Se constitui numa arena de convencimento, agregação e superação de interesses particularista, congregando diferentes lutas parciais, que podem ser universalizadas;
- c) Se constitui uma esfera da “preparação ideológica das massas”;
- d) Possui novos valores, visões de mundo e modos de pensar;
- e) Implica na luta pelo poder e tem a potencialidade de construir contra hegemonia com o horizonte da emancipação humana, ou seja, um espaço de construção do socialismo e por fim;
- f) Um espaço de luta política para a absorção da sociedade política pela Sociedade Civil, com consequente socialização dos bens econômicos políticos e sociais (SIMIONATTO, 2010, p. 51).

Assim, compreende-se que a Sociedade Civil se apresenta como um campo no qual se chocam os interesses dos organismos privados, deixando claras as inúmeras e fortes contradições e a luta por hegemonia. Esta última é disputada no contexto da Sociedade Civil por intermédio das inúmeras instituições ideologicamente direcionadas a manter ou romper com o que está posto no seio da sociedade, onde as lutas são travadas diariamente por espaços legítimos de correlações de força.

Dessa forma, ainda segundo Simionatto (2014):

É a partir de sua concepção ampliada de Estado que Gramsci identifica um conjunto de instituições componentes da sociedade civil, denominadas de “aparelhos privados de hegemonia”, compreendendo o sistema escolar em todos os níveis, incluindo as universidades, as formas de organização da cultura (museus, bibliotecas, editoras), os meios de organização da informação em geral (jornais e revistas à época – e hoje ainda a televisão e a internet), os movimentos sociais, a organização sindical, os partidos políticos, bem como as igrejas, instituições herdadas de um modo de produção passado. Esse conjunto de instituições presentes na sociedade civil garante sua direção política e ideológica, podendo ser tomado como critério analítico não somente para países onde a dominação da burguesia dá-se através de ditaduras, mas também naqueles em que a classe burguesa recorre ao consenso, mediante a república parlamentar (SIMIONATTO, 2014, p. 69).

De acordo com Coutinho (1981), Gramsci defende que não é possível haver hegemonia, posições ideológicas e políticas sem esse conjunto de instituições que fazem parte da Sociedade Civil, enquanto esfera do ser social etc.

Nesse sentido, pode-se observar que o conceito de Sociedade Civil está em meio às grandes transformações e ao aprofundamento do capitalismo, tendo em vista a afirmação da burguesia na sociedade. Esse conceito perpassa diretamente a historicidade, as mudanças no âmbito no modelo capitalista e a configuração das classes sociais.

Para Liguori (2006), o debate em torno da categoria Sociedade Civil se torna central no bojo das transformações e dos avanços das diretrizes neoliberais a partir dos anos 1970, na tentativa de se contrapor a ação de Estado no âmbito da sociedade. Sendo assim, como descreve o autor, a partir desse momento, a concepção liberal sobre Sociedade Civil aponta para dicotomias no âmbito de relações sociais, como da Sociedade Civil sobre o Estado, do privado sobre o público.

Diante disso, a compreensão dos conceitos de Estado Ampliado e Sociedade Civil a partir de Gramsci se coloca como central para o entendimento da realidade brasileira, como também o papel do Estado para construção de Políticas Sociais que possam atender às necessidades da população, dentro do avanço das diretrizes capitalistas e de suas crises.

Nesse sentido, pode-se observar que o conceito de Sociedade Civil está em meio às grandes transformações e ao aprofundamento do capitalismo, tendo em vista a afirmação da burguesia na sociedade. Esse conceito perpassa diretamente a historicidade, as mudanças no âmbito no modelo capitalista e a configuração das classes sociais.

Dessa forma, ao examinar-se o objeto desta tese e estabelecer-se um paralelo com as discussões que serão desenvolvidas no próximo capítulo, observa-se que os conceitos de Estado e de Sociedade Civil, em Gramsci, são expressos diretamente no processo de implantação e implementação do Projeto Mais Médicos pelo Brasil, tendo em vista que as movimentações e reivindicações realizadas no âmbito da sociedade foram instrumentos que ofereceram condições para o governo federal naquele momento realizar os enfrentamentos e os consensos necessários para a viabilidade do PMMB. Além disso, era no âmbito da Sociedade Civil, espaço de lutas e correlação de forças, que as instituições contrárias ao projeto buscavam, a partir dos aparelhos ideológicos, principalmente da mídia e do parlamento, construir uma narrativa hegemônica no sentido de questionar a legitimidade do PMMB perante a sociedade e, com isso, inviabilizar o projeto.

É importante destacar que, a partir das manifestações decorridas no Brasil em 2013, as disputas ideopolíticas no âmbito da Sociedade Civil se aprofundaram, tendo como expressão de oposição ao governo as instituições ligadas ao mercado financeiro, à indústria, aos meios de comunicação tradicionais e a setores conservadores da sociedade brasileira, em favor da retomada e do aprofundamento das diretrizes neoliberais e da captura dos recursos públicos.

Nesse jogo, no qual poucas e enviesadas luzes foram lançadas pelos meios de comunicação de massa e cuja a complexidade escapa aos olhos da atenção cotidiano do povo, deu-se mais uma vez a derrota de políticas desenvolvimentistas em favor da retomada dos padrões neoliberais (MASCARO, 2018, p. 49).

Tendo como norte os conceitos de Estado e Sociedade Civil a partir da teoria gramsciana, discorre-se, na sequência, sobre o contexto sócio-histórico da Política de Saúde após a Constituição de 1988, o Estado Brasileiro e os avanços das diretrizes neoliberais.

2.2 ESTADO, NEOLIBERALISMO E POLÍTICA DE SAÚDE: CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988

Com o processo de luta pela redemocratização do Estado brasileiro, apresentavam-se, no cenário político, inúmeros movimentos populares que buscavam, dentro de outras reivindicações, uma maior participação popular na agenda política do país. No que tange à Saúde, destaca-se o Movimento Sanitarista, que nos anos 1980 se constituiu por diferentes atores sociais e que tinha como norte a luta por uma saúde baseada na universalidade dos serviços, na integralidade, na regionalidade e no controle popular.

Desta forma, e na perspectiva de se construir um projeto de Política de Saúde que rompesse com o modelo neoclássico de saúde (o modelo médico-hospitalar), os movimentos populares, constituídos por diferentes atores e setores da sociedade, assumiram um papel inquestionável na VIII Conferência Nacional de Saúde, onde, através de um confronto direto com os interesses privados, conseguiram garantir constitucionalmente grande parte das reivindicações pautadas pelo movimento sanitário.

Com a Constituição de 1988, a seguridade social apresenta-se como “conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e à assistência social, incluindo também a proteção ao trabalhador desempregado, via seguro-desemprego” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006, p. 52), e busca prover proteção social no cotidiano da sociedade brasileira.

Dessa forma, a partir desse momento, a constituição aponta que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e deve, dentro de sua organização, garantir um acesso integral e universal à saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016, s/p).

Com a publicação da Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, estabelece-se a organização do SUS e reafirma-se a primazia do Estado na garantia do direito à saúde da população.

O SUS se organiza em rede, através de níveis de atenção que englobam atenção básica, média e alta complexidades, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e assistência farmacêutica.

Tendo em vista que a “proteção social no Brasil está inserida na concepção de seguridade social, isto é, no conjunto de seguranças sociais que uma sociedade, de forma solidária, garante a seus membros” (SPOSATI, 2013, p. 663), a política de saúde deve necessariamente garantir a equidade, a universalidade e a atenção integral à saúde da população.

Contudo, é importante destacar que, com avanços das diretrizes neoliberais no início dos anos 1990, tendo como centralidade a privatização, a flexibilização das leis trabalhistas, as reformas no âmbito das previdência e as políticas sociais, foram provocados inúmeros entraves para a afirmação da saúde como direitos de todos, com o desrespeito ao princípio de equidade na alocação de recursos, o afastamento da integralidade do cuidado e a prioridade para assistência médico-hospitalar em detrimento

das ações de promoção e proteção à saúde (BRAVO, 2016). Os impactos do avanço neoliberal no campo das políticas sociais reafirmam aspectos históricos da proteção social no Brasil que se refletem expressamente no âmbito da saúde.

Sposati (2013, p. 659) aponta que o “modelo brasileiro de proteção social não partiu do reconhecimento universal enquanto direito de todos os trabalhadores; sua lógica seletiva foi incluindo paulatinamente segmentos da força de trabalho ativa”. A autora afirma também que, na perspectiva de universalidade da proteção social, esse modelo se mostra em confronto com as regras do capital, pois confere significado de igualdade em uma sociedade desigual.

Entende-se por incompletude da proteção social pública no Brasil a forma racional de “desarranjo estratégico” pela qual ocorre a omissão do Estado em solidarizar direitos, reconhecer e prover acessos, gerar a articulação e a completude de atenção entre acessos a serviços de diferentes políticas sociais, o convívio de atenções organizadas por lógicas que não se conectam em princípios e valores, entre outras tantas questões (SPOSATI, 2013, p. 661).

Diante das questões destacadas, se faz necessário uma breve discussão sobre o neoliberalismo e suas diretrizes, nos dando condições para realizar um olhar amplo sobre as questões e desdobramentos no cenário brasileiro.

Após 30 anos gloriosos, que vai do final da segunda guerra mundial até os anos 70, o Estado de Bem-Estar entra em crise no cenário mundial, dando abertura à emergência da ideologia neoliberal. A primeira experiência neoliberal se dá a partir dos anos 70, tendo maior repercussão com a subida ao poder de Margaret Thatcher e sua desarticulação do sindicalismo inglês, em seguida com a entrada de Reagan e sua política no poder americano e consequentemente sua expansão nos países centrais, mais precisamente na Europa Ocidental.

A ideologia neoliberal para conseguir o aumento do capital modificou o modelo de acumulação para o toyotismo, tendo a flexibilidade do capital financeiro e do mundo do trabalho como um dos seus pilares. “As figuras fundadoras do pensamento neoliberal consideravam fundamentais os ideais políticos da dignidade humana e da liberdade individual, tomando-os como valores centrais da civilização (HARVEY, 2005, p.6).

Segundo Montaño (2008, p. 197), com a postura de máximo para o capital e mínimo para o social, “o Estado Neoliberal promove a privatização do campo das Políticas Sociais fomentando dois caminhos para essa proteção a ‘re-mercantilização’ e a

‘re-filantropização’”. O primeiro se dá, na medida em que os serviços sociais são transferidos para o mercado e usufruídos por aqueles que podem pagar, ou seja, a venda da proteção social ao consumidor; o segundo começa no momento em que o Estado neoliberal introduz a ideia de filantropia, caridade e solidariedade, transferindo sua responsabilidade para a sociedade civil, focalizando os grupos/segmentos que vão receber proteção.

Nesse sentido, existem três tipos: “o estatal/gratuito, o financeiro/comercial e o filantrópico/solidário, com dois tipos de usuários, o comprador/consumidor e o excluído/assistido” (MONTAÑO, 2008, p. 198).

O Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado – e, pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra “reforma” perde o seu sentido tradicional de “conjunto de mudanças para ampliar direitos

”. A partir dos anos 1980, sob o rótulo de “reforma(s)”, o que vem sendo conduzido pelo grande capital é um gigantesco processo de contra-reforma(s), destinado à pressão ou à redução de direitos e garantias sociais (NETTO; BRAZ, 2007, p. 227).

Diante de tais diretrizes, o capital assume sua face avassaladora, promovendo a ampliação da pobreza a nível global. Porém, como destacado pela teoria marxista, vivenciamos há algum tempo inúmeras crises cíclicas do capital, que demonstra sua capacidade de mutação na busca por acumulação. Ao afirmar o seu arcabouço teórico, o capital caminha para o total distanciamento das propostas de um Estado protetor, tornando-se incompatível com um planejamento social (MÉSZÁROS apud NETTO, 2012, p. 89).

De acordo com Harver (2005), o mundo capitalista mergulhou na neoliberalização como a resposta, por meio de uma série de medidas, idas e vindas e de experimentos caóticos que, na verdade, só foram conseguidas como uma nova ortodoxia com as articulações dos anos 1990.

Com a abertura econômica do Brasil nos anos 1990 e a implementação das diretrizes neoliberais estabelecidas através do Consenso de Washington, que visava instituir medidas de abertura de mercados, economia e ajustes fiscais, o Estado brasileiro coloca-se na contramão das prerrogativas constitucionalmente determinadas e contrapõe,

no âmbito da Política de Saúde, o arcabouço estrutural da reforma sanitária, direcionando um modelo privatista da saúde.

Dessa forma, Bravo (2009) apresentou dois projetos em disputa no âmbito da sociedade brasileira, como destacado no Quadro 8:

Quadro 8 – Modelos de Saúde em disputa

	Reforma Sanitária	Privatista
Base	Estado democrático de direito	Estado mínimo
Premissas	Saúde: direito social e dever do Estado	Parcerias e privatizações
Temas	Ampliação das conquistas sociais; democratização do acesso déficit social; financiamento efetivo	Crise financeira; dicotomia entre universalização e focalização; diminuição dos gastos sociais; déficit público
Estratégias de ação	Descentralização com controle social	Refilantropização

Fonte: Bravo (2009, p. 3); adaptado.

Tendo em vista os modelos apresentados, destaque-se que, no período entre 1990 e 2002, a Política de Saúde no Brasil foi diretamente atingida pelo projeto neoliberal, tendo como direcionamento “reformas”, privatizações e precarização das políticas sociais, descumprindo-se o que estabelecia a Constituição no âmbito da seguridade social.

A Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra estratégia é parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em xeque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas (BRAVO, 2000, p. 13).

O processo de contrarreforma do Estado no Brasil vem resultando, desde os anos 1990, em inflexões no campo das políticas sociais que atingem diretamente a saúde pública e o conjunto da Seguridade Social (BRAVO, 2019).

Nesse período, assistiu-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal [...] Essa estratégia busca a

adesão dos trabalhadores para viabilizar a contrarreforma do Estado e o desmonte dos mecanismos de proteção social, fragilizando a luta dos movimentos sociais por direitos (BRAVO, 2016, p. 223).

Conforme mencionado anteriormente, o Brasil enfrentou, a partir do início da década de 1990, com aprofundamento a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, em seus dois mandatos, o desmonte da seguridade social, através das reformas direcionadas pelo mercado, “orientado pelo Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995), amplamente afinado com as formulações de Bresser Pereira, então à frente do Ministério da Administração e da Reforma do Estado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 148).

E o que ocorreu nos anos 1990? Vivenciamos naquela década, e principalmente a partir da instituição do Plano Real, em 1994, algo bastante diferente desse crescimento mal dividido do tão criticado desenvolvimentismo. Houve o desmonte (lesboupin, 1999) e a destruição (Tavares, 1999), numa espécie de reformatação do Estado brasileiro para a adaptação passiva à lógica do capital. Revelou-se, sem a natureza pragmática imediatista, submissa e antipopular das classes dominantes brasileiras (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 151).

No que tange às Políticas Sociais, foi estabelecido um movimento de desestruturação, em um processo de privatização, focalização e descentralização, apontando-se para o processo de reilantropização das políticas sociais. No âmbito da Saúde, os ajustes neoliberais acarretaram no SUS o desmonte do seu caráter universal e público, “através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde” (CORREIA, 2011, p. 43). Dessa forma, o projeto de saúde articulado ao mercado possui como pressupostos: “a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO; MATOS, 2012, p. 200).

Com a chegada ao poder do presidente Lula em 2002, pontos centrais pautados na reforma sanitária tomaram corpo, modificando o direcionamento, ao longo dos anos, sobre as prioridades no âmbito da Política de Saúde.

Pode-se considerar que, ao longo dos governos Lula e Dilma, houve mudanças substanciais no processo de implementação do SUS, onde aspectos relevantes podem ser percebidos, como a ampliação de serviços, a criação de programas e projetos, a mudança no modelo de atenção, a inclusão de políticas de formação para o SUS e gestão do

trabalho, a criação de secretarias e estratégias de acordo com a complexidade da Política de Saúde.

No que tange aos serviços, estes foram implantados em todos os âmbitos das Redes de Atenção à Saúde. Entre eles, destacam-se: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); o NASF; os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); o fortalecimento e a ampliação das Estratégias de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde, com os programas Requalifica Brasil, Programa Mais Médicos, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Programa de Humanização dos Serviços (Humaniza SUS), Farmácia Popular, e outros.

Apesar dos avanços e da ampliação de serviços no âmbito do SUS, nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), não se enfrentaram questões estruturais no desenvolvimento da Política de Saúde, dentro das disputas no âmbito da sociedade brasileira, como o subfinanciamento do sistema de saúde.

Dessa forma Bravo (2019) destaca que:

Nos governos do PT, a política de saúde sofreu os impactos da política macroeconômica. As questões centrais não foram enfrentadas, tais como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos. Diversas questões são evidenciadas como a precarização e terceirização dos trabalhadores, a privatização da saúde com a adoção dos chamados novos modelos de gestão, bem como o fornecimento de subsídios ao setor privado e a articulação com o capital estrangeiro (BRAVO, 2019, p. 2021).

Nesse sentido, reafirma-se às diretrizes neoliberais, bem como a seu impacto na Política de Saúde, onde se buscam ajustes fiscais, menores investimentos e repasse de recursos para iniciativa privada tendo como lastro o capital internacional e financeiros, a necessidade de apropriação do fundo público e do avanço de lógicas conservadoras e corporativistas no cerne do Sistema Único de Saúde.

A partir do golpe institucional que culminou no *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff em 2016, que tinha como objetivo a usurpação da presidência da república e a implementação de uma agenda presente na Europa desde 2008, foi se estabelecendo no Brasil uma agenda ultraliberal.

As propostas e agendas ultraliberais já constavam em documentos como *Agenda Brasil, Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social*, apresentados pelo PMDB como saída para o Brasil em meio à crise do governo Dilma, tendo como medidas a realização

de ajustes fiscais, contrarreformas nas legislações trabalhista e previdenciária, privatizações, e precarização das políticas sociais. O documento *Uma Ponte para o Futuro* foi lançado pelo PMDB em meio à crise política estabelecida a partir da vitória de Dilma Rousseff em 2014, no congresso nacional da Fundação Ulysses Guimarães, e tinha em sua essência princípios neoliberais como centrais para o desenvolvimento do País, relegando a segundo plano políticas de bem-estar (CAVALCANTI; VENERIO, 2017).

O governo ilegítimo de Temer trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional (BRAVO, 2018, p. 12).

Uma das primeiras medidas adotadas pelo governo de Michel Temer foi estabelecer ajustes fiscais, através da Emenda Constitucional n. 95 (EC 95), de 2016, conhecida como “PEC da Morte”, que congelou os recursos públicos por 20 anos, instituindo um Novo Regime Fiscal (NRF), que estabelece um “teto fiscal” para os gastos públicos.

Tendo em vista esse teto de gastos, têm-se impactos diretos no âmbito das políticas sociais, entre elas a Política de Saúde e Educação, com diminuição considerável de repasse de recursos públicos para essas duas políticas ao longo dos anos.

[...] a aprovação da Emenda Constitucional (EC) no 95/2016 (Brasil, 2016a), que congela em termos reais as despesas primárias da União e estabelece uma nova regra de apuração das despesas pela ótica da execução financeira, introduzindo o chamado Novo Regime Fiscal (NRF). A aplicação do NRF impacta o volume de recursos efetivamente disponibilizados para o SUS, seja pela imposição do teto geral de gasto, seja pela forma de apuração do piso federal de despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), congelado em valor equivalente a 15% da receita corrente líquida (RCL) de 2017 para o período 2018-2036 (VIEIRA apud VIEIRA; BENEFIDES, 2016, apud VIEIRA, 2018, p. 1).

Além dos impactos provocados pela EC 95 nos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se observar uma tentativa sistemática de repasse do fundo público da saúde para o setor privado, de acabar com os repasses constitucionais, de desmonte nos programas e projetos já desenvolvidos no âmbito do SUS.

Dentro do arcabouço de propostas apresentadas pelo governo que comprometem diretamente as estruturas constitucionalmente estabelecidas para o SUS, destacam-se as

mudanças em políticas e programas do SUS, a abertura da saúde ao capital estrangeiro, a proposta de criação de planos populares de saúde, as terceirizações e o reconhecimento da constitucionalidade das Organizações Sociais para gestão dos serviços (TEIXEIRA; PAIM, 2018).

Os processos de privatização e de retrocessos na política de saúde não começam no Governo Temer. Se inserem no quadro social, econômico e político sintonizado com processos observados mundialmente e se concretizam com as mediações relacionadas às condições de inserção do Brasil no cenário político-econômico mundial e ao seu particular desenvolvimento histórico. (BRAVO, 2018 p. 11).

No que tange ao financiamento da Política de Saúde, à desoneração e à consequente abdicação do recolhimento de recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), houve impacto direto no Sistema Único de Saúde e nos serviços, além de reduções expressivas de recursos que seriam utilizados para melhoria da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde, “Requalifica SUS”, sendo necessário a municípios e estados recorrerem às emendas impositivas para que pudessem acessar recursos novos para o desenvolvimento das ações no âmbito da Política de Saúde a nível local.

Com as eleições de 2018 e a vitória do candidato Jair Bolsonaro, representante da extrema-direita neoconservadora, o Brasil assumiu institucionalmente uma agenda de aprofundamento das diretrizes neoliberais estabelecidas pelo capital financeiro e, em paralelo, direcionou as ações do governo a partir de concepções conservadoras.

No âmbito da Política de Saúde, pode-se observar que, nos primeiros anos do governo Bolsonaro, já se iniciava um desmonte de programas e projetos no âmbito do SUS, cortes no orçamento, além de se colocar na agenda da saúde posições conservadoras e corporativas.

No âmbito do Ministério da Saúde, logo ao assumir, o então Ministro da Saúde Luiz Henrique Manetta iniciou inúmeros processos de mudanças no âmbito organizacional. Na perspectiva de estabelecer novos arranjos governamentais, o governo Bolsonaro iniciou mudanças significativas em formato de financiamento do sistema de saúde, e reformulação de portarias de programas e projetos.

O Ministério da Saúde passou por mudanças na sua estrutura, sendo criadas duas Secretarias: Atenção Básica e Tecnologia da Informação- departamento

de saúde digital. Essa última secretaria com o objetivo de estimular teleconsultoria, telediagnóstico, teleducação. Foi extinta a secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e reformulada a Secretaria de Atenção à Saúde, priorizando a especialização. E foi criado um Departamento de Certificação e Articulação com Hospitais Filantrópicos e Privados, estabelecendo contratualização com setor privado (BRAVO, 2019, p. 9).

No que tange ao desenvolvimento das ações no âmbito do SUS, podem-se destacar as alterações do modelo de financiamento e o arranjo da Política Nacional de Atenção Básica, considerado um retrocesso na Política de Saúde Mental instituída pela Reforma Psiquiátrica, com repasse de recursos para iniciativas privada e religiosas (Comunidades Terapêuticas), submetendo a população mais vulnerável a um tratamento de caráter punitivo, à perda de identidade, de autonomia, e a violações de direitos humanos.

Outras ações no SUS também foram afetadas, seja por posição conservadora, seja pelos ajustes fiscais, como Farmácia Popular, PMAQ, Requalifica UBS, mudanças no Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Somando-se a todos esses desmontes, entram em cena pautas conservadoras e morais como propostas dentro da Política de Saúde, no intuito de garantir apoio principalmente dos evangélicos, como abstinência sexual para adolescentes e posições contrárias ao aborto legal.

A ofensiva (neoconservadora) atinge diferentes dimensões da realidade, contando com grande chance de incorporação por atividades sociais que prescindem da razão em decorrência da crença em dogmas, a exemplo das religiões. Nesse sentido, quando se trata de avaliar questões que remetem a valores morais, os (neo)conservadores são moralistas, ou seja, intolerantes, preconceituosos e, no limite, fundamentalistas (BARROCO, 2015, p. 631).

No período de 2019 a 2022, demonstra-se a maior ofensiva ultraliberal e neoconservadora no país, estabelecendo-se retrocessos em direitos e políticas sociais, flertando-se com o autoritarismo, que busca constantemente o desmonte do Estado Social Democrático de Direito, alimentando diariamente posições negacionistas no âmbito da sociedade brasileira.

Com o advento da COVID-19, a Política de Saúde e o Sistema Único de Saúde demonstraram a sua importância no âmbito da sociedade brasileira e, dentro dos seus limites estruturais e de recursos humanos, conseguiram salvar as vidas de milhões de brasileiros.

Entretanto, na perspectiva governamental, foi verificado no ano de 2020 um verdadeiro descaso do governo no combate ao COVID-19, pois, através do presidente Jair Bolsonaro, a pandemia era negada diariamente, sendo classificada por ele como “gripezinha”, o que também trouxe posições contrárias ao uso de máscaras e ao distanciamento social, além da indicação de medicamento de eficácia não comprovada pelos órgãos de controle, da demora na compra de vacinas e da desorganização no Programa Nacional de Imunização (PNI). No âmbito do Ministério da Saúde, mudanças constantes de ministros fragilizaram as medidas a serem adotadas, reafirmando-se assim os esforços do governo em dificultar as medidas de combate à pandemia.

No que tange aos serviços e programas no âmbito do SUS, foram tímidas as medidas no âmbito da Atenção Primária em Saúde no combate à pandemia, sendo repassados poucos recursos aos municípios para o desenvolvimento das ações e/ou criação novos de serviços. Destaca-se, nesse cenário, a falta de protagonismo do Ministério da Saúde na organização das ações de combate à pandemia ao longo de 2020, dificultando ações articuladas e planejadas entre os entes federativos.

Nesse contexto de pandemia, a Política de Saúde e o SUS, apesar de todos os descasos do governo federal, do desmonte e do desfinanciamento, afirmam-se como um patrimônio inegociável da sociedade brasileira, tendo em vista sua capacidade de resposta às questões de saúde da população, sua capilaridade, chegando em áreas remotas do país, e seu nível de organização.

Diante do cenário apresentado, a discussão em torno da Política de Saúde e do SUS é de grande importância para a sociedade brasileira, na perspectiva de garantir as diretrizes estabelecidas no âmbito da Constituição Federal e, com isso, garantir um Sistema Único de Saúde, como direito de todos e dever do Estado.

3 CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO NO BRASIL NO PERÍODO DE 2013 A 2022: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

O Projeto Mais Médicos para o Brasil vem sendo, desde sua criação, fundamental no debate sobre a necessidade de atuação estatal na garantia do direito à saúde e à proteção social no âmbito da Saúde. Implantado em resposta aos movimentos sociais que ocorreram em meados de 2013, o projeto traz consigo um arranjo robusto de aspectos políticos, ideológicos e corporativos que teve centralidade nos últimos anos, no âmbito da política brasileira.

Dessa forma, faz-se necessário examinar os aspectos que perpassam a implantação e a implementação do PMMB, como também sua continuidade frente às mudanças políticas que ocorreram no Brasil nos últimos anos e que tiveram impactos diretos em sua estrutura e em sua consolidação enquanto política pública.

Ao visualizar-se o processo histórico brasileiro, principalmente no período de 2013 a 2022, podem-se perceber inúmeros fatos e acontecimentos que promoveram mudanças substanciais na estrutura social brasileira, dando espaço para o crescimento do conservadorismo e de posturas antidemocráticas, que permanecem latentes atualmente.

No que tange aos aspectos políticos econômicos, percebe-se que, ao longo dos anos, a agenda ultraneoliberal, capitaneada pelo mercado financeiro, ganha espaço e aprofunda suas diretrizes no âmbito do trabalho, da fragmentação das políticas públicas e de privatizações.

Neste capítulo, discorrer-se sobre o contexto sóciopolítico do Brasil no período que vai de 2013 a 2020, sendo este capítulo dividido em quatro seções. A primeira seção trata das manifestações de julho de 2013 e de sua importância para o processo de lançamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como resposta às reivindicações advindas das ruas. A segunda inicia o debate em torno das consequências do Golpe de 2016 para o PMMB, em sua estrutura e continuidade. A terceira seção analisa as consequências da vitória de Jair Bolsonaro nas eleições de 2018, com o avanço das agendas neoliberais e impactos no Projeto Mais Médicos. Por fim, a quarta seção discute as primeiras medidas do novo governo Lula em relação ao seu mandato, como também no que tange o PMMB.

3.1 ESTADO E SOCIEDADE CIVIL: JORNADAS DE JUNHO DE 2013 E IMPLANTAÇÃO DO PMMB

Ao analisar-se o período de 2013 a 2020, podem-se compreender as manifestações de 2013 como ponto inicial para o debate, tendo em vista que se tratou de um cenário de mudança e ampliação das pautas de reivindicações Brasil, que teve início com a luta dos movimentos sociais por menores preços das passagens de ônibus em São Paulo, capitaneada pelo Movimento Passe Livre (MPL), e se transformou em um movimento amplo com reivindicações diversas.

Os protestos de junho demarcaram a inclusão de novas formas de ativismo, transnacional (DELLA PORTA e TARROW, 2005), atuando em questões locais e nacionais, além de retomarem com força demandas focadas em problemas da vida cotidiana — mobilidade urbana, emprego, finanças/salário, dívidas, serviços sociais como educação e saúde, moradia popular, terra para viver e plantar (demanda já secular, agora em confronto com o agronegócio e outros) etc. (GOHN, 2016, p. 129).

Com a ampliação das pautas, a incorporação de movimentos diversos e a mobilização nacional, como a ajuda à mídia conservadora, transformou-se o momento em um cenário perfeito para que a pressão de setores da classe burguesa pautasse mudanças quanto à política econômica e financiasse movimentos conservadores que buscavam fragilizar o governo.

Para entender o momento, é necessário retomar o conceito de Sociedade Civil, a fim de compreender os diversos interesses que se apresentam como reivindicações nas Jornadas de Junho.

Nesse sentido, tome-se como norte teórico a concepção gramsciana sobre a categoria Sociedade Civil, entendida como espaço de disputa entre classes apresentado no âmbito das diversas dimensões da complexidade da vida social, onde se confrontam interesses e projetos societários.

Dessa forma, ao avaliar-se o cenário das Jornadas de Junho, devem-se compreender os diversos direcionamentos estabelecidos, tendo em vista a heterogeneidade dos movimentos e das instituições que buscavam capitanear o

movimento. Também se faz necessário um olhar ampliado para as diversas pautas de reivindicações e suas intencionalidades.

Diante disso, compreende-se que as Jornadas de Junho, iniciadas como um processo de luta pelo aumento das tarifas de transporte público, se tornaram, com o tempo, um cenário de disputa por hegemonia no contexto político, econômico e moral.

Assim, as disputas apresentadas no contexto das manifestações de junho de 2013 são catalisadoras do processo para o enfraquecimento do governo da então presidenta Dilma Rousseff, tendo em vista as acusações de corrupção e os primeiros impactos econômicos, provenientes da crise do capital de 2008.

A multidão nas ruas em junho de 2013 surpreendeu o governo e muitos analistas porque o governo federal, comandado pelo Partido dos Trabalhadores – PT, desde 2003, elaborou inúmeros programas e projetos de inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade socioeconômica, como o Bolsa Família, implementou políticas de aumento do salário-mínimo, realizou inúmeras conferências nacionais temáticas em áreas do serviço público que resultaram em novas políticas sociais (GOHN, 2016, p. 136).

Nesse momento, estavam em cheque as perspectivas desenvolvimentistas e a política de conciliação estabelecida pelos governos de Lula, que muitos nomeiam como “lulismo”, colocando em dúvida a política estabelecida pelo governo do PT no últimos ano no Brasil. Por um lado, isso ampliou a capacidade do Estado em intervir na desigualdade social, através de políticas de transferência de renda e da ampliação de políticas públicas; por outro lado, não se teve a capacidade de enfrentamento ao capital financeiro e a financeirização da sociedade brasileira, e o Brasil se tornou um país literalmente rentável ao capital.

No contexto das manifestações, a partir do momento em que houve uma ampliação da pauta inicial, que girava em torno do aumento das tarifas do transporte público, e com a entrada de outros setores nas manifestações, houve uma busca constante por emanar narrativas de oposição ao governo Dilma, o que, com apoio da mídia conservadora, traria um amplo impacto sobre a popularidade da presidenta e, conseqüentemente, sobre as eleições de 2014. “Em suma: toda elite política tradicional, independente da coloração partidária, leu as manifestações pela chave do cálculo eleitoral” (MIGUEL, 2019, p. 159)

Logo após junho de 2013, as manifestações não tiveram continuidade em termos de mobilização de massa, os atos de protestos foram tópicos, com focos específicos tais como: Não vai ter Copa, Ocupações urbanas, greves de profissionais da educação pública etc. Cenas de violência protagonizadas pela polícia e pelos Black Blocs, levaram a criminalização de vários participantes dos protestos, e o refluxo das manifestações (GOHN, 2016, p. 136).

Nesse cenário, o governo Dilma foi incapaz de responder rapidamente às demandas das manifestações, reagindo timidamente aos pleitos, apresentando respostas superficiais aos problemas estruturais, buscando somente conter o impacto nas eleições que estavam por vir.

[...] o governo Dilma Rousseff foi incapaz de encontrar sua posição nesse novo cenário. Sua resposta às manifestações foi sempre ziguezagueante; quando a presidente se manifestou em rede nacional de televisão, em 17 de junho de 2013, propôs “cinco pactos”, uma mixórdia que incluía uma reforma política potencialmente democratizante, mas também aderiu ao receituário conservador de “responsabilidade fiscal” Fora isso, promessas genéricas em favor da educação, saúde e mobilidade urbana (MIGUEL, 2019, p. 157).

Como uma das respostas do governo Dilma (e, aqui, atrevo-me a identificá-la como uma das principais medidas tomadas), houve a criação do Programa Mais Médicos e a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, apresentado como resposta à falta de profissionais médicos nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária em Saúde. Como destacado no capítulo introdutório (cf. Capítulo 1), a insuficiência de profissionais médicos e sua má distribuição no território brasileiro apresentam-se como justificativas centrais para a implementação do Programa.

Os acontecimentos de junho de 2013, quando o Brasil presenciou massivas manifestações de rua que tinham entre suas pautas a exigência de melhores condições e serviços de saúde para a população brasileira, provocaram o governo federal a concluir a formulação da política pública que estava sendo gestada desde o início do ano. Assim, em 8 de julho de 2013 foi instituído o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2015, p. 40).

O debate sobre o provimento de profissionais para o SUS não era novo no âmbito no Ministério da Saúde, pois o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), instituído pela Portaria Interministerial n. 2.087, de 1º de setembro de 2011, tinha como “objetivo estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família” (BRASIL, 2011, s/p) e levá-lo para localidades com maior carência deste

serviço, tendo como atrativo para o profissional uma pontuação extra em seleções de residências profissionais.

Segundo dois dos entrevistados desta pesquisa, o PMMB já estava sendo gestado no âmbito do governo Dilma antes mesmo das manifestações, porém, enfrentava um cenário adverso, tendo em vista aspectos e discussões internas sobre o melhor formato do projeto:

Então, há muito tempo vinha se preparando para isso. Tem marcos em 2011, tem marcos em 2012, tem marcos operacionais em 2013... mas não sabia qual que seria o momento em que seria lançado o programa, até porque dependia de toda uma análise aí... da repercussão do programa e acabou que... as jornadas de junho de 2013 facilitaram essa possibilidade de lançar o programa, mas a gente já trabalha hoje com a tese de que... tese não, a gente vivenciou e sabia que o programa já vinha sendo preparado há mais tempo, talvez não com toda a modelagem que foi lançado em junho de 2013, mas com essas várias características [...] o projeto já tava preparado, já tinha bases há um certo tempo, mas realmente a gente ficava participando dessa análise de conjuntura aí pra ver qual quer seria o melhor momento em que o programa seria lançado. E nesse sentido a Casa Civil e a presidência já tinham a informação do programa há um certo tempo, né? E enxergavam a viabilidade do ponto de vista de executar o programa há um certo tempo também, então a... o início do programa ficou condicionado a uma análise mais dum contexto político, né, e da viabilidade de iniciar um projeto dessa monta aí, dessa repercussão (Extrato de fala, E1).

Mais Médicos, ele foi sendo formulado, pelo menos, mais diretamente desde o primeiro trimestre de 2012. Então, aquele período ali, entre o lançamento e a implementação, já tinha muita coisa construída, muito problema já resolvido do ponto de vista de como podemos operacionalizar isso. Inclusive com as normas, com os regulamentos, com a legislação necessária, etc, né? As portarias foram muito rápidas, né, porque elas já tavam mais ou menos montadas, né? O problema é... a grande questão é que o programa, ele foi sendo... o lançamento dele foi sendo adiado. Foi sendo adiado por causa da... previsão, da resistência que as entidades médicas fariam. Então, ia se lançar o programa no final de 2012, e aí teve eleição municipal; não lançou. Início de 2013, os prefeitos fazem aquele movimento "cadê o médico?". A ideia era lançar ali no meio do encontro, na frente dos prefeitos, mas acabou não acontecendo. Então, o programa, ele vai... vai adiando, vai adiando e o que... o papel das... das jornadas de junho, né, das manifestações de junho, foi justamente desequilibrar o jogo, né? Tava, até então, vencendo na posição... o Ministério da Saúde queria lançar desde 2012, né? Mas, o MEC, tá ali acompanhando, sem fazer pressão pra lançar, mas também já não tava mais fazendo pressão pra segurar, não é? Agora, o que aconteceu foi que o entorno da presidenta, que estava convencendo-a de que não era uma boa lançar, perdeu o argumento em junho em 2013, quando aconteceram as manifestações o cálculo político virou e quando foi se olhar o que que era importante pra poder lançar, pra poder responder, né, aquelas manifestações, responder a queda da popularidade, responder o problema da vulnerabilidade (Extrato de fala, E2).

Dessa forma, as Jornadas de 2013 se apresentam como catalisadoras para a implantação do PMMB, tendo em vista que se enfrentavam, naquele momento,

resistências das organizações médicas e de atores políticos no âmbito do congresso. Além disso, estudos de viabilidade, elaboração de marcos legais e construção de uma proposta de programa já estavam sendo gestados dentro do Ministério da Saúde e da Casa Civil e, com ciência da presidenta e no momento oportuno, demandou-se a implantação do Programa.

Pinto (2021) defende a tese de que:

O agravamento do problema e aumento da relevância da questão, combinados ao posicionamento de novos atores na direção do sistema político e subsistema saúde, são responsáveis pela entrada da questão na agenda do governo, com prioridade máxima no MS e alguma prioridade no núcleo do governo já em 2011[...] A ação da Presidência e núcleo do governo e o suporte que passou a dar à atuação dos Empreendedores do PMM foi essencial para a superação de constrangimentos institucionais nos próprios espaços institucionais do Estado. Esses fatores somados foram responsáveis por viabilizar a formulação do PMM ao longo do ano de 2012. E que a mudança do contexto político em meados de 2013, com papel destacado das 'Jornadas de Junho', mudou o cálculo estratégico do núcleo do governo fazendo com que o PMM fosse lançado naquela data. (PINTO, 2021, p. 221).

Podem-se elencar ainda outros fatores que levaram ao lançamento do PMMB naquele momento. Para além dos aspectos políticos que surgiram com os movimentos de julho, construindo um momento histórico para que o governo realizasse os enfrentamentos no âmbito da sociedade e no campo político, houve o envolvimento anterior da Casa Civil e da Presidência da República no processo de elaboração e discussão da proposta de provimento de profissionais médicos, o que deu condições para que, em cadeia nacional de comunicação, se pudesse anunciar que o governo traria de imediato milhares de médicos o PMMB como resposta às demandas das ruas.

Vou convidar os governadores e os prefeitos das principais cidades do país para um grande pacto em torno da melhoria dos serviços públicos. O foco será: primeiro, a elaboração do Plano Nacional de Mobilidade Urbana, que privilegie o transporte coletivo. Segundo, a destinação de 100% do petróleo para a educação. Terceiro, trazer de imediato milhares de médicos do exterior para ampliar o atendimento do SUS (Pronunciamento da presidenta Dilma Rousseff sobre as manifestações no Brasil).

Dessa forma, é imprescindível destacar que o Programa, apesar de gestado pelo Ministério da Saúde, estabeleceu um processo amplo de debate dentro do governo, o que deu condições ímpares para a sua implantação, como destaca o Entrevistado 1:

E nesse sentido a Casa Civil e a presidência já tinham a informação do programa há um certo tempo, né? E enxergavam a viabilidade do ponto de vista de executar o programa há um certo tempo também, então a... o início do programa ficou condicionado a uma análise mais dum contexto político, né, e da viabilidade de iniciar um projeto dessa monta aí, dessa repercussão. E, nesse sentido, eu avalio que foi uma decisão da presidência, né? Inclusive a gente sabia da possibilidade de lançar o programa, mas teve uma certa surpresa quando ela anunciou na TV, né, que milhares de médicos estrangeiros iriam vir imediatamente pro Brasil (Extrato de fala, E1).

O processo de implantação, da forma como se deu, estabeleceu inúmeras dificuldades em sua operacionalização, tendo em vista a necessidade de criação de um departamento para fazer a gestão do programa, a dificuldade do repasse de informações para gestores estaduais e municipais sobre a chegada de médicos e as regras do programa, a dificuldade na relação com as instituições de ensino e na organização do processo de supervisão. Os ajustes foram realizados com o projeto na rua e enfrentando uma oposição. Dessa forma, apesar da resposta em tempo das demandas das manifestações de junho, é preciso estabelecer que o PMMB e sua governança ainda não estavam alinhados e desenvolvidos no momento da implantação.

No que tange aos enfrentamentos dentro do governo, o Entrevistado 4 aponta um enfrentamento direto dentro do Ministério da Saúde, tendo em vista que, historicamente, este foi um espaço de disputa por interesses corporativos e, conseqüentemente, estabelecia-se ali um espaço de correlações de força:

A parte de educação na saúde era um bloco de hegemonia da categoria médica e isso fazia travar uma série de possibilidades de avanços. Tanto que na primeira gestão do governo Lula, na segunda também, com essa hegemonia da... da corporação médica no Ministério da Educação, uma série de iniciativas que poderiam ter sido inovadoras, né, como a própria integração da residência médica com a residência multiprofissional, acabaram sendo barradas (Extrato de fala, E4).

Os primeiros conflitos políticos e ideológicos foram provocados inicialmente pelas entidades médicas em posição contrária ao governo Dilma, principalmente no que tange à inclusão de profissionais cubanos dentro do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Grande parte das entidades médicas questionavam a formação médica dos profissionais cubanos, sendo vistas inúmeras manifestações e declarações no momento da chegada desses profissionais ao Brasil.

Momento emblemático e que traduz a forma como a categoria médica no Brasil recebeu os profissionais cubanos foi a manifestação que houve no estado do Ceará na chegada dos profissionais, sendo considerada por autoridades do Ministério da Saúde como um ato de “intolerância, racismo e xenofobia”. Como destacado pelo então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha:

Eles (os médicos de Fortaleza) participaram de um verdadeiro corredor polonês da xenofobia, atacando médicos que vieram de outros países para atender a população apenas naqueles municípios onde nenhum profissional quis fazer atendimento. (Reportagem Felipe Neri, G1, 27 ago. 2013).

Como afirma Pinto (2021):

A Comunidade Medicina Liberal atacou fortemente os médicos cubanos e o acordo com Cuba. É possível identificar na literatura que as principais acusações públicas das entidades médicas eram: a) que os médicos estrangeiros não tinham competência para atuar no Brasil; b) que a formação dos médicos cubanos, em especial, era de ‘baixa qualidade’; c) que estes atuavam em condições de ‘trabalho escravo’ por não terem “direito de escolha”, serem ‘obrigados’ a vir trabalhar no Brasil e pelo governo cubano se ‘apropriar’ da maior parte de seus salários; e d) que o acordo do Brasil com a OPAS tinha como maior objetivo transferir recursos à ‘ditadura cubana’. Mas além da disputa simbólica, a Comunidade Medicina Liberal tentou vetar a medida usando sua posição institucional na regulação do trabalho médico no Brasil. Para que médicos sem registro no Brasil pudessem atuar no PMM era necessário que os CRM emitissem o registro especial previsto na MP. Alguns protelaram a emissão e outros se recusaram a emitir, entrando com ações na justiça para poderem não cumprir a MP (PINTO, 2021, p. 253).

Ao fundo desse debate, também se encontra como central a reserva de mercado de trabalho, tendo em vista que, antes do PMMB, os médicos tinham a capacidade de regular os salários, estabelecendo carga horária e dias de trabalho, e quase sempre a negociação se dava de forma desigual para os gestores municipais.

Alessio e Sousa (2017, p. 1151) destacam também, como motivo de resistência dos médicos brasileiros ao PMMB, o sentimento de que a vinda de médicos estrangeiros através do PMMB seria um “ataque pessoal aos médicos do Brasil, culpabilizando-os pelos serviços de saúde insuficientes e desvalorizando o profissional brasileiro frente ao estrangeiro”.

Registre-se, também, o papel da mídia na construção da narrativa estabelecida naquele momento, dando aporte ideológico a um pensamento corporativista e hegemônico que perpassa as corporações de saúde.

Como destacam Emerich *et al.* (2018):

O olhar a partir das indústrias culturais e midiáticas pressupõe que a comunicação é um componente da economia. Ao considerar que há uma forte influência do corporativismo médico nas notícias relacionadas ao PMM, é importante destacar que os jornais, enquanto atividade cultural que visa ao lucro, possui inúmeros anunciantes e a maior parte de seu sustento vem da publicidade, que coexiste atrelada ao mercado de produção das notícias. Por isso, não se pode ignorar o fato de que os maiores anunciantes do mercado publicitário são as indústrias relacionadas à saúde, em sua maioria comandada por profissionais médicos, descontentes com o PMM. Por isso, uma possibilidade de as manchetes que citavam o programa possuírem um caráter negativista (EMERICH *et al.*, 2018, p. 21).

É importante sinalizar que, apesar do direcionamento negativo ao PMMB por parte da mídia, observa-se também que, aos poucos, o programa passou a ganhar legitimidade perante a sociedade, como resposta à dificuldade da saúde pública. Dessa forma, a mídia também apresenta posições controversas em seu discurso, tendo um posicionamento no veículo de comunicação e de entidades (SILVA *et al.*, 2018).

Um exemplo disso foi uma notícia publicada no jornal ‘O Globo’, que admite que “a iniciativa do presidente demonstra a disposição do governo em buscar melhorias para a área”²⁰, ao tempo em que expõe o posicionamento contrário ao PMM por parte das EM. O tema mais controverso foi a abertura de postos de trabalho no SUS para médicos estrangeiros, que gerou, por parte das uma forte reação contrária, a ponto de ameaçarem o governo com a deflagração de uma ‘greve dos médicos’, como se evidencia no trecho de reportagem reproduzido a seguir: [...] a Federação Nacional dos Médicos, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira anunciam [...] um calendário de protestos e uma possível greve dos médicos contra a importação de profissionais (SILVA *et al.*, 2018, p. 494).

O processo de implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil teve uma resposta rápida e resultados positivos no processo de ampliação de profissionais na rede de saúde, especificamente com uma melhor distribuição de profissionais no Brasil. Apesar disso, foi descontinuado após o *impeachment* da presidenta Dilma e, com isso, estabeleceu-se sua descontinuidade.

Pinto *et al.* (2015), em estudo que realiza uma avaliação do processo de implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015, apontam informações importantíssimas que confirmam a resposta rápida do Programa Mais Médicos pelo Brasil ao SUS, especificamente no âmbito da Atenção Primária. Para isso, o estudo utiliza como informações sobre a ampliação da cobertura da Atenção Primária nesse período a

ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, os indicadores de saúde e a avaliação de usuários, gestores e profissionais.

Diante da análise realizada, o estudo aponta que:

[...] em menos de três anos de implantação, alcançou, no eixo provimento, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa, tais como: atender a demanda de médicos feita em 2013 e, nos anos posteriores, a demanda dos gestores municipais para expandir e SF e completar as existentes; alocar médicos nas áreas com maior necessidade com equidade na distribuição; ampliar a cobertura da AB e da ESF num volume e velocidade significativamente superior aos anos anteriores; ampliar o acesso da população às ações de AB; elevar o número de consultas e diversificar o escopo de procedimentos de AB; aumentar o ritmo de redução das internações sensíveis à AB; ser bem avaliado por usuários, médicos e gestores; e se constituir como uma alternativa importante de atuação para os médicos brasileiros. Mesmo com o sucesso do eixo provimento, vale destacar alguns desafios. Os médicos brasileiros ainda escolhem e atuam num número de municípios bem menor em relação aos locais onde os brasileiros formados no exterior e, em especial, os estrangeiros, se propõem a atuar. Isso faz, por exemplo, com que todos os DSEI tenham hoje equipes completas, por primeira vez, graças aos médicos estrangeiros. Além disso, o tempo médio de permanência e a taxa de desistência dos médicos brasileiros no programa é maior. Esses dois fatores apontam para a necessidade de se contar com os chamamentos internacionais e a cooperação com a OPAS ainda por um bom tempo (PINTO *et al.*, 2015, p. 1096).

Um ponto importante a ser discutido remete ao processo de chamamento dos médicos através dos editais, pois não se garantia uma lista de reserva de profissionais. Isso dificultava o processo e a reposição de médicos no momento de vacância da vaga no município, gerando transtornos com a perda de recursos pela falta de uma equipe completa, como também com a desassistência aos usuários.

A reposição do profissional é demorada, o que impacta o acesso da população à atenção médica e à continuidade dos cuidados iniciados. Isso fragiliza o potencial do Programa Mais Médicos em fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde que, segundo Molina *et al.*, ocorre por meio da presença constante do profissional médico e do estabelecimento de um cuidado à população ao longo do tempo (HERVAL *et al.*, 2017, p. 1330).

Mesmo com o tempo de lançamento de editais sendo a cada três meses (vide Quadro 9), o que naquele momento era entendido como o menor tempo possível para lançamento de editais, tendo em vista as questões legais que envolvem todo o processo e se tornam constantes, a reposição ainda era demorada, o que impactava no acesso da população à atenção médica e à continuidade dos cuidados iniciados.

Quadro 9 – Editais PMMB entre 2015 e 2016

Edital	Assunto	Data
Edital n° 2, de 15 jan. 2015	Chamamentos de profissionais	Jan. 2015
Edital n° 10, de 10 jul. 2015	Chamamentos de profissionais	Abr. 2015
Edital n° 16, de 2 out. 2015	Chamamentos de profissionais	Out. 2015
Edital n° 1, de 8 jan. 2016	Chamamentos de profissionais	Jan. 2016

Fonte: Elaboração própria (2023), a partir de informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/editais-abertos-anteriores>. Acesso em: 10 jan. 2023.

Apesar dos avanços apresentados em curto tempo, o PMMB enfrentava diariamente críticas do setor político. Nas eleições de 2014, o provimento de médicos para os municípios foi apontado como um dos principais assuntos tratados nas eleições.

[...] o tema da provisão médica no SUS e, mais especificamente, a implementação do PMM no eixo de provimento emergencial foi incorporado ao debate político mais amplo, extrapolou o subsistema ou campo da saúde e foi assumido como uma agenda dos atores estratégicos implicados no sistema político e, portanto, na disputa por significados e identidades dos atores sociais durante o período eleitoral [...]. Dessa forma, o processo de debate público sobre a pertinência do programa favorecia àqueles candidatos que o implementaram, e os candidatos que pretendiam angariar apoio e relação de identidade compartilhada com eleitores posicionavam-se favoravelmente à sua manutenção. Isso implica que possíveis propostas de mudanças no rumo da política, como a extinção do programa, poderiam acarretar a perda de apoio aos atores que a propunham. Chama atenção a diminuição da expressão na mídia dos posicionamentos dos candidatos sobre o PMM no mês de outubro de 2014 (FERLA *et al.*, 2017, p. 1137).

Com as eleições de 2014 e a vitória com 53% dos votos, Dilma assume a presidência pelo seu segundo mandato, mas em um cenário totalmente diferente do primeiro, tendo em vista que o Brasil naquele momento já sentia os impactos da crise capitalista de 2008. Tinha-se um país dividido e, principalmente, uma oposição que não aceitara sua derrota nas urnas, dificultando, no Congresso Nacional, qualquer medida que fosse tomada pelo governo para amenizar a crise econômica. É diante desse cenário que frações da sociedade iniciam toda a trajetória que culminou no golpe de 2016.

O movimento político do golpe de 2016 se direciona à reorganização da classe política em termos de auto salvação. A recomposição do mundo político

brasileiro para fins de manutenção de seu modo de apropriação do Estado, não pode mais se dar sob a condução do PT, assim demandando, na prática, sua expulsão do sistema político eleitoral e institucional vigente (MASCARO, 2018, p. 82).

Destaque-se que, com a chegada de Dilma Rousseff à presidência da república nas eleições de 2010, algumas questões centrais foram essenciais para que houvesse uma latente fissura na relação de alguns setores com o governo do PT, a partir das manifestações de 2013 e até depois das eleições de 2014.

Como destacado por Miguel (2019), a presidenta Dilma, já em seu primeiro mandato, buscou realizar mudanças no direcionamento na relação do governo com o mercado financeiro. Reduzindo sua rentabilidade, produziu mudanças na matriz econômica e, com o tempo, os organismos internacionais e setores da sociedade ligados ao mercado venderam a ideia de que se iniciava o descontrole na economia brasileira e a “queda de braço” com o sistema financeiro. Dilma pensava contar com o apoio dos dois setores objetivamente beneficiados com a nova matriz econômica: a classe trabalhadora e a burguesia produtiva.

Nesse sentido, podem-se perceber, naquele momento, movimentações centrais no âmbito da sociedade brasileira, tendo em vista que, aliado ao capital financeiro, o patronato industrial, até então privilegiado por medidas econômicas, rende-se e assume uma postura de oposição ao governo, o que mais tarde conduziu a fissuras centrais no governo Dilma.

Ao se avaliar o processo de implantação do provimento de profissionais médicos, através do Projeto Mais Médicos pelo Brasil, percebe-se que a Sociedade Civil se apresenta claramente como um espaço heterogêneo e de correlação de força, que o debate em torno do PMMB disputava espaço nos âmbitos da sociedade e do Estado, tendo como perspectiva influenciar diretamente a agenda política.

Diante das questões apresentadas, na próxima seção, discorre-se sobre a forma como o golpe de 2016 impactou o Projeto Mais Médicos para o Brasil, no que se refere a seu desenvolvimento e sua implementação, buscando sinalizar os contornos que lhe foram dados pelo governo golpista.

3.2 PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: IMPACTO DO GOLPE DE 2016

Capitaneado por parlamento, judiciário, mídia e capital financeiro, o golpe de 2016 tinha como objetivos centrais a ruptura do modelo de desenvolvimento e a implementação das diretrizes ultraliberais. Como se aponta na famosa frase do então senador da república, Romero Jucá, foi realizado “um grande acordo nacional”. O golpe teve como centralidade a implantação de uma agenda neoliberal, de acordo com o programa “agenda para o futuro” apresentado pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB), partido do então vice-presidente da república, Michel Temer.

A ruptura institucional em 2016 foi estabelecida sob manipulação dos regramentos legais, tendo sido avalizada pelo congresso nacional, reafirmando-se que foram seguidos os ritos legais. Para tanto, observou-se a criação de crimes, a utilização de quebras de sigilos telefônicos e o vazamento ilegal de informações processuais para que acontecesse ali o impedimento da então presidenta. É nesse cenário, e com a estabelecida ruptura, que se inicia uma fissura na democracia brasileira.

Tendo em vista o avanço das agendas neoliberais no Brasil, a partir do golpe institucional que culminou no *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff em 2016, o governo brasileiro assumia como imprescindível a agenda ultraliberal conservadora estabelecida na Europa, com a crise de 2008, e tinha como diretriz a realização de ajustes fiscais, contrarreformas nas legislações trabalhistas, previdenciárias, e nas privatizações. Nesse contexto, a seguridade social brasileira passava a ser diretamente atingida pelas medidas estabelecidas pelos governos, sendo paulatinamente desmontada.

A partir do governo interino de Temer, presenciou-se uma tentativa de realização da reforma previdenciária, tendo como justificativa a necessidade de se ajustar as contas públicas e de se diminuir a dívida pública. Naquele momento, o debate da reforma previdenciária teve como obstáculos a falta de articulação do governo com o congresso, apesar da utilização de artifícios para liberação de emendas parlamentares, na tentativa de ganhar apoio para aprovação, a instabilidade política do governo a partir das denúncias de corrupção e a mobilização social contrária ao governo e à reforma.

Desde a Assembleia Nacional Constituinte até os dias atuais, esses setores desenvolvem ativa campanha difamatória e ideológica orientada para

“demonizar” a seguridade social, especialmente seu segmento de previdência social. É uma campanha de vale-tudo, para recapturar esses recursos. Em flagrante confronto com a Constituição da República, especialistas esforçam-se para “comprovar” a inviabilidade financeira da previdência, a fim de justificar nova etapa de retrocesso nesses direitos (FAGNANI, 2016, p. 88).

Naquele momento, o então ministro da saúde do governo Temer, Ricardo Barros, justificou a medida alegando sua eficiência econômica e apontando para o que estava sendo pensado para o SUS, defendeu a criação de planos privados à população em torno da saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar.

São apresentadas, de forma sintética, as seguintes propostas para o Plano de Saúde Acessível: a) Plano Simplificado – cobertura para atenção primária, restrita a consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade; b) Plano Ambulatorial + hospitalar – cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade; c) Plano em Regime Misto de Pagamento – oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva; e, quando necessário, atendimento ambulatorial (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 196).

Nesse cenário, pode-se perceber que o governo golpista apontava uma expressiva harmonia com o setor privado em saúde, que buscava, de uma forma ou de outra, recursos do SUS para o setor. As disputas dentro da sociedade civil se acentuaram nesse momento, na direção do desmonte do sistema público de saúde.

No que tange às ações no SUS, percebe-se o desmonte e a estagnação de programas e projetos, como na Política Nacional de Atenção Primária, na Rede de Atenção Psicossocial, além do cancelamento de editais para o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), no Programa Mais Médicos e seus eixos.

Quanto ao Eixo Provimento Emergencial, o Projeto Mais Médicos para o Brasil sofreu estagnação. O governo Temer buscou desregular diversos programas e projetos, fragilizando consideravelmente as ações no âmbito do SUS, como relatado por um dos entrevistados (E1) sobre a atuação do governo com o PMMB:

É, o governo Temer... ele tentou... assim, ele manteve a área de provimentos, inclusive porque ele não tinha nenhuma proposta diferente disso e ele sofria muita pressão principalmente dos gestores municipais, então eu não consigo... eu sei que ele tentou fazer algumas modificações aí no provimento. Tentou em algumas áreas substituir... onde estavam os médicos cubanos, colocar médicos brasileiros e acabou não conseguindo porque os brasileiros tinham uma rotatividade muito alta e um tempo de permanência, após o ingresso no

programa, que às vezes ficava em um, dois meses, né? Mas, o que o governo Temer fez mais evidentemente foi desregular a abertura do curso de Medicina [...] Um dos primeiros pontos que mexeram foi a questão do ANASEM, que era... o teste de progresso pros estudantes de medicina. Então, ainda no governo Temer, eles pegaram uma medida provisória - que era de outro tema, que não tinha a ver com a lei 12.871 e fizeram um jabuti pra retirar aí o teste de progresso, a avaliação dos cursos de Medicina, na qual se propôs o Mais Médicos (Extrato de fala, E1).

Ao analisarem-se os editais para chamamentos de médicos lançados após o Golpe, identificou-se um lastro de tempo entre um edital e outro, já que, como tratado na seção anterior, os editais do PMMB eram lançados a cada três meses, o que sugere, de fato, uma descontinuidade e estabilização, sem reposição de vagas em tempo, com apenas três editais nos anos de 2016 e 2017, e apenas um edital de reposição de vagas em 2018. É importante destacar que o edital de 2018 foi lançado somente pelo rompimento da cooperação Brasil, OPAS e Cuba, o que levou à saída dos médicos cubanos de forma rápida e repentina, causando impacto político ao governo.

Quadro 10 – Editais PMMB entre 2016 e 2018

Edital	Assunto	Data
Edital SGTES/MS nº 19, de 10 nov. 2016 (13º ciclo)	Chamamento profissional	Nov. 2016
Edital SGTES/MS nº 03, de 19 abr. 2017 (14º ciclo)	Chamamento profissional	Abr. 2017
Edital nº 12, de 27 nov. 2017 (Adesão de médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil)	Chamamento profissional	Nov. 2017
Edital nº 18, de 19 nov. 2018 (Adesão de médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil)	Chamamento profissional	Nov. 2018

Fonte: Elaboração própria (2023), a partir de informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/editais-abertos-anteriores>. Acesso em: 10 nov. 2022.

Ao avaliar esse período, o Entrevistado 2 aponta que não houve uma mudança substancial no PMMB, mas sim uma estabilização do projeto, e que, apesar das tentativas de mudança, houve resistência no âmbito político, como também por parte da sociedade:

Ele estabilizou o programa, o programa... o projeto deixou de crescer e você teve uma pior na eficiência do programa, faltava médico e demorava muito tempo pra poder repor os médicos e tal, perdeu transparência. Mas você não teve uma queda tão brusca, né? Se foi reduzindo, foi... algumas áreas foram ficando desassistidas. O pico do programa foi em 2014 e 2015, né? 2015, na verdade; 2016 o programa já era menor. Ricardo Barros chegou querendo tirar

os cubanos, mas ele se deu conta de que iria seria uma cagada. Viu como é que os prefeitos, os parlamentares preferiam os médicos cubanos e os médicos brasileiros não ocupavam as vagas e etc. (Extrato de fala, E2).

É importante destacar que, apesar de ocasionado pelas falas do então candidato à presidência e posteriormente eleito Jair Bolsonaro, o rompimento da Cooperação Internacional Brasil, OPAS e Cuba aconteceu definitivamente no final das luzes do governo golpista de Temer, ocasionando a saída de em torno de 9.000 (nove mil) médicos na rede pública de saúde e reduzindo drasticamente o projeto, o que, em algumas áreas, não se conseguiu repor até os dias atuais.

Com a vitória de Bolsonaro nas eleições de 2018, afloraram-se no cenário brasileiro contornos conservadores que estavam velados na sociedade brasileira. Com seu discurso antipolítico, ele se apresentou como alternativa nova ao cenário brasileiro, com o jargão “Deus, pátria, família” e reativou posições neoconservadoras e retrógradas no âmbito da sociedade brasileira. Sua posição ideológica contra o PMMB foi decisiva para o rompimento da cooperação internacional.

Diante disso, na próxima seção, discorre-se acerca do contexto do PMMB após as eleições de 2018, de modo a indicar o impacto da vitória de Bolsonaro sobre o Projeto.

3.3 GOVERNO BOLSONARO E DIRETRIZES NEOLIBERAIS: CONTEXTO DO PMMB APÓS ELEIÇÕES 2018

Com a eleição de 2018 e a vitória do então candidato Jair Bolsonaro, representante da extrema-direita neoconservadora, o Brasil assumia institucionalmente uma agenda de aprofundamento das diretrizes neoliberais estabelecidas pelo capital financeiro e, em paralelo, direcionava as ações do governo a partir de concepções conservadoras de sociedade.

Ao se analisar o governo do então presidente Bolsonaro, é preciso ampliar o olhar sobre as diversas expressões que particularmente identificam as concepções e diretrizes estabelecidas por esse governo no cenário nacional, tendo em vista que foi fruto de uma agenda conservadora mundial, atrelada a diretrizes ultraliberaes impostas pelo capitalismo mundial.

No plano econômico, tendo como ministro da economia Paulo Guedes, o Brasil estabelecia uma agenda econômica perversa, tendo como principais agendas

privatizações, reformas no âmbito trabalhista, previdenciária, aprofundamento dos ajustes fiscais e desmonte das políticas sociais.

Seguidas as diretrizes do mercado financeiro, a agenda ultraliberal é justificada pelo governo como necessária, tendo em vista o aumento dos gastos públicos, o peso da estrutura do Estado brasileiro e o déficit da Previdência Social, indicados como responsáveis no processo de ampliação da Dívida Pública.

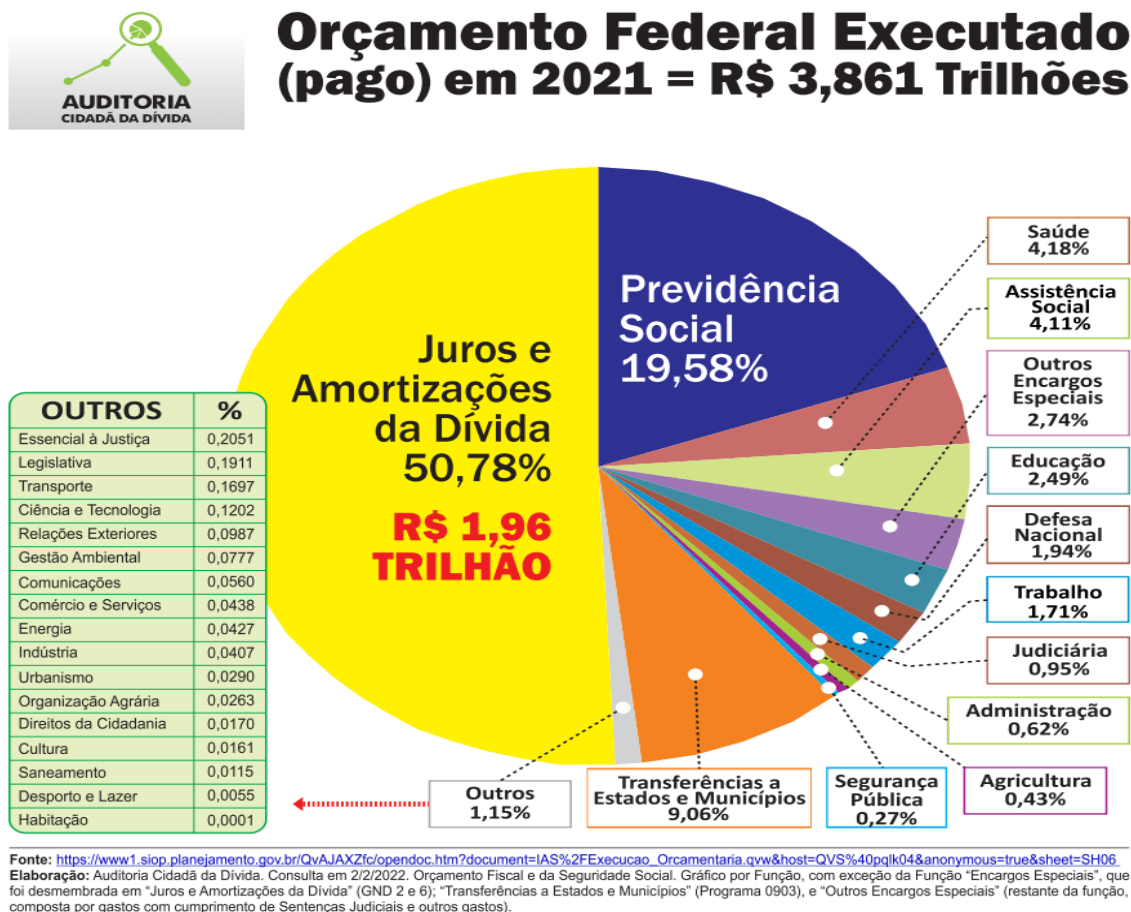
Entretanto, ao analisarem-se o crescimento da Dívida Pública, os estudos da Associação de Auditoria da Dívida Pública, mesmo em um cenário de pandemia do COVID-19, em 2020, e a implantação do “orçamento de guerra”, observa-se que a dívida é consequência direta das políticas estabelecidas no âmbito do Banco Central e, conseqüentemente, da necessidade de pagamento de juros da dívida aos bancos.

Segundo Fattorelli e Ávila (2022):

Em 2021, o governo federal gastou R \$1,96 trilhão com juros e amortizações da dívida pública, o que representa um aumento de 42% em relação ao valor gasto em 2020, que por sua vez já tinha sido 33% superior a 2019. Portanto, nos últimos dois anos, os gastos financeiros com a dívida federal quase dobraram. Apesar desses vultosos pagamentos, em 2021 a Dívida Pública Federal aumentou R\$ 708 bilhões, tendo crescido de R\$ 6,935 trilhões para R\$ 7,643 trilhões (FATTORELLI; ÁVILA, 2022, p. 1).

Na Figura 7, pode-se perceber que recursos do orçamento são conduzidos diretamente ao pagamento de juros e amortizações da Dívida Pública, e não diretamente relacionados com custos da Previdência ou gastos públicos em outros setores.

Figura 7 – Orçamento Federal Executado em 2021



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/categoria-conteudo/graficos/> Acesso em: 27 out. 2022.

Dessa forma, uma das primeiras medidas do governo foi encaminhar o Projeto de Emenda Constitucional n. 06/2019, da reforma previdenciária, que tinha como central o desmonte do modelo estabelecido de previdência solidária, com a desconstitucionalização dos direitos garantidos, dando condições para modificação, por “Lei complementar”, a qualquer tempo, das regras e dos direitos garantidos constitucionalmente, além da substituição da previdência atual para o regime de capitalização individual.

É preciso destacar que as mudanças estabelecidas no contexto da proposta apresentada pelo governo não buscaram modificar a aposentadoria, mas sim diversos direitos garantidos dentro da normatização da previdência social.

No que tange à Política da Assistência Social, os rebatimentos da ofensiva neoliberal se deram através dos ajustes fiscais implementados a partir do governo Temer,

tendo impactos diretos no programa Bolsa Família, no Benefício de Prestação Continuada e, principalmente, nos serviços estabelecidos no âmbito da Assistência.

No âmbito da Política de Saúde, além dos impactos provocados pela EC 95 nos recursos destinados ao SUS, pode-se observar uma tentativa sistemática de repasse do fundo público da saúde para o setor privado, como também de realizar um desmonte dos programas e projetos já desenvolvidos no âmbito do SUS.

No arcabouço de propostas apresentadas pelo governo que comprometem diretamente as estruturas constitucionalmente estabelecidas para o SUS, destacam-se a abertura da saúde ao capital estrangeiro, a proposta de criação de planos populares de saúde, as terceirizações e o reconhecimento da constitucionalidade das Organizações Sociais para gestão dos serviços (TEIXEIRA; PAIM, 2018).

Também podem ser observados cortes no orçamento dos programas e projetos desenvolvidos no âmbito do SUS, sendo os mais populares a Farmácia Popular, o Programa Mais Médicos e o Requalifica UBS (infraestrutura).

O aprofundamento da agenda ultraliberal e as privatizações do patrimônio público brasileiro são o “pote de ouro” para o capital financeiro, tendo sido previstos, dentro dos quatro anos de governo: a privatização de estatais estratégicas, como a Eletrobrás e os Correios; o fatiamento da Petrobrás; pacotes que incluem aeroportos e empresas menores; além do incentivo, a estados e municípios, à privatização de suas empresas como moeda de troca para acordos de dívidas desses entes junto ao governo federal.

É importante destacar que toda essa agenda econômica apresentada é atravessada diariamente por uma agenda conservadora, que tem como espectro concepções ideológicas que buscam, através de informações falsas, disseminar questões morais e de cunho religioso, pregando uma guerra ao comunismo.

As pautas conservadoras ganharam lastros nas teorias defendidas pelo filósofo Olavo de Carvalho, ganhando força dentro das ações do governo, como também dentro das bancadas temáticas no congresso nacional. Nesse sentido, observe-se que, ao longo do governo, as pautas conservadoras buscaram ir na contramão dos avanços sociais conquistados nos últimos anos, no que tange às questões de gênero, educação, relações exteriores, étnicas e raciais.

Em relação ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, antes mesmo de assumir o governo, Bolsonaro já havia provocado o rompimento da parceria Brasil, Cuba e OPAS,

e a perda de quase 9 mil médicos cubanos que desenvolviam suas atividades no âmbito do projeto desde 2013.

Figura 8 – Reportagem sobre rompimento de Cooperação Brasil e Cuba



The screenshot shows a news article from G1. The header includes the G1 logo, a menu icon, and the word 'MUNDO'. A search bar with the text 'BUSCAR' is on the right. The main headline is 'Cuba decide deixar programa Mais Médicos no Brasil e cita declarações 'ameaçadoras' de Bolsonaro'. Below the headline is a short summary: 'País manda profissionais para o Brasil desde o início do programa, em 2013, em meio a polêmica sobre diploma e salários. Na campanha, Bolsonaro disse que expulsaria médicos cubanos com base na prova Revalida. Nesta quarta, afirmou que 'ditadura cubana' demonstra 'irresponsabilidade' e explora seus cidadãos.' Below the summary, it says 'Por G1' and '14/11/2018 12h27 · Atualizado há 3 anos'. There are social media sharing icons for Facebook, Twitter, WhatsApp, Telegram, and LinkedIn.

Fonte: G1, 14 nov. 2018.

Figura 9 – Reportagem sobre saída de médicos cubanos



The screenshot shows a news article from G1. The header includes the G1 logo, a menu icon, and the word 'POLÍTICA'. A search bar with the text 'BUSCAR' is on the right. The main headline is 'Saída de Cuba do Mais Médicos afeta 28 milhões de pessoas, diz Confederação dos Municípios'. Below the headline is a short summary: 'Governo cubano atribuiu decisão a 'declarações ameaçadoras e depreciativas' de Bolsonaro. Em nota, CMN disse acreditar que governo de transição encontrará solução para manter programa.' Below the summary, it says 'Por Filipe Matoso, G1 — Brasília' and '15/11/2018 16h29 · Atualizado há 3 anos'. There are social media sharing icons for Facebook, Twitter, WhatsApp, Telegram, and LinkedIn.

Fonte: MATOSO, 15 nov. 2018.

Naquele momento, a repercussão da saída dos profissionais cubanos foi bastante grande, tendo em vista o impacto que essa poderia acarretar o acesso à saúde por parte da população, já que muitos municípios ficaram sem profissionais.

Esse rompimento se deu após declarações ideológicas preconceituosas do então candidato à presidência Bolsonaro contra os médicos cubanos durante as eleições de 2018, como também após a sua vitória. Bolsonaro, enquanto candidato e mesmo após assumir o cargo no pleito de 2019, levantava desconfiança sobre a capacidade dos

médicos cubanos, por questões ideológicas, quando qualificava os profissionais como “guerrilheiros”, conforme destacado em fala à imprensa em 2019:

Se os cubanos fossem tão bons assim teriam salvado a vida do Hugo Chávez, mas não deu certo (...). Se fossem tão bons assim, Dilma e Lula teriam aqui no Planalto cubanos e não brasileiros (G1, 2018).

Em face a essas declarações de Bolsonaro, o governo cubano resolveu romper com a parceria, apresentando as seguintes questões, de acordo com a Declaração do Ministério de Saúde Pública de Cuba:

O presidente eleito do Brasil, Jair Bolsonaro, com referências diretas, depreciativas e ameaçadoras à presença de nossos médicos, disse e reiterou que modificará os termos e condições do Programa Mais Médicos, desrespeitando a Organização Pan-Americana da Saúde e o que está [acordado] com Cuba, ao questionar o preparo de nossos médicos e condicionar sua permanência no programa à revalidação do título e como única forma de se contratá-los a forma individual. As mudanças anunciadas impõem condições inaceitáveis e violam as garantias acordadas desde o início do programa, que foram ratificadas em 2016 com a renegociação da cooperação entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil e o Convênio de Cooperação entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde Pública de Cuba. Essas condições inadmissíveis impossibilitam a manutenção da presença de profissionais cubanos no Programa. Portanto, diante desta triste realidade, o Ministério da Saúde Pública de Cuba tomou a decisão de não continuar participando do programa Mais Médicos e o comunicou à diretora da Organização Pan-Americana da Saúde e aos líderes políticos brasileiros que fundaram e defenderam essa iniciativa [...]. O povo brasileiro, que fez do Programa Mais Médicos uma conquista social, que contou desde o início com os médicos cubanos, aprecia suas virtudes e aprecia o respeito, sensibilidade e profissionalismo com que o atenderam, poderá entender sobre quem recai a responsabilidade que nossos médicos não podem continuar fornecendo sua contribuição solidária nesse país (G1, 2018).

Diante desse cenário, logo no início do mandato em 2019, o governo Bolsonaro apresentou a proposta de um novo programa de provimento médico, para substituir o Programa Mais Médicos pelo Programa Médicos pelo Brasil, e, com discurso de melhorias, pregava a ampliação de profissionais em locais mais vulneráveis, a carreira de Estado para profissionais médicos e a criação de uma Agência Nacional de Atenção Primária em Saúde.

O governo apresentou uma proposta de reformulação do Programa Mais Médicos com o discurso de torná-lo “mais técnico e menos político”. O ministro da Saúde afirmou que planeja enviar, ainda no primeiro semestre, ao Congresso Nacional, um projeto de lei para reestruturar o programa. O que de

fato aconteceu foi o desmonte do mesmo com a saída dos médicos cubanos e os médicos brasileiros não estão conseguindo permanecer no Programa (BRAVO, 2018, p. 201).

Dessa forma, através do Decreto n. 10.283, em março de 2020, foi instituída a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que tem como finalidade realizar os procedimentos necessários para o provimento de médicos para a Atenção Primária, tendo a responsabilidade de realizar a gestão do Programa Médicos pelo Brasil.

A ADAPS se constituirá como serviço social autônomo (SSA), uma figura jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Embora encarregada do desenvolvimento da política nacional de saúde, não será órgão governamental da administração direta, nem se constituirá em uma agência, similar às agências reguladoras como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A opção por SSA, segundo Miranda 3, representaria um “agenciamento empresarial”, dada a possibilidade de captação de recursos financeiros para além do provimento estatal. O modelo de gestão SSA seria paraestatal, órgão auxiliar na execução de função pública. Vale ressaltar que, não sendo uma modalidade de Administração Indireta, os SSA não estão submetidos à observância das regras da administração pública (GIOVANELLA *et al.*, 2019, p. 2).

É importante destacar que a criação da ADAPS veio seguida de muito debate dentro do campo da saúde, apresentando-se como sendo um processo de privatização da Saúde e/ou repasse das funções do Estado.

Esse movimento político se insere na esteira das políticas de reforma do Estado, em perspectiva da utopia liberal, em que um ponto central é a transferência da provisão de serviços sociais ao setor privado. Os argumentos para as novas modalidades de gestão no setor público seriam o alcance de maior flexibilidade, autonomia e agilidade na gestão e ampliação das parcerias entre Estado, mercado e sociedade civil (GIOVANELLA *et al.*, 2019, p. 2).

O Programa Médicos pelo Brasil (PMMpB) foi instituído pela Lei Federal n. 13.958, de 18 de dezembro de 2019, e tem como finalidade garantir o provimento médico em áreas vulneráveis e de difícil fixação. Pelos critérios estabelecidos, as vagas teriam maior concentração nas regiões norte e nordeste. Entretanto, diferentemente do anunciado no início da gestão do governo Bolsonaro, de acordo com a legislação, os profissionais não tiveram uma carreira de Estado: primeiramente, iniciaram como bolsistas e, posteriormente, seriam contratados pela ADAPS, por Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), destoando inteiramente do que fora anunciado pelo governo. Mesmo com a

criação do PMMpB, ao longo dos dois primeiros anos da gestão Bolsonaro, o governo não conseguiu realizar nenhuma contratação, tendo seu primeiro edital em 2022.

Um ponto central para o desenvolvimento do pensamento é entender que o Programa Médicos pelo Brasil é apresentado como uma substituição somente do eixo provimento, ou seja, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, deixando de lado os outros eixos estabelecidos no Programa Mais Médicos. “A omissão sobre a graduação parece deixar claro que a reorientação da formação médica não faz parte da agenda governamental” (GIOVANELLA *et al.*, 2019, p. 3).

A partir das primeiras observações do processo de implantação, é flagrante que o processo de substituição do Projeto Mais Médicos para o Brasil pelo Programa Médicos pelo Brasil vem se dando de forma lenta e descontínua, não garantindo a substituição dos médicos, principalmente em municípios de difícil acesso do norte do País, coexistindo dentro da estrutura do SUS. É fato que a estrutura legal do PMMB não foi modificada, reafirmando-se, assim, sua solidez e a dificuldade de se mexer em uma política que vem dando resposta a uma parcela significativa da população.

As mudanças administrativas no organograma do Ministério da Saúde ao longo do governo Bolsonaro tiveram impacto direto na condução do PMMB, tendo em vista as mudanças constantes na coordenação do PMMB, a diminuição de corpo técnico para o desenvolvimento das ações, a fragilização das Comissões de Coordenação Estadual do PMMB (CCE), instâncias de governança nos estados. Essas questões serão tratadas no próximo capítulo, na seção sobre modelo de gestão e governança.

Com o advento da pandemia da COVID-19, capitaneado pelo então presidente Bolsonaro, o governo brasileiro lançou uma verdadeira cruzada negacionista quanto ao combate à pandemia, pregando uso de medicamentos não comprovados cientificamente, em detrimento à aquisição de vacinas para a população brasileira.

Não se pode discutir a pandemia sem analisar o processo em sua totalidade, tendo em vista que, no mundo, o avanço de políticas ultraliberais no que tange às questões que perpassam a relação do Estado e às políticas sociais expressa diretamente os resultados alarmantes de mortes por conta do COVID-19. Pois, assim como no Brasil, o descaso com a Política Pública de Saúde, os ajustes fiscais e a lógica do Estado mínimo impactaram diretamente no contexto do enfrentamento da pandemia.

O avanço das políticas neoliberais mostra, da pior forma possível, a sua ineficiência diante da pandemia mundial; no Brasil, os agravantes são extremos, pois a política bolsonarista divide a opinião pública entre o ataque à ciência e o mundo do trabalho, em que, ao ser minimizada por manifestações do presidente Jair Bolsonaro, milhões de trabalhadores estão sendo expostos nos seus locais de trabalho para a “economia não parar”, enquanto seus patrões estão seguros fazendo o isolamento social (SILVA, 2020, p. 4).

Diante da complexidade do contexto da pandemia, o governo Bolsonaro tratou com descaso o enfrentamento à COVID-19, estabelecendo diariamente uma guerra de narrativa negacionista, contrária às medidas apontadas como essenciais pela comunidade científica no trato à pandemia, em um discurso de que tais medidas prejudicariam a economia.

As falas do presidente direcionadas à sociedade brasileira representam o teor da “politicagem apequenada”, altamente conservadoras e letais que estão em curso, fundadas nos “[...]objetivos ultra restritos, marcada por relações sociais selvagens, predatórias, com fins patrimonialistas”. (FRIGOTTO, 2020, p. 20), evidenciando que não há resposta plausível frente a um modelo econômico que estabeleceu o cumprimento da agenda neoliberal da redução de custos originados pela Emenda Constitucional (EC) de nº 95/2016 que congelou os gastos públicos por 20 anos (SILVA, 2020, p. 9).

Também é importante destacar falas do presidente Bolsonaro, propagandas circuladas pelos meios de comunicação e pelas redes sociais, que representavam seu posicionamento frente à pandemia e às mortes agravadas principalmente pela falta de ação do governo, desnudando a incapacidade do presidente em ter empatia com o povo.

Para compreender a posição negacionista do presidente diante da pandemia, é fundamental também considerar outro traço forte em sua personalidade – o egocentrismo exacerbado – que se revela na fixação em um projeto pessoal e familiar de poder (CAMPOS, 2020, p. 3).

Quadro 11 – Falas de Jair Bolsonaro frente às mortes pelo COVID-19

Falas de Bolsonaro
“Não vai ser uma gripezinha que vai me derrubar, tá o.k.?”
“Eu não sou cozeiro, tá certo?”
“E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre”

Fonte: Elaboração própria (2023).

Quanto à atuação do governo para conter o impacto da pandemia na economia, o governo Bolsonaro, a partir da pressão de setores da sociedade, como também da oposição no Congresso, estabeleceu algumas ações para diminuir o processo de empobrecimento da população devido ao aumento do desemprego e à dificuldade dos setores de serviços e de produção. Entre as medidas realizadas, destaca-se o auxílio emergencial, que em primeira ordem seria de R\$ 200,00 (duzentos reais), porém, o congresso aprovou a lei com auxílio principal no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais), tendo uma diferença de acordo com a composição das famílias. Outras medidas que se deram no âmbito da economia remetem a ações de flexibilização das jornadas de trabalho e financiamento para empréstimos aos setores produtivos, para apoio aos impactos da pandemia.

No que tange às ações no âmbito da política de saúde, houve inúmeras divergências no processo de organização do SUS para o enfrentamento à COVID-19, o que levou ao embate entre o então ministro da saúde, Manetta, e o presidente Bolsonaro, acarretando a saída do ministro e trocas sucessivas no comando da pasta.

Desde meados de março, tornava-se mais visível a contraposição entre Manetta e Bolsonaro. Também governadores de estados importantes, como Rio de Janeiro e São Paulo, defendiam posições próximas às de Manetta, o que fortaleceu a impressão de que a política sustentada por eles era antagônica à proposta por Bolsonaro. Nosso entendimento, no entanto, é que não há antagonismo entre ambas as posições, na medida em que nenhum deles orientava-se pela perspectiva de atingir uma contenção efetiva. Nesse confronto, os críticos de Bolsonaro limitavam sua proposta ao estabelecimento de medidas de mitigação, que fossem suficientes para administrar a pandemia dentro dos limites da capacidade de atendimento do sistema de saúde (CALIL, 2021, p. 43).

As constantes modificações no âmbito do Ministério da Saúde demonstraram explicitamente a interferência da cúpula do governo nas ações do ministério, produzindo informações falsas sobre vacina e imunidade de rebanho, como também sobre a responsabilidade do governo federal frente ao COVID-19.

Entretanto, dissimulando essa faceta obscura, Bolsonaro tem utilizado um argumento público, supostamente racional, que o justificaria perante a nação ao mesmo tempo em que nos convenceria da necessidade de nos submetermos à fúria da Covid-19. Trata-se da ideia da ‘imunização de rebanho’, a ‘teoria’ de pé-quebrado sobre a qual se assenta seu discurso encobridor, além das mentiras, sem qualquer confirmação empírica (CAMPOS, 2020, p. 3).

No que diz respeito à vacina, observou-se um verdadeiro descalabro, onde se vivenciavam notícias de corrupção na compra de vacinas, que foram discutidas e analisadas por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), como também de atraso na compra de vacinas, o que tardou literalmente a possibilidade de início da vacinação ainda no ano de 2021. Destaca-se também a posição ideológica contrária à vacina produzida pelo Instituto Butantan em conjunto com empresa chinesa, o que dificultou a compra de vacina antecipada.

Quanto ao PMMB, o governo se viu obrigado, por conta do COVID-19, a lançar edital para reposição de médicos, após intervalo de quase um ano. Isso se deu especialmente pela pressão dos municípios e da sociedade, que se viam, naquele momento, sem assistência médica. Apesar do edital emergencial do PMMB, o governo federal não realizou nenhum movimento para potencializar a atuação desses médicos no enfrentamento ao COVID-19, cabendo aos municípios, a partir do regramento do projeto, como também dos editais, a organização da rede de atendimento no âmbito da Atenção Primária.

Quadro 12 – Editais de reposição

Editais
Edital nº 5, de 11 mar. 2020
Edital nº 9, de 26 mar. 2020 (20º Ciclo)

Fonte: Elaboração própria (2023), a partir de informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/editais-abertos-anteriores>. Acesso em: 01 mar. 2023.

Apesar do lançamento dos editais, o período de permanência dos profissionais para esses ciclos foi de apenas um ano, gerando assim desassistência após o término desse período. Foram necessários movimentos dos gestores e até a judicialização de alguns casos para que o governo pudesse prorrogar a atuação dos médicos.

Percebe-se, mediante todas as questões apresentadas, que a gestão de enfrentamento ao COVID-19 pelo governo Bolsonaro foi negligente e demonstrou a incompetência de algumas autoridades em lidar com a situação, transformando o Brasil em um dos países em que mais morreram pessoas por conta do COVID-19, sendo quase 700 mil mortos confirmados até final da sua gestão (FIOCRUZ/MONITORACOVID-19).

Ao avaliarem-se as práticas do presidente Bolsonaro frente ao COVID-19, não se podem desarticular as perspectivas explícitas de sua totalidade, ou seja, expressas na lógica ultraliberal implementada pelo governo Bolsonaro e materializadas na maneira como o Estado brasileiro foi desestruturado, na flexibilização das leis ambientais e de armamento, o que provocou impacto direto na floresta amazônica, como também nos povos originários, além do desmantelamento das Políticas Sociais, tendo impacto direto em segmentos das populações de trabalhadores, pessoas pretas, pobres e mulheres, ampliando-se, assim, as condições de subalternidade, pobreza e fome.

Representando a extrema direita e os interesses do mercado financeiro, o então presidente Bolsonaro se colocou na disputa das eleições presidenciais de 2022 em enfrentamento a instituições do Estado Democrático de Direito, principalmente ao Supremo Tribunal Eleitoral, colocando as eleições em suspenso, na tentativa de produzir uma ruptura constitucional, tendo em vista sua derrota nas urnas.

Mediante a derrota de Bolsonaro para Lula no pleito de 2022, apontou-se um novo no horizonte, o retorno à civilidade democrática, e, com isso, a esperança de reconstrução e fortalecimento de políticas públicas centrais para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e a diminuição do abismo social que se passou a viver.

Dessa forma, na próxima seção discorreremos sobre as primeiras medidas do novo governo Lula, e principalmente quando os aspectos envolvendo o Projeto Mais Médicos, tendo em vista que foi apontado como bandeira de campanha no processo eleitoral.

3.4 GOVERNO LULA: PERSPECTIVAS PARA O PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Após quatro anos de governo Bolsonaro, a vitória de Lula nas eleições de 2022 retoma, no âmbito da sociedade, uma esperança (creio eu) só vista no processo de redemocratização Brasil, considerando-se o cenário político brasileiro e a necessidade de se reconstruir lastros essenciais de uma Democracia. Para tanto, é importante destacar alguns desafios postos no novo governo devido ao cenário econômico, à relação com o mercado financeiro, mediante as agendas do governo e a reformulação de políticas públicas. Nesse sentido, discorre-se, nesta seção, sobre as primeiras ações do governo em

seus três primeiros meses de mandato, e discute-se sobre quais as perspectivas para o PMMB nesse novo governo.

Nas primeiras ações do governo Lula, pode-se destacar toda a articulação e o direcionamento do governo de transição para garantir o orçamento necessário para o desenvolvimento das ações programadas no plano de governo. Nesse sentido, buscou-se a aprovação da “PEC de transição” (Proposta de Emenda Constitucional 32/22), que garantiu ao novo governo condições para retomar medidas importantes logo no início de 2023. Dessa forma, o Quadro 13 elenca algumas medidas tomadas pelo governo Lula nos três primeiros meses do seu terceiro mandato.

Quadro 13 – Ações do governo Lula nos três primeiros meses de governo

Ações
Recriou do Programa Minha Casa, Minha Vida.
Garantiu o pagamento de R\$ 600 para cerca de 21 milhões de famílias beneficiárias do Bolsa Família. Em março, começa a transferência dos R\$ 150 extras para cada criança com menos de 6 anos.
Reinstalou o Consea (Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional).
Restabeleceu ações do governo quanto questões ambientais e do clima: Renovação política externa climática brasileira, Combate ao Desmatamento, com a criação da Comissão Interministerial Permanente de Prevenção e Controle do Desmatamento e restabelece o PPCDAm (Plano de Ação para a Prevenção e Controle do Desmatamento na Amazônia Legal), reformulação do Conama (Conselho Nacional do Meio Ambiente), revogação de medidas que incentivava o garimpo ilegal, (chamado de “mineração artesanal) na Amazônia, em terras indígenas e em áreas de proteção ambiental.
No âmbito do Ministério da Saúde retomou agendas importantes para o SUS, entre elas: Movimento pela Vacinação, fortalecendo assim o Programa Nacional de Imunização (PNI); retomou editais do Projeto Mais Médicos; revogou portarias assinadas pela gestão passada, que dificultam a população ao acesso à saúde.
Instituiu o Comitê de Coordenação Nacional para enfrentamento à Desassistência Sanitária no território indígena Yanomami. No mesmo dia, por meio da PORTARIA GM/MS N° 28, o Ministério da Saúde declarou emergência em Saúde Pública.

Fonte: Elaboração própria (2023), a partir de informações disponibilizadas pelo Planalto. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br>. Acesso em: 02 mar. 2023.

A partir do quadro apresentado, pode-se observar que o governo Lula vem, nesses poucos dias de gestão, buscando resgatar políticas públicas importantes para população brasileira (que foram, em certa medida, acabadas e/ou desestruturadas pelo governo Bolsonaro), recompondo orçamento, quadro de profissionais e diálogo com a sociedade civil.

No âmbito da Política de Saúde, particularmente no Projeto Mais Médicos para o Brasil, algumas medidas já foram tomadas nos primeiros dias de governo, tendo em vista que o Programa Mais Médicos já aparecia nas Diretrizes para o Programa da chapa “Coligação Brasil da Esperança”, encabeçadas pelo então presidente Lula e por seu vice.

Nos governos Lula e Dilma, a saúde foi tratada como uma política pública central, como um direito de todos os brasileiros e brasileiras e como um investimento estratégico para um Brasil soberano. Reafirmamos o nosso compromisso com o fortalecimento do SUS público e universal, o aprimoramento da sua gestão, a valorização e formação de profissionais de saúde, a retomada de políticas como o **Mais Médicos** e o Farmácia Popular, bem como a reconstrução e fomento ao Complexo Econômico e Industrial da Saúde (Diretrizes do Programa Reconstrução do Brasil (2023-2026), 2022, p. 9).

Uma das primeiras medidas a serem tomadas pelo novo governo em relação ao PMMB foi a retomada de dois editais de chamamento de médicos que foram lançados pelo governo anterior e estavam suspensos por falta de recursos.

Quadro 14 – Editais PMMB/2022 retomados no governo Lula

Editais	Assunto	Data
Edital Saps/MS nº 12, de 25 jul. 2022 (26º Ciclo).	Chamamento Profissional	Jul. 2022
Edital Saps/MS nº 15, de 25 out. 2022 (27º Ciclo).	Chamamento Profissional	Out. 2022

Fonte: Elaboração própria (2023), a partir de informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/editais-abertos-anteriores>. Acesso em: 05 mar. 2023.

É importante destacar que a suspensão dos editais supracitados provocou desassistência nos municípios com vagas do programa em aberto. De modo particular, o Edital Saps/MS n. 12, de 25 de julho de 2022, estava destinado especificamente aos Distritos de Saúde Indígenas de todo Brasil, e, se esse edital tivesse seguido seu trâmite normalmente, o impacto da desassistência ao território Yanomami, poderia ter sido menor.

Na perspectiva da gestão, o PMMB retoma sua importância no âmbito do Ministério da Saúde, tendo vista o Decreto n. 11.358, de 1º de Janeiro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e novo organograma do Ministério da Saúde. Dessa forma, os programas de provimentos de profissionais passam a ser de competência direta do

Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária, ligado à Secretaria de Atenção Primária em Saúde.

Art. 24. Ao Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária compete:

- I - coordenar a incorporação de instrumentos para a organização gerencial e operacional da atenção primária, conforme a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde;
- II - planejar, coordenar, monitorar e avaliar o provimento de profissionais da área de saúde no âmbito da atenção primária do SUS;
- III - planejar, coordenar, monitorar e avaliar a celebração de contratos, termos de cooperação e instrumentos congêneres com as instituições envolvidas na execução das ações da Secretaria de Atenção Primária a Saúde;
- IV - realizar a gestão de informações estratégicas ao desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde nas localidades com dificuldade de provimento médico e alta vulnerabilidade, a partir da coleta, processamento, tratamento, monitoramento e avaliação de dados primários e secundários disponibilizados por instrumentos de registro, sistemas de informação em saúde e outras bases de dados estratégicos às finalidades da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde;
- V - propor estratégias de formação e supervisão para os profissionais de saúde participantes dos programas de provimento;
- VI - prestar cooperação técnica aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção básica em saúde;
- VII - desenvolver e implementar programas e estratégias que promovam melhorias na ambiência e na estrutura física das Unidades Básicas de Saúde e dos demais serviços que integrem a atenção primária à saúde nos diversos territórios do País; e
- VIII - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal quanto às políticas de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2023, s/p).

Na 2ª reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que se constituiu como espaço permanente de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos âmbitos nacionais, estaduais e regionais no SUS, um dos pontos de pauta foi o *status* dos editais do Programa Mais Médicos. Na reunião, o Ministério da Saúde apresentou a configuração principalmente do eixo provimento emergencial e do cenário atual no Projeto Mais Médicos para o Brasil, apontando algumas medidas a serem tomadas a curto prazo, destacadas como sendo “Novo modelo de edital: Propostas com chamadas conforme previsão em lei, com criação de banco de profissionais e redução do tempo para chamamento” (Apresentação Ministério da Saúde, CIT, 2023).

Quadro 15 – Propostas apresentadas na 2º Reunião de CIT/2023

Propostas
Cadastro permanente com Ciclos de 120 dias com editais a cada 90

Preenchimento de vagas ociosas

Edital único com a regra da lei: 1 - brasileiros; 2 - brasileiros formados no exterior; 3 – estrangeiros
--

Fonte: Elaboração própria (2023), a partir de informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/fevereiro/apresentacao-status-dos-editais-do-programa-mais-medicos/view>. Acesso em: 02 mar. 2023.

Diante dos pontos apresentados na reunião da 2ª CIT em 2023, busca-se garantir a ocupação das vagas em aberto dos programas de provimento, dando prioridade ao PMMB. Isso se dá na medida que, no momento atual, existem mais de 4.000 (quatro mil) vagas em aberto, ou seja, em equipes funcionando sem profissional médico. As propostas apresentadas também têm o intuito de resolver a descontinuidade na reposição dos médicos que saem do programa, restabelecendo editais periódicos, um cadastro de reserva, para que a substituição não dependa apenas do edital, e a garantia de chamamentos de todos os perfis de profissionais, seguindo o que normatiza a legislação do PMMB.

Figura 10 – Provimento no Brasil

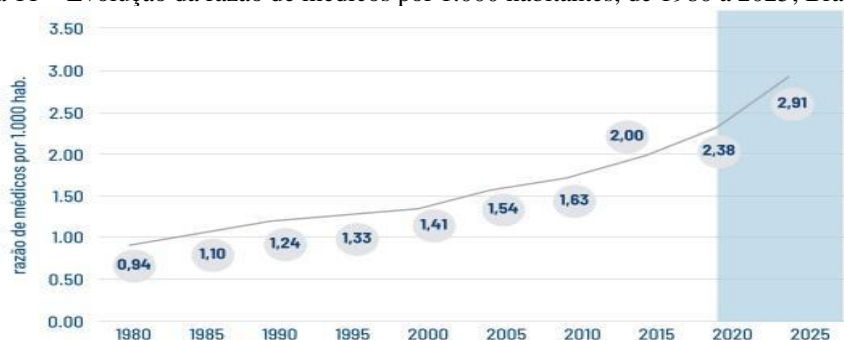


Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/fevereiro/apresentacao-status-dos-editais-do-programa-mais-medicos/view>. Acesso em: 02 mar. 2023.

Apesar das primeiras medidas adotadas nesse início de governo Lula para a retomada do Projeto Mais Médicos para o Brasil, na perspectiva de garantir a reposição das vagas desocupadas nos municípios, ainda não se tem um direcionamento concreto sobre as questões que perpassam a discussão mais ampla do provimento de profissionais para o SUS, tendo em vista que, nesses quase 10 anos de PMMB, novos desafios estão postos no âmbito da gestão do SUS.

É importante destacar que o Brasil teve uma ampliação considerável de profissionais médicos nos últimos anos, melhorando, assim, a razão de médicos por 1.000 habitantes, como demonstrado na pesquisa Democracia Médica no Brasil 2023, saindo de 1,60 médicos por 1.000 habitantes para 2,60 em 2023, passando de 310,8 mil médicos para 562,2 mil médicos (SCHEFFER *et al.*, 2023, p. 35).

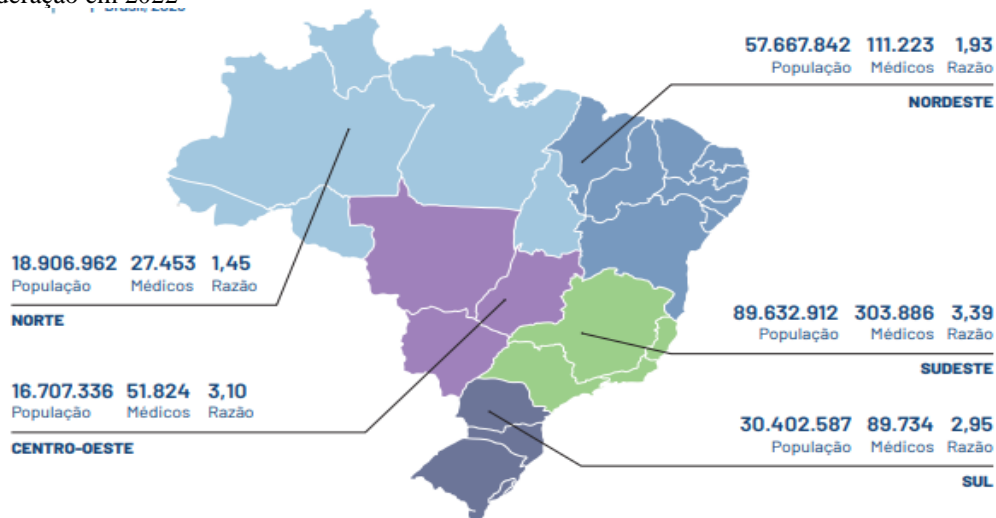
Figura 11 – Evolução da razão de médicos por 1.000 habitantes, de 1980 a 2025; Brasil, 2023

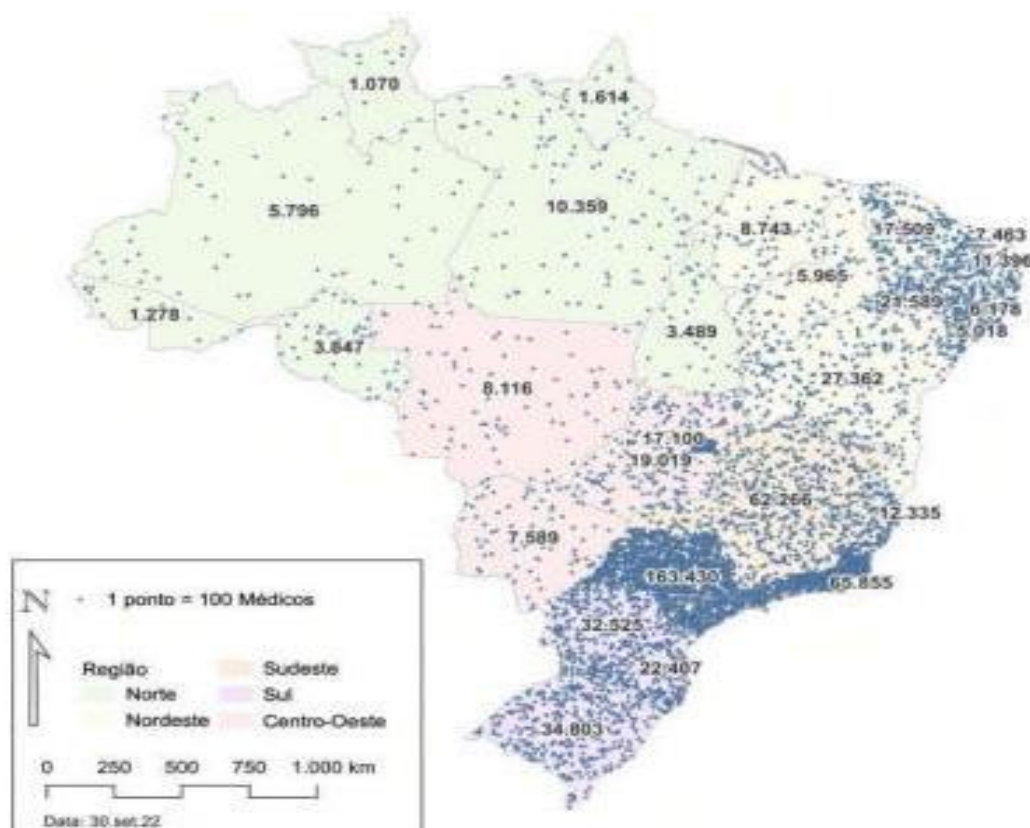


Fonte: Scheffer *et al.* (2023, p. 38).

Portanto, apesar da ampliação do número de médicos no Brasil, ainda se vivencia uma concentração de profissionais nos grandes centros, e nas regiões Sudeste e Sul, como apresentado pela pesquisa da Democracia Médica no Brasil (2023) na Figura 12:

Figura 12 – Médicos e razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo grandes regiões e Unidades da Federação em 2022





Fonte: Scheffer *et al.* (2023, p. 40).

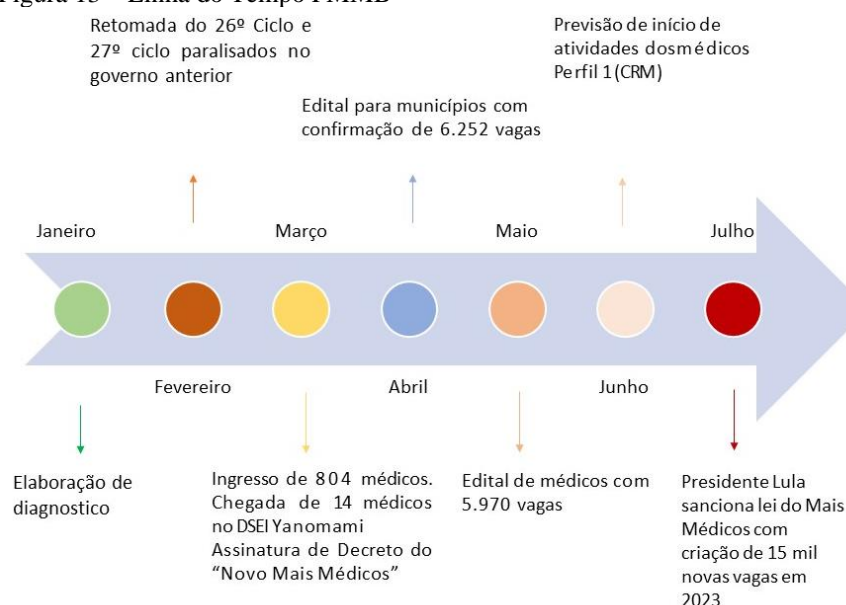
Seguindo as ações no âmbito do provimento de profissionais, em 20 de março de 2023, o governo lança a Medida Provisória nº 1.165, que institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos. Em 14 de agosto do mesmo ano, o Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, converte a medida provisória e sanciona a Lei nº 14.621, que institui de fato a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos, alterando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, a Lei nº 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e a Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS).

Com “a nova lei do Programa Mais Médicos”, no que tange ao eixo provimento no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, o governo amplia 15 mil novas vagas do Programa, buscando atingir 28 mil médicos da Atenção Primária em Saúde. A nova

lei também amplia os incentivos aos profissionais médicos em busca de fixação e atração para o desenvolvimento de suas atividades no âmbito do PMMB, como no abatimento, em caráter de indenização, da dívida do Financiamento Estudantil (FIES) e na ampliação das trilhas formativas, trazendo-lhes a possibilidade de cursarem mestrados e doutorados profissionais. No âmbito do Programa, foram lançadas vagas específicas para programas estratégicos, como Consultório de Rua, Saúde Prisional e Distritos Sanitários Indígenas, além da reposição imediata das vagas em aberto no PMMB e da recontração dos profissionais que já atuam no Programa, na perspectiva de evitar desassistência e vacância, ampliando, assim, o tempo do profissional no território.

Diante dessas ações, a linha do tempo a seguir demonstra as principais ações do Governo Lula no âmbito do PMMB, em seus sete primeiros meses:

Figura 13 – Linha do Tempo PMMB



Fonte: Elaboração própria (2023).

Diante do que foi apresentado, quando a retomada das ações no âmbito do PMMB, é preciso estar atento aos novos caminhos que serão adotados pelo atual governo Lula, frente ao Provimento de Profissionais para o SUS, tendo em vista a necessidade de ampliação do acesso e, por conseguinte, a universalização da saúde. É importante destacar que o Brasil vive hoje um outro momento histórico e que as correlações de forças são outras, no âmbito da sociedade civil e dentro do próprio Estado, e que este pode ser um

ponto importante para a construção ou não de um novo arranjo do PMMB, ou para a elaboração de uma Política de Provimento Profissional para o SUS.

4 PROJETO MAIS MÉDICOS PELO BRASIL: DESAFIOS E LIMITES PARA SUA CONSOLIDAÇÃO ENQUANTO POLÍTICA DE ESTADO

Considerando-se o contexto de implantação e implementação do Projeto Mais Médicos, além da relação entre Estado e Sociedade Civil, coloca-se como central a necessidade de se compreender quais são os arranjos institucionais e como se dá a gestão do PMMB, sua organização, de acordo com suas especificidades. Dessa forma, neste capítulo da tese, dividido em duas seções, trata-se a respeito da gestão do projeto, como também da implicação do PMMB para o Sistema Único de Saúde.

4.1 GESTÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL E NOVOS ARRANJOS INSTITUCIONAIS

A complexidade do PMMB e as diferentes necessidades para a sua implementação no processo de gestão perpassam vários ministérios no âmbito federal, como também arranjos interfederativos, tendo os estados e municípios responsabilidades de acordo com suas competências.

Para a realização das análises da gestão do PMMB, adotaram-se quatro dimensões a respeito dos arranjos institucionais de gestão do Projeto, destacadas por Lotta *et al.* (2016). Observe-se o Quadro 16:

Quadro 16 – Dimensões para análise de modelo de gestão

Intersetorialidade ou articulação horizontal	Coordenação vertical ou federativa	Dimensão territorial	Participação de atores sociais
Compreende a coordenação entre diversos setores públicos na construção de soluções que venham a superar problemas existentes na realidade. Articula conhecimentos necessários para a formulação, a implementação, o monitoramento ou a avaliação de políticas públicas, com o	Diz respeito à interação entre as políticas públicas e as relações federativas, o que envolve os governos federal, estaduais e municipais. A principal questão refere-se ao tipo de relação e às responsabilidades que esses entes federativos assumem no processo de formulação e execução das políticas públicas, com destaque	Analisa em que medida as políticas incorporam lógicas territoriais na sua concepção e implementação.	Participação de atores sociais nos processos decisórios, a qual busca compreender a inserção dos diversos atores sociais no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas

objetivo de dar respostas de conteúdo multidisciplinar a uma problemática comum às organizações públicas que é o excesso de especialização.	para a compreensão da coordenação entre atores dos três entes federativos na promoção de políticas públicas.		
---	--	--	--

Fonte: Lotta *et al.* (2016, p. 2.763); adaptado.

Diante desse quadro, é possível identificar que a dimensão intersectorialidade se estabelece no processo de implementação e implantação do PMMB, tendo em vista que, diante sua complexidade, se faz necessária a participação de vários ministérios na coordenação do projeto, tendo estes responsabilidades específicas e dando capacidade de resposta a inúmeras questões referentes a cada pasta.

É importante destacar que, apesar de não ter uma responsabilidade direta, a Casa Civil assumiu a articulação juntos a esses ministérios, em vista dos aspectos políticos que envolviam a implantação e implementação do projeto, sendo responsabilidades dos Ministérios, quanto ao PMMB:

Ministério da Saúde: coordenação geral [...]

Ministério da Educação: coordenação das ações necessárias à pactuação de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde e do Projeto Mais Médicos.

Ministério da Defesa: transporte e apoio nas áreas de fronteira. Ministério das Relações Exteriores: articulação com outros países para a vinda de profissionais e pela concessão de visto temporário aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro. .

Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência: questões trabalhista e previdenciária. (LOTTA *et al.*, 2016, p. 2.766).

Ao questionar-se o Entrevistado 2 sobre a atuação da Casa Civil no processo de implementação do PMMB, destacou-se o protagonismo e a importância que o espaço dava ao Projeto, sendo um aspecto importante para se observar no sentido das relações intersectoriais dentro do governo.

Quando era interministerial a Casa Civil chamava e os ministérios prestavam conta, então o Mais Médicos entrou com isso com bastante prioridade, como acontecia com o Brasil sem Miséria, como acontecia com o Minha Casa, Minha Vida... aconteceu a mesma coisa com o Mais Médicos. Então, o Mais Médicos, ele... ele, na verdade, ele usou, né, de institucionalidades, padrões de colegiado e de decisão, que já aconteciam nessas áreas, só que foram articulados. Então, é quase você pensar o seguinte, na medida em que eu sei

que pra políticas que são interministeriais, elas andarem, elas precisam estar à prioridade da Casa Civil e precisa ter um grupo de trabalho com tais e tais características, o ministro vai lá e propõe pra chefe da Casa Civil, propõe pra presidenta "óh, vamos criar o Mais Médicos". [...] Então, foi lá, se chamou a atenção e criou esse grupo de trabalho, que foi um grupo de trabalho que aconteceu ao longo do tempo (Extrato de fala, E2).

De acordo com a Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, destaca-se a execução, a partir de cooperação entre governo federal, estados e municípios, instituições de ensino, cooperações internacionais e o conjunto de instituições da administração direta ou indireta, instituindo uma coordenação com a participação de diversos atores, tendo as seguintes competências:

Art. 8º Compete à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil:

- I - coordenar, monitorar e avaliar as ações pertinentes ao Projeto;
- II - promover a permanente articulação entre os órgãos e entidades, públicas e privadas, instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais participantes das ações integrativas do Projeto;
- III - avaliar e aprovar as manifestações de interesse em aderir ao Projeto apresentadas pelos Municípios elegíveis;
- IV - recomendar e solicitar aos órgãos e entidades públicas, no âmbito de suas competências, a expedição de atos normativos essenciais ao disciplinamento e operação do Projeto;
- V - deliberar, nos termos desta Portaria, acerca da exclusão de entes federativos, órgãos, entidades, instituições e organismos e desligamento de médicos participantes do Projeto;
- [...]
- IX - definir, em conjunto com o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e as instituições públicas de educação superior brasileiras, o módulo de acolhimento e avaliação que será oferecido aos médicos intercambistas no âmbito do Projeto;
- XI - definir os Municípios em que os médicos participantes desenvolverão as atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do Projeto;
- [...]
- XIII - constituir Comissões Estaduais do Projeto Mais Médicos para o Brasil;
- [...] (BRASIL, 2013b, p. 8).

Ao observar-se o arranjo institucional do PMMB, é possível apontar a uma política que “incrementou um arranjo robusto de gestão” (LOTTA *et al.*, 2016, p. 2766) a partir da intersetorialidade entre os ministérios, tendo como proponente os Ministérios da Saúde e da Educação e, para tanto, um respaldo político da Casa Civil e da Presidência.

Tinha a dificuldade da complexidade do programa que era sediado no Ministério da Saúde, e tinha uma parceria fundamental e evidente com o Ministério da Educação, mas... ultrapassava muito mais do que isso, né? Tinha um monitoramento e uma coordenação muito presente da Casa Civil. Tinha a

participação do Ministério da Defesa, do Ministério das Relações Exteriores, do Ministério da Previdência, então... era uma série de atores que... claro, mobilizados pelo núcleo central do governo federal, né, mas que você precisava articular pra conseguir viabilizar as ações do programa. E a própria complexidade de um programa novo, né? (Extrato de fala, E3).

Dessa forma, ao se pensar no PMMB e nos processos sócio-históricos e políticos, observam-se vários desarranjos posteriores ao Golpe de 2016, acarretando dificuldade e descontinuidade na implementação do projeto. É fato que o processo de organização da Sociedade Civil, como também os direcionamentos ideológicos de um governo, impactam diretamente o desenvolvimento da política pública. Neste caso, o alinhamento de atores contrários ao PMMB, com os governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro, impactou e fragilizou o processo de implementação do PMMB, com descontinuidade no chamamento de médicos, diminuição de supervisores ligados a instituições de ensino, ruptura da cooperação internacional etc.

No campo de monitoramento e avaliação, Lotta *et al.* (2016) apontam que existe uma intersetorialidade restrita, haja vista que o processo está diretamente ligado ao Ministério da Saúde. No entanto, discordo dessa posição, pois, tendo em vista o processo como parte de uma relação intersetorial, esse componente pode ser realizado por instituições de ensino, a partir de pesquisas acadêmicas, fornecendo-se também um arcabouço de informações que contribuem com o desenvolvimento do projeto.

Analisando a experiência brasileira, vemos diferentes graus de materialização da intersetorialidade. Algumas experiências buscam materializá-la no processo de formulação das políticas públicas, considerando a integração de temas no planejamento; outras materializam-se em uma ação coordenada no processo de implementação; e há outras que realizam intersetorialidade apenas no processo de monitoramento conjunto de diferentes ações relacionadas a um mesmo tema, território ou população. A intersetorialidade é tanto mais efetiva quanto mais a integração for pensada desde o planejamento até o monitoramento das políticas públicas. Assim, experiências que consideram a intersetorialidade apenas como o processo de monitoramento conjunto de experiências diferentes têm poucas chances de avançar em termos de integração efetiva das políticas buscando resolução de problemas complexos (LOTA; FAVARETO, 2014, p. 54).

Dessa forma, diante da dimensão intersetorial no contexto do PMMB, além das correlações de forças nos âmbitos do Estado e da Sociedade Civil, as articulações intersetoriais só foram possíveis graças à centralidade de um núcleo político (no caso, da Casa Civil), como também de uma posição de governo, dando condições e

governabilidade para os diferentes atores envolvidos no desenvolvimento do PMMB, que foi fragilizada após o golpe de 2016 e desconfigurada no governo Bolsonaro.

Na dimensão da coordenação vertical ou federativa, ou seja, no campo das relações interfederativas, a Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013, estabelece as competências de cada ente federativo no processo de implementação do PMMB, que, segundo o Art. 5º, o Projeto Mais Médicos para o Brasil deve ser executado por meio de instrumentos de articulação interfederativa.

No âmbito federal, o PMMB é coordenado pelo Ministério da Saúde, cabendo também ao Ministério da Educação responsabilidades na perspectiva da gestão. O Ministério da Saúde tem como principais responsabilidades: a normatização do projeto de acordo com a legislação; a realização de acordos de cooperação com instituições para o desenvolvimento dos ciclos formativos; a elaboração de editais para adesão de municípios e profissionais, estabelecendo critérios para adesão; a realização do dimensionamento das vagas e seu monitoramento; a responsabilidade pelo processos administrativos por descumprimento das regras do programa, pagamento da bolsa formação ao profissional, estabelecer cronograma de execução dos editais.

É importante destacar que a coordenação do Projeto, no seu processo de implantação, e mais precisamente no governo Dilma, estava estruturada no Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde (DEPREPS), subordinado à Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde. Após o golpe de 2016 e as mudanças que ocorreram no governo de Bolsonaro, a coordenação do PMMB perdeu *status* de Departamento e se tornou uma subcoordenação da Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS), impactando diretamente o desenvolvimento das ações no território e a implementação o PMMB. No contexto atual, com o PMMB sendo central na plataforma de governo do presidente Lula, o programa passa a ser coordenado pelo Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária, através da Coordenação Geral de Provimento Profissional. Destaque-se, ainda, que a retomada do *status* de Departamento restabelece a centralidade do PMMB para o governo federal, como também abre espaço para a garantia dos recursos necessários para o desenvolvimento do PMMB.

Ressalte-se, aqui, um ator importante no processo de gestão do PMMB a nível de território, que, apesar de não estar normatizado na legislação do projeto, assume o papel

de Apoio Institucional como Referência Descentralizada do Ministério da Saúde (RD), tendo como responsabilidades o monitoramento das regras do programa, para o cumprimento do estabelecido legalmente; o apoio aos gestores municipais, supervisores, tutores e profissionais em questões relativas ao PMMB; a elaboração de relatórios; a visitação aos municípios e unidades de saúde; a representação do MS junto às instâncias do SUS em cada estado. Considerado um ator importante no território, entre 2013 e 2016, a equipe tinha quase 80 (oitenta) RD, divididos pelos estados de acordo com o tamanho, quantidade de profissionais, municípios com adesão ao programa e questões geográficas.

Diferentemente dos Apoios Institucionais de outros departamentos do MS, que apenas apoiavam nos estados e municípios, até 2016, as RD tinham governabilidade de realizar pactuação com prefeitos, secretários e médicos, e de intervir diretamente nas questões relativas ao PMMB no território, o que potencializava as ações do MS. Dessa forma, a gestão do PMMB realizada pelo MS vai além da centralidade em Brasília, e traz um arranjo diferenciado de acompanhamento a nível local do desenvolvimento do projeto, tendo em vista a aproximação do MS aos gestores locais.

Esse arranjo sofreu impacto direto das mudanças de governo após 2016, sendo, aos poucos, retiradas suas funções originais, diminuído o número de Referências nos estados, estabelecendo-se outras funções; hoje, caíram 32 (trinta e duas) Referências, fragilizando-se, assim, o acompanhamento. Entretanto, a partir da centralidade do PMMB no governo Lula, é possível que haja uma retomada desse ator como central no monitoramento a nível local.

No que diz respeito à atuação do Ministério da Educação e a suas responsabilidades quanto à gestão do PMMB, por meio do Decreto n. 8.066/2013, foi criada a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), que tem como responsabilidade coordenar o processo educacional do PMMB, sendo atribuições específicas do projeto:

- [...] II – supervisionar a capacitação de profissionais do PMMB e dos demais programas na área de saúde no âmbito da educação superior;
- [...] IV – coordenar a implantação, o monitoramento e a avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), no âmbito do PMM do Governo Federal, em conjunto com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a, s/p).

Diante das atribuições determinadas para o PMMB, o MEC se destaca como órgão responsável por estabelecer o processo de supervisão dos profissionais do projeto, a partir

da instauração de cooperação, mediante termo de adesão, com instituições públicas de educação superior brasileiras, escolas de saúde pública e outras entidades privadas, que, de acordo com o Art. 12. da Portaria n. 1.369, de 8 de julho de 2013, compete em:

- I - atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, no âmbito de sua competência, para execução do Projeto;
- II - monitorar e acompanhar as atividades executadas pelos médicos participantes, supervisores e tutores acadêmicos no âmbito do Projeto;
- III - coordenar o desenvolvimento acadêmico do Projeto;
- IV - indicar os tutores acadêmicos do Projeto;
- V - realizar a seleção dos supervisores do Projeto;
- VI - ofertar os módulos de acolhimento e avaliação aos médicos intercambistas;
- VII - ofertar curso de especialização e atividades de pesquisa, ensino e extensão aos médicos participantes, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço; e
- VIII - executar outras medidas necessárias para a execução do Projeto (BRASIL, 2013b, p. 5).

Considerando-se a complexidade de acompanhamento da gestão das atividades de supervisão junto às instituições de ensino, o MEC amplia sua equipe, assim como já ocorre no Ministério de Saúde, instituindo-se Apoio Institucional Descentralizado e atuando-se, dessa forma, junto às unidades supervisoras.

Em março de 2014, foi iniciada a estruturação de uma equipe de apoiadores estaduais do MEC para o PMMB, que tinham a responsabilidade central de mediar a relação entre as instituições que realizam a supervisão e tutoria aos médicos participantes e a gestão federal do PMMB. Esses apoiadores, cuja quantidade ampliou-se de quatro para quarenta pessoas em um intervalo de seis meses, possuíam formação e experiência na área da Saúde e tiveram seu processo de trabalho organizado fortemente à luz do referencial da Educação Popular e da Educação Permanente em Saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 6).

Ao adotar a estratégia de Apoio Institucional, o MEC inova o seu processo de gestão, incorporando uma ferramenta já utilizada no âmbito da gestão do SUS e aproximando-se da execução do PMMB no território, o que potencializa o processo de decisão a nível central.

Como aconteceu no Ministério da Saúde, após o golpe de 2016, houve um processo de desmonte das equipes, a partir da desestruturação da organização de gestão do PMMB, fragilizando-se, desde então, o acompanhamento e o monitoramento das ações realizadas pelas instituições de ensino, bem como das outras atribuições de gestão da pasta.

[..]as equipes do MEC quanto do MS sofreram expressivas mudanças que, inclusive, provocaram modificações substanciais no próprio programa. No MEC, os ajustes na gestão da DDES após o golpe parlamentar não ocorreram de imediato, mas foram paulatinamente acontecendo com desmonte dos processos e procedimentos de caráter de gestão pública e, quatro meses após a chegada da nova direção, instaurou-se um modelo “terceirizado” da gestão e também de clientelismo. O novo modelo de gestão reverberou positivamente junto com os colaboradores com perfil técnico-burocrático e sem vinculação ideológica com o próprio programa, aliado ao fato de que muitos ansiavam por projeções de cargos na equipe. Esse formato de gestão e de condução com a gestão pública, somado à vontade de terceirizar as responsabilidades da direção, foi um encontro memorável para os interesses pessoais dos envolvidos; porém, trouxe prejuízos para o PMMB (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 7).

Diante das atribuições da Coordenação do Projeto Mais Médicos pelo Brasil, a participação dos municípios e do Distrito Federal se dá pactuada a partir da assinatura de termo de adesão, em que constam as atribuições dos municípios e do Ministério da Saúde. Em relação às atribuições do MS, constam no termo: (i) realizar o processo de seleção dos profissionais e encaminhá-los aos municípios de acordo com as normativas; (ii) realizar pagamento das bolsas formação; (iii) garantir o auxílio para instalação daqueles profissionais que vão atuar fora do seu local de origem; e (iv) garantir passagens aéreas para o deslocamento do país de origem do médico para o Brasil.

Quanto às atribuições pactuadas de responsabilidade dos municípios, perpassam: (i) a realização da gestão do trabalho dos profissionais, acompanhando sua carga horária e cumprimento dos deveres; (ii) a organização do processo de trabalho da Atenção Primária, dando condições para que o profissional possa desenvolver as ações do escopo da AP; (iii) a realização do pagamento da contrapartida municipal no que se refere ao auxílio moradia e ao auxílio alimentação; e (iv) a garantia de condições estruturais para atuação do profissional.

Tendo em vista o processo de gestão do PMMB, os estados assumem como responsabilidade, de acordo com o Art. 9º da Portaria n. 1.369, de 8 de julho 2013:

- I- atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, no âmbito de sua competência, para execução do Projeto;
- II – compor as Comissões Estaduais do Projeto; e
- III - adotar as providências necessárias para a realização das ações do Projeto no seu âmbito de atuação (BRASIL, 2013b, s/p).

Na análise das competências dos estados, destaque-se que a cooperação entre os entes federativos acaba sendo diferenciada considerando-se que as relações locais têm condições políticas específicas, o que dá o caráter subjetivo ao apoio dos estados ao PMMB, apesar de suas responsabilidades apontadas nas normativas e pactuações.

Com a criação das Comissões de Coordenação Estadual (CCE), através da Portaria n. 2.921, de 8 de novembro de 2013, que dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil e institui incentivo financeiro de custeio para a manutenção e execução de suas atividades, o processo de gestão e acompanhamento do PMMB também se dá a nível estadual, sendo a CCE uma instância de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do Projeto no âmbito da respectiva Unidade da Federação. As Secretarias de Saúde dos estados são responsáveis pela composição da comissão e pela indicação de seu coordenador. Quanto à composição mínima, de acordo com a Portaria, trata-se de: (i) uma representação do Ministério da Saúde; (ii) uma representação da Secretaria Estadual de Saúde; (iii) um Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); e (iv) uma representação das instituições supervisoras do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Dessa forma, a CCE constitui-se um potente espaço para o apoio na gestão do PMMB, tendo em vista que busca estabelecer uma relação mais próxima como território, potencializando as discussões específicas de cada estado a partir de uma coordenação central no MS e em diálogo com os atores e instituições que atuam junto ao PMMB.

Mediante as questões apresentadas e analisadas na dimensão Coordenação vertical ou federativa, percebe-se que o processo de gestão é realizado a partir de atuações interfederativas com responsabilidades diversas, sendo o conjunto dessas ações de grande importância para garantir a gestão de um projeto tão complexo e amplo como o PMMB. Sendo assim, o arranjo interfederativo estruturado no processo de gestão do PMMB aponta para uma nova relação entre os entes federais, colocando o Governo Federal como responsável por problemas estruturais no âmbito do SUS, que dificultam o acesso e a universalização do direito à saúde.

Quanto às relações interfederativas, o Entrevistado 3 sinaliza que, apesar das questões que perpassam a competência de cada ente federativo, faz-se necessário ampliar esse debate, tendo em vista as realidades dos municípios:

Então, traz elementos pro debate interfederativo que algo que tava na responsabilidade dos municípios, mas que não conseguia ser resolvido pelos municípios, que é prover profissionais de nível superior, em especial médico, na atenção primária, na atenção básica... na medida que passa a ser enfrentado pelo governo federal, cria uma necessidade de se discutir isso no médio prazo, porque igual o município vai precisar desta ou de outra solução pra resolver isso (Extrato de fala, E3).

Tomando como parâmetro a definição da Dimensão Territorial, note-se que o PMMB incorpora, em seu processo de implantação e implementação, lógicas territoriais, tendo em vista o processo de dimensionamento e critérios para alocação dos médicos, considerando-se as diferenças geográficas, sociais e de acesso a serviços de saúde, e atendendo, assim, às especificidades de cada região, tendo como parâmetros de distribuição de médicos as áreas de maior vulnerabilidade social.

Por fim, no que se refere à Dimensão de Participação Social, percebe-se que esta não existiu e não se dá, desde seu processo de concepção, implantação e implementação, sendo restrita aos entes públicos das três esferas do governo, o que aponta para uma lacuna na condução do PMMB. Portanto, como já apontado na dimensão intersetorial, a participação de instituições de ensino e grupos de pesquisa no processo de análise e avaliação do PMMB se torna expressão da participação da sociedade civil no processo de discussão e direcionamento da Política Pública, o que podemos apontar como um grande lacuna do PMMB, tendo em vista que a participação social é uns dos principais princípios do SUS e grande relevância social e política.

4.2 IMPLICAÇÕES DO PMMB PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Considerando-se os debates em torno da garantia da saúde enquanto direito e dever do Estado e da Sociedade, a Atenção Primária em Saúde (APS) se apresenta como central para o desenvolvimento de uma saúde integral e na diminuição das desigualdades no cuidado à saúde, buscando, de forma ampla, o processo de universalização da saúde.

Defendida na conferência de Alma-Ata, em 1979, a APS é considerada a estratégia para se atingir o objetivo de garantir a “saúde para todos”, sendo necessário seu aprimoramento constante para o desenvolvimento de ações “eficazes e [sustentáveis] para combater os problemas de saúde existentes, prepará-los para novos desafios de saúde e melhorar a equidade” (OPAS/OMS, 2008, p. 2).

Dessa forma, a APS é estratégia base e determina o trabalho de todos os níveis dentro do sistema de saúde, organizando e racionalizando o uso de recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, a manutenção e a melhoria da saúde (STARFIELD, 2002).

Destaque-se que os termos “Atenção Primária em Saúde” e “Atenção Básica” são representados com conceitos similares, apresentando-se como primeiro nível de atenção ao cuidado à saúde, direcionado às necessidades de saúde da população.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (LAVRAS, 2011, p. 870).

Dentro das atribuições e ações da atenção básica na rede de atenção à saúde, algumas funções são centrais para o desenvolvimento para uma efetiva resposta na “atenção à saúde”, apresentando-se de forma descentralizada e capilarizada, sendo resolutiva e garantindo o atendimento integral à saúde, além da coordenação do cuidado e da ordenação da rede de saúde (PNAB, 2017).

Nesse sentido, a Atenção Primária em Saúde, dentro da complexidade do cuidado em saúde e de sua relação com os determinantes sociais, coloca-se como instrumento central na garantia do mínimo existencial do direito à saúde no Sistema Único de Saúde. Entretanto, esta por si só não é capaz de fornecer as condições necessárias a uma vida digna, sendo necessária a relação integral dos outros níveis de atenção para que se possa garantir o direito à saúde enquanto fundamental.

Diante dessas questões, segundo a PNAB (2017), a atenção básica necessariamente deve garantir a organização das redes e dos serviços a partir dos princípios de universalização, equidade e integralidade, reafirmando eixos estruturantes do SUS, sendo esses princípios inegociáveis na perspectiva da garantia do direito à saúde.

Nesse sentido, o Projeto Mais Médicos para o Brasil se destaca como uma das principais estratégias dos últimos anos para a ampliação do acesso à saúde e o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, tendo em vista o provimento “emergencial” de profissionais médicos, com integração ensino-serviço, para municípios, de acordo com critérios de equidade, vulnerabilidade social, e populações específicas. Conforme destaca a Portaria n. 1.369, de 8 de julho de 2013, no seu Art. 2º, o Projeto

Mais Médicos para o Brasil tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos específicos do Projeto são explicitados no Art. 3º da mesma Portaria:

Art. 3º O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem os seguintes objetivos específicos:

I - aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência no campo de prática durante o processo de formação;

II - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, aperfeiçoando o seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

III - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições públicas de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;

IV - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e

V - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e no funcionamento do SUS (BRASIL, 2013b, s/p).

Para tanto, com as questões latentes no âmbito Estado e Sociedade Civil, no que se refere ao cenário sócio-histórico e político brasileiro tratado no capítulo anterior e como consequência dos impactos do avanço das diretrizes ultraliberais no âmbito da Política de Saúde, as disputas das agendas políticas interferem diretamente no processo de organização do SUS, em seus serviços e em suas prioridades. Nesse sentido, reafirma-se, aqui, a importância de se avançar na análise política e de suas implicações na Política de Saúde.

Desse modo, é claro que o processo de implantação e implementação de uma política perpassa por disputas dentro e fora do estado, onde se afirma o conceito de Estado Ampliado, em Gramsci, conforme se destaca no extrato de fala do Entrevistado 1:

[...] esses diferentes interesses e visões que têm dentro do estado, né, e que vão dialogando pra ver o que vai ser possível se desenvolver a partir daí... e aí só ganha força mesmo. Uma política, uma iniciativa com Mais Médicos à medida que há um convencimento, há um entendimento maior dentro do governo da escassez e de que se for pra efetivar o direito à saúde, vamos enfrentar corporações, mesmo corporações com muito prestígio, com muito poder, né? Então, eu acho que isso é um marco, né, na discussão do direito à saúde, porque acreditava-se num modelo assistencial (Extrato de fala, E1).

Sendo assim, o entendimento das categorias Estado e Sociedade Civil à parte da perspectiva gramsciana possibilita uma melhor compreensão de como se dão às relações e a busca por uma hegemonia. “A questão central ao se tratar da hegemonia é o nexa entre

a capacidade de construção de uma visão de mundo e a realização da hegemonia” (SILVA, 2011, p. 15), portanto, apresenta-se como uma expressão de direção, na organização dos interesses em comum, buscando conquistar progressivamente uma unidade ideopolítica.

Com isso, após quase dez anos de Projeto Mais Médicos pelo Brasil, atravessados por graves problemas políticos, ruptura constitucional, disputas de projeto de sociedade e perspectivas ideológicas, faz-se necessário identificar e compreender as implicações do PMMB para o Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de se perceber quais caminhos devem ser traçados a partir do que está posto.

É inquestionável que o PMMB teve um impacto direto na garantia do direito à saúde no âmbito da Atenção Primária em Saúde, com o provimento de profissionais médicos a municípios e áreas de maior vulnerabilidade, ampliando-se, dessa forma, o acesso à saúde. Ao se questionar sobre os impactos do PMMB, destaca-se a rapidez para os primeiros resultados do PMMB. O Entrevistado 2 define que o impacto foi imediato, tendo em vista a quantidade de pessoas que o projeto alcançou:

Ele tem um impacto mais imediato, né, que aconteceu, que foi cobrir 63 milhões de pessoas que, ou não estavam cobertas, ou elas estavam parcialmente cobertas (Extrato de fala, E2).

Nesse sentido, aponto duas implicações centrais do PMMB para o SUS, que podem se estabelecer como parâmetro para o desenvolvimento de Políticas Públicas que garantam de fato a universalização da Saúde.

A primeira implicação se dá quando o Governo Federal assume como forma direta de financiamento da APS a gestão do provimento de profissionais médicos, garantindo a realização do pagamento destes diretamente pelo Ministério da Saúde, a seleção dos profissionais por editais e o processo de formação de especialistas para APS. tendo em vista a dificuldade de grande parte dos municípios vulneráveis em conseguir fixar profissionais para atuação na APS, além da desigualdade de concentração de profissionais nas regiões do país, cabendo ao municípios o cumprimento das obrigações presentes no termo de adesão, realizando a gestão do trabalho do profissional na unidade e o pagamento das contrapartidas.

Dessa maneira, a questão apresentada direciona à **possibilidade de novos modelos de financiamento interfederativo**, apontado para que de fato a Gestão Federal

do SUS assuma a responsabilidade de garantir o provimento de profissional para o SUS, conforme seja necessário, estabelecendo Carreira Federal para garantir o provimento não só de profissionais médicos, mas também de outras categorias i para a ampliação do acesso à saúde, principalmente em regiões e áreas de maior vulnerabilidade.

Para tanto, em relação a esse legado e à possibilidade de produção de algo diferente no âmbito do SUS, o Entrevistado 1 ressalta a então necessidade de se realizar constantemente o diálogo entre as diversas visões dentro do próprio Estado, para que a partir daí se possam contrapor os interesses corporativos, na perspectiva de garantir o direito à saúde.

É, você tem um contexto de escassez de trabalhadores, o que inviabiliza ampliar mais o acesso. Você tem um contexto de dificuldade de algumas iniciativas na área da gestão do trabalho e da educação, quando eles barravam interesses corporativos, né, então era muito comum os interesses corporativos acabarem dentro da disputa no estado, hegemonzando[...] Então, acho que é... esses diferentes interesses e visões que têm dentro do estado, né, e que vão dialogando pra ver o que vai ser possível se desenvolver a partir daí... e aí só ganha força mesmo. Uma política, uma iniciativa com Mais Médicos à medida que há um convencimento, há um entendimento maior dentro do governo da escassez e de que se for pra efetivar o direito à saúde, vamos enfrentar corporações, mesmo corporações com muito prestígio, com muito poder, né? Então, eu acho que isso é um marco, né, na discussão do direito à saúde, porque acreditava-se num modelo assistencial (Extrato de fala, E1).

Outra questão a ser discutida, e que interfere diretamente sobre o modo como serão conduzidas as relações interfederativas, é a necessidade de se qualificar e fortalecer as gestões municipais, tendo em vista as fragilidades encontradas no processo de gestão local, que se expressam no não acompanhamento da carga horária, na fragilidade na discussão sobre processos de trabalho das equipes, na utilização de provimento politicamente, na falta de estrutura física das equipes, que ainda em alguns locais acabam sendo um gargalo; para que se possa, por fim, garantir uma política de equidade, de acordo com as características regionais.

A segunda implicação no âmbito do SUS se refere ao **aspecto político do PMMB e seu arcabouço legal**, tendo em vista que se tem, hoje, um modelo de provimento que, mesmo com mudanças governamentais e tentativas de substituição, ainda é a estratégia que dá resposta mais rápida à falta de profissionais médicos, tendo a capacidade de integrar ao seu processo de seleção profissionais formados no Brasil, brasileiros formados e estrangeiros. Ao se analisar o processo sócio-político do país entre os anos de 2013 e

2022, bem como a desestruturação realizada no âmbito das Políticas Sociais e, em particular, a descontinuidade do PMMB e a implantação de um outro programa de provimento médicos, pode-se perceber que foi o PMMB que conseguiu, até o momento, atender as áreas mais vulneráveis.

Tendo em vista essa questão, o Entrevistado 2 aponta para a institucionalidade do PMMB, como legado, considerando-se sua implicação histórica na política pública.

Criou-se uma institucionalidade e criou uma... um exemplo histórico de política pública que na linha aí da análise política, ela fica ali na lata de lixo... a qualquer momento ela pode se pegar de volta, porque por mais que esse governo, por exemplo, tenha tentado desmontar, é o Mais Médicos que leva médicos nos lugares. Continua sendo a lei do Mais Médicos, não é? O Médicos para o Brasil agora... pelo Brasil agora que tá tentando ser implementado, agora que fez seleção. [...] é um instrumento de política pública que continua provendo médicos na atenção... pra falar só do provimento, né, que você tá focando no Projeto Mais Médicos para o Brasil (Extrato de fala, E2).

Nessa direção, o Entrevistado 3 aponta que, mesmo com o processo ideológico que perpassa de forma substancial a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, ele não conseguiu reverberar em sua estrutura.

E, mesmo o governo tentando desmontá-lo, não desmontou e provavelmente outros governos que não tenham esse conflito, não é? Essa declaração de guerra ideológica a ele, provavelmente usará. Ainda que ele possa ser administrativamente... parar de ser usado, como ele ainda continua na legislação, qualquer governo pode retomá-lo. Então, ele tá aí como legado institucional do Sistema Único de Saúde (Extrato de fala, E3).

Entretanto, ainda que se aponte a uma institucionalização, o PMMB apresenta fragilidade ao ser percebido, a despeito de toda a sua importância, como um Projeto de governo a partir de sua função ideológica, e não na perspectiva da garantia do direito à saúde. Assim como outros programas ou projetos com a mesma dimensão em outras políticas sociais, houve sua descontinuidade após o golpe de 2016. Dessa forma, aponto que a institucionalidade do PMMB necessariamente deve ser potencializada, a fim de se pensar em algo mais sólido e que efetivamente garanta o acesso à saúde da população, independentemente de quem está no governo, haja vista a necessidade de se construir uma saúde de fato universal.

5 CONCLUSÃO

Os caminhos percorridos, os acertos, os erros, as escolhas, as relações e as questões objetivas do cotidiano fazem parte do processo de construção e finalização de uma etapa da vida, como também o sentimento de que novos caminhos se abrem, na perspectiva de que o processo de aprendizagem não se acaba, mas é constante e pertence ao processo de crescimento individual e coletivo.

Este trabalho teve como escopo principal a necessidade de se questionar aspectos centrais no que tange à relação entre o Estado e a Política de Saúde em meio a um lastro temporal que transformou substancialmente a realidade da população brasileira.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil traz consigo um arranjo robusto que articula aspectos políticos, ideológicos e de gestão, tendo centralidade, nos últimos anos, no debate em torno da política de saúde. Dessa forma, foram observados os aspectos que perpassam a implantação e a implementação do PMMB, apresentando-se como problema de pesquisa: **como o Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos seus aspectos sócio-históricos, políticos e de gestão, contribuiu para a Política de Saúde, no período de 2013 a 2022?**

O percurso metodológico eleito se apresentou como central e como eixo articulador da pesquisa, tendo uma abordagem qualitativa alicerçada no método histórico-crítico, que permitiu a apreensão da totalidade dos fatos em suas contradições e mediações. Foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental, além de entrevistas semiestruturadas, ampliando-se, dessa forma, o bojo de informações/dados para o desenvolvimento do trabalho.

A partir das categorias gramscianas de Estado e Sociedade Civil, que contribuíram no processo de análise da realidade sócio-histórica e política da sociedade brasileira, o debate estabelecido no segundo capítulo desta tese forneceu condições de se compreender, considerando-se o conceito gramsciano de Estado Ampliado (Estado Político + Sociedade Civil), as relações entre o Estado e a Sociedade Civil, bem como os arranjos estabelecidos na perspectiva de se estabelecer hegemonia com base no interesse de classe.

A compreensão de que a Sociedade Civil é um espaço heterogêneo e de correlação de forças no âmbito da sociedade forneceu uma dimensão das disputas travadas nos

campos político, econômico e social, que influenciam o Estado liberal quanto ao direcionamento e à capacidade de resposta às questões sociais a partir das Políticas Sociais (em particular, da Política de Saúde), tendo em vista a agenda neoliberal estabelecida no cenário brasileiro a partir do anos 1990, instituindo-se assim o embate sobre o modelo de saúde. Portanto, foi possível compreender a relação entre Estado e Política de Saúde, como também os desafios postos para a universalização do direito à saúde.

No terceiro capítulo, realizou-se o processo de reconstituição da implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), a partir da análise sócio-histórica e política do contexto brasileiro entre os anos de 2013 e 2022. Evidenciaram-se, ao longo do estudo, a dinâmica e os projetos em disputa da Política de Saúde, e como se estabeleceu a relação entre Estado e Sociedade Civil, desde sua concepção, tendo os movimentos de 2013 como catalisadores para um cenário oportuno de lançamento do Mais Médicos, em contraposição a organizações da Sociedade Civil, e a setores do próprio Estado que eram contra o projeto.

A análise do período estabelecido na pesquisa evidenciou a dimensão do impacto do ultraliberalismo e o avanço do conservadorismo no âmbito da sociedade brasileira, demonstrando que, do período posterior ao golpe de 2016 até o final do governo Bolsonaro, houve um verdadeiro desmonte do Estado e, em particular, das políticas sociais.

O PMMB conseguiu, em seus dois primeiros anos, ampliar o acesso à saúde da população, com o provimento de mais de 18 mil profissionais médicos para a Atenção Primária em Saúde, mesmo com o enfrentamento de parte da categoria médica e de parte do parlamento, a partir de ataques ideológicos, racistas e xenófobos, principalmente em relação aos médicos Cubanos, oriundos da cooperação internacional. De fato, após o golpe de 2016, com os governos Temer e Bolsonaro, o PMMB sofreu ataques constantes, que, no primeiro momento, geraram a quebra da cooperação com o governo cubano e a saída de imediato de mais 9.000 (nove mil) médicos cubanos dos municípios em que atuavam, gerando, assim, uma desassistência, mesmo com o governo realizando, à época, editais emergenciais para reposição das vagas.

A partir desse momento, o PMMB sofreu com a lentidão e a inoperância dos governos em realizar editais sistemáticos, como estabelecidos anteriormente, e assim

ampliou-se a desassistência, principalmente nas áreas e regiões mais vulneráveis. Para além da descontinuidade, o governo Bolsonaro buscou realizar a substituição do Projeto Mais Médicos para o Brasil pelo Programa Médicos pelo Brasil, prometendo uma carreira federal para os médicos e sua contratação por parte da **Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde** (Adaps), criada para realizar o provimento médico do novo programa.

Entretanto, mesmo com a criação da Adaps, o processo de contratação de médicos pelo novo programa se deu de forma lenta, o que se agravou por não se conseguir fixar os profissionais, principalmente nas áreas mais vulneráveis. É necessário pontuar que, ao analisar o processo de criação da Adaps, como também suas competências, compreende-se que a sua criação tem relação com processos de terceirização da Atenção Primária, entregando os serviços em saúde a grupos privados.

Para além do Provimento Médico, a atuação do governo Bolsonaro no enfrentamento ao COVID-19 foi negligente, incompetente, e me atrevo aqui a afirmar que criminosa, pois podem ser observadas práticas necropolíticas e negacionistas, em articulação com a lógica ultraliberal que transformou o Brasil em um dos países onde mais morreram pessoas por conta do COVID-19.

Com a vitória de Lula para presidente nas eleições do pleito de 2022, renasce a esperança de uma reconstrução do país, a partir da reestruturação de alguns pilares do Estado democrático de Direito, apesar da conjuntura que marca um país ainda dividido e com uma significativa articulação orgânica da extrema direita. É importante destacar que, em apenas três meses, o governo Lula realizou diversas medidas que recolocam o Brasil como protagonista no debate internacional, principalmente no aspecto climático, recuperando assim o *status* dos país no que se refere à defesa do clima. Internamente, as principais ações foram ancoradas no restabelecimento da política de transferência de renda, a partir do retorno do Bolsa Família e de sua estrutura intersetorial; da recomposição do salário mínimo; da retomada dos conselhos de políticas públicas; do Movimento pela Vacinação e do aumento dos indicadores; além da assistência aos estados e municípios vítimas de catástrofes como as que foram testemunhadas no início de 2023.

O SUS, com todas as suas dificuldades e com a negligência do governo Bolsonaro, acabou dando resposta positiva para a pandemia da COVID-19 e houve uma compreensão e valorização, por grande parte da sociedade, da sua importância e necessidade. Lula vem

apontando que seu governo trabalhará para o processo de fortalecimento da Política de Saúde, retomando bandeiras da reforma sanitária. Em relação ao PMMB, como promessa de campanha, o governo Lula retomou suas ações com a reativação de editais de chamamento de médicos parados por falta de recursos, estabeleceu prioridade em reposição das vagas em aberto e a perspectiva de contratação de todos os perfis de médicos de acordo com as normativas.

Contudo, é necessário destacar que, mesmo com a retomada do PMMB, outros desafios estão postos ao governo Lula. Quando menciona-se o provimento de profissionais, tendo em vista a ampliação do percentual de médicos no Brasil, ainda se observa uma ampla desigualdade entre as regiões, no que tange ao número de médicos que permanecem concentrados nos grandes centros urbanos. Nesse sentido, será necessária a construção de novos arranjos do PMMB, que possam dar conta dos novos desafios. O aprimoramento da legislação, tendo em vista as lacunas nela presentes que acarretam desassistência pela demora na reposição ou na seleção de profissionais, também se constitui como um desafio a ser enfrentado.

Ao analisar-se a gestão do PMMB, identificaram-se alguns pontos centrais no processo relacionado ao provimento médico, frente a sua complexidade. Para isso, foram estabelecidas como referência quatro dimensões de análise: Intersetorialidade ou Articulação Horizontal; Coordenação Vertical ou Federativa; Território; e Participação Social, conforme destacado por Lotta *et al.* (2016). Dessa forma, em síntese, observou-se na intersetorialidade uma relação horizontal e um arranjo robusto, com a participação de vários ministérios, com a definição de atribuições, tendo a Casa Civil como instância articuladora e os ministérios da Saúde e da Educação na realização da gestão do Projeto. O monitoramento e a avaliação têm apoio de instituições de ensino. A Coordenação Vertical ou Federativa é realizada a partir de pactuações interfederativas, com responsabilidades diversas, onde o Governo Federal é responsável pela regulamentação e pelo financiamento; os estados, pelo apoio ao monitoramento e ao cumprimento das normativas; e os municípios, pelo pagamento de contrapartida de gestão do trabalho nos profissionais. Assim, é estabelecido um novo arranjo interfederativo no âmbito do SUS. Já a Territorialidade incorpora em seu processo de implantação e implementação lógicas territoriais, dimensionando-se e estabelecendo-se critérios a partir dos territórios para alocação dos médicos, levando em conta aspectos geográficos, sociais e de acesso a

serviços de saúde com maior vulnerabilidade social. Por fim, a Participação Social não existiu nos processos de construção, implantação e implementação, sendo restrita aos entes públicos das três esferas do governo; entretanto, houve a participação de instituições de ensino superior na avaliação.

Sendo assim, apesar das dificuldades surgidas no processo de gestão do PMMB, a estruturação de novos arranjos institucionais e a potencialização daqueles já existentes foram essenciais para uma resposta positiva à gestão do PMMB.

Avaliando-se o processo de gestão a partir do lastro histórico 2013-2022, constatou-se que a gestão do PMMB sofreu um impacto direto após o golpe de 2016, tendo em vista a desestruturação dos novos arranjos institucionais estabelecidos nos primeiros anos de governo, com impacto direto nas relações interfederativas e no monitoramento do PMMB no território.

Na análise das implicações do PMMB para o SUS, evidencia-se a necessidade de compreensão de como se dão as relações entre Estado e Sociedade Civil, além das questões que perpassam a disputa por hegemonia no âmbito da sociedade, tendo em vista o avanço das diretrizes ultraliberais capitaneadas pelo mercado financeiro, que, por sua vez, impactam diretamente nas políticas sociais. Isto interfere diretamente no processo de organização do SUS, na oferta dos seus serviços e na definição das suas prioridades, convergindo a uma questão central: qual é o modelo de saúde que se terá, **ou que se desejará?**

É indiscutível o impacto do PMMB no âmbito do SUS, garantindo a ampliação do acesso à saúde a uma população historicamente desassistida, principalmente nos municípios e nas regiões de alta vulnerabilidade social. Dessa forma, ao analisarem-se as implicações do PMMB, foi possível pontuar dois legados centrais para o Sistema Único de Saúde, que podem ser essenciais para o desenvolvimento de ações e políticas que venham a superar problemas estruturais no âmbito do SUS.

O primeiro legado identificado perpassa a capacidade de se estabelecerem **novos modelos de financiamento interfederativo**, apontando-se para que de fato a Gestão Federal do SUS assuma a responsabilidade de garantir o provimento de profissionais para o SUS, como também a capacidade de se pensar em carreiras federais no âmbito do SUS, permitindo a ampliação do acesso e a universalização do direito à saúde.

O segundo legado no âmbito do SUS diz respeito aos **aspectos políticos do PMMB e seu arcabouço legal**, tendo em vista que esse arcabouço é a estratégia que dá resposta mais rápida à falta de profissionais médicos a partir do provimento médico, mesmo com todo o embate político e ideológico estabelecido após o golpe de 2016.

A partir das questões apresentadas ao longo deste trabalho, destaco que, apesar de todas as questões políticas e de oposição ao PMMB, entre os anos de 2013 e 2015, o Projeto ampliou o acesso à saúde da população, conseguindo atender, a partir do provimento emergencial, locais de grande vulnerabilidade, e impactando consideravelmente as ações na APS, considerando-se que atingiu mais de 80% dos municípios brasileiros, Distritos Sanitário Indígenas e territórios quilombolas, provendo 18.240 profissionais médicos para as unidades básicas de saúde (BRASIL, 2015, p. 69).

Após a ruptura institucional que se deu com o golpe à presidenta Dilma Rousseff em 2016, o PMMB sofreu uma descontinuidade, seja pela interrupção da cooperação internacional com o governo cubano e a OPAS, seja pela desestruturação das equipes de gestão e pela lentidão no processo de seleção de médicos para as vagas desocupadas, demonstrando-se uma intenção política em sua gestão.

Mediante essa questão, o debate em torno do provimento médico, como também do provimento de outras categorias no âmbito do SUS, tendo em vista as particularidades regionais e a dimensão do Brasil, deve ser tratado não como algo emergencial, mas como uma Política Pública sólida e de Estado, apresentando-se novos arranjos institucionais que possam dar conta das necessárias mudanças estruturais no âmbito do SUS, estabelecendo-se um cuidado integral e universal à população.

Poderá ser aproveitado o legado do PMMB de modo a serem estabelecidas metas para a criação da Carreira Federal para o SUS, dando conta de responder às demandas que perpassam a falta de profissionais no âmbito da APS. É fato que, para isso, se faz necessário estabelecer prioridades e um modelo de saúde que dê prioridade à APS, desde o seu financiamento até a gestão.

A partir disso, pode-se perceber que o Projeto Mais Médicos para o Brasil assume, dentro de sua estrutura, uma complexa relação de ações, onde, a partir dos espaços de disputa, provocou mudanças na relação entre o Estado, a Sociedade Civil e a Política de Saúde. Dessa forma, fica claro que, para que haja mudanças estruturais no âmbito do SUS, garantindo-se a ampliação do acesso e com isso a universalização da saúde, é

necessário realizar disputas contra-hegemônicas, enfrentando-se as forças conservadoras e do mercado financeiro, que estabelecem a partir do capital “fetiche” e das agências internacionais metas que não atendam a coletividade, mas sim os interesses individuais. O “caráter alienado da relação do capital, sua fetichização, alcança seu ápice no capital que rende juros, que representa a mera propriedade do capital como meio de apropriar-se do trabalho alheio presente e futuro” (IAMAMOTO, 2007, p. 93).

Analisando o cenário atual e depositando esperanças nesse novo governo Lula, acredito que, assim como, em 2013, houve um cenário favorável ao PMMB, o momento atual se coloca como singular para o avanço na resolução de questões estruturais no âmbito do SUS. Destaco, aqui, especificamente o âmbito do provimento de profissionais, tendo em vista que, após os enfrentamentos do COVID-19, seja no cenário mundial, seja no cenário brasileiro, apontou-se a importância do fortalecimento dos sistemas públicos de saúde. Desse modo, a partir do conceito gramsciano de Estado Ampliado, as arenas de disputas e lutas se estabelecem tanto no âmbito da Sociedade Política quanto no da Sociedade Civil, indicando-se a direção ideopolítica que se dará na Política de Saúde.

Retomando a **tese da tese**, aponto que, apesar do sucesso na ampliação do acesso saúde, da diminuição da desigualdade assistencial e de suas iniquidades, bem como dos legados deixados para SUS, o PMMB ainda tem uma concentração de profissionais no âmbito dos grandes centros e das regiões do sul e sudeste do país, descontinuidades de acordo com a direção política-ideológica da gestão que assume o governo e financiamento frente a outras complexidades de atendimento no SUS. Desta forma, aponto ainda para a necessidade de se construir uma Política de Estado capaz de superar os gargalos e de garantir, através da Carreira Profissional do SUS, o provimento de profissionais de forma multiprofissional. Entretanto, fica claro que, para que haja mudanças estruturais no âmbito do SUS, é necessário realizar disputas contra-hegemônicas nos âmbitos do Estado e da Sociedade Civil, e enfrentar as forças conservadoras e do mercado financeiro, na perspectiva de se estabelecer uma hegemonia na sociedade a respeito da importância do Sistema Público de Saúde, pois só assim será possível se determinar teoricamente a ampliação dos direitos e a universalidade no SUS.

Nesse cenário de disputa e de luta contra-hegemônica, o Serviço Social brasileiro, a partir do debate da teoria social crítica, assenta seus fundamentos e estabelece sua arena de luta, em busca de intervenção na realidade social, econômica e política, e em suas

contradições históricas (IAMAMOTO, 1998). Foi nesse solo e campo de conhecimento que esta tese foi produzida, e se espera, com ela, contribuir para o avanço do debate, da luta e do trabalho em prol de uma política de saúde pública de qualidade e universal.

REFERÊNCIAS

ACANDA, J. L. **Sociedade civil e hegemonia**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

ALMEIDA, E. R.; MACEDO, H. M.; SILVA, J. C. Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. **Interface**, Botucatu, n. 23, supl. 1, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180011>. Acesso em: 18 mar. 2023.

BARROCO, M. L. S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 623-636, out./dez. 2015.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 87, p. 25-57, 2006.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015a.

BRASIL. **Decreto n. 11.358, de 1º de janeiro de 2023**. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde, e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11358.htm. Acesso em: 18 mar. 2023a.

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 22 out. 2013, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de Julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. 2013b.

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: MS, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura da Saúde da Família do Portal APS e Programa Mais Médicos Artigo especial do Departamento de Atenção Básica**. 2012, Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 6 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 2.087, de 1º de setembro de 2011**. Institui o programa de valorização do profissional da atenção básica. 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html. Acesso em: 8 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Programa Mais Médicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Apresentação – Status dos editais do Programa Mais Médicos**. Comissão Intergestores Tripartite – CIT. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/fevereiro/apresentacao-status-dos-editais-do-programa-mais-medicos/view>. Acesso em: 18 mar. 2023.

BRAVO, M. I. S. As Políticas de Seguridade Social Saúde. *In*: Conselho Federal de Serviço Social, CFESS, **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000. s/p

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr.2018.

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. **Congresso Brasileiro De Assistentes Sociais, 16, 2019**. Tema: 40 anos da “Virada” do Serviço Social. Brasília, out./nov. 2019.

CALIL, G. G. Brasil – A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia Bolsonaroista. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan./abr. 2021.

CAMPOS G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N. Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CAMPOS, G. W. S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. DOI 10.1590/1981-7746-sol00279.

CAVALCANTI, B. M.; VENERIO, C. M. S. Uma ponte para o futuro? Reflexões sobre a plataforma política do governo Temer. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 54, n. 215, p. 139-162, jul./set. 2017.

COUTINHO, C. N. **De Rousseau a Gramsci**: ensaio de teoria política. São Paulo: Boitempo, 2011.

EMERICH, T. B.; CAVACA, A. G.; OLIVEIRA, A. E. O.; REBOUÇAS, E. O jornal Folha de S. Paulo no contexto das indústrias culturais e midiáticas: um olhar para as manchetes sobre o Programa Mais Médicos. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 20, n. 2, p. 16-24, abr./jun. 2018.

ESTADÃO (*online*). **Cuba sai do programa Mais Médicos no Brasil após declarações de Bolsonaro**. São Paulo, 14 nov. 2018, 18:56. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,cuba-sai-do-programa-mais-medicos-no-brasil-apos-declaracoes-de-bolsonaro,70002607980>. Acesso em: 04 out. 2022.

ESTADO de Minas (*online*). **Cuba deixa o Programa Mais Médicos após declarações de Bolsonaro**. Belo Horizonte, 14 nov. 2018, 18:04. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2018/11/14/interna_politica,1005693/cuba-deixa-o-programa-mais-medicos-apos-declaracoes-de-bolsonaro.shtml. Acesso em: 4 out. 2022.

FAGNANI, E. Previdência Social: reformar ou destruir? *In*: JINKINGS, I.; DORIA, K.; CLETO, M. **Por que gritamos golpe?** Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2016.

FATTORELLI, M. K.; ÁVILA, R. **Gasto com dívida pública sem contrapartida quase dobrou de 2019 a 2021**. Auditoria da dívida 2022. Disponível em: <https://auditoriacidadada.org.br/wp-content/uploads/2022/02/1.-GASTO-COM-DIVIDA-PUBLICA-SEM-CONTRAPARTIDA-QUASE-DOBROU-DE-2019-A-2021-.pdf>. Acesso em: 4 out. 2022.

FERLA, A. A.; PINTO, H. A.; POSSA, L. B.; TREPT, R. F.; CECCIM, R. B. Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: o caso do Programa Mais Médicos. **Interface**, Botucatu, v. 21 (supl.), p. 1129-1141, 2017.

FIOCRUZ. **MONITORACOVID-19**. Disponível em: <https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>. Acesso: 01 mar. 2023.

G1. **Cuba decide deixar o programa Mais Médicos no Brasil e cita declarações 'ameaçadoras' de Bolsonaro**. [S. l.], 14 nov. 2018, 12:27. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/11/14/cuba-decide-deixar-programa-mais-medicos-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 2 out. 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, n. 10, p. 1-6, 2019.

GOHN, M. da G. M. Manifestações de protesto nas ruas no Brasil a partir de Junho de 2013: novíssimos sujeitos em cena. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 16, n. 47, p. 125-146, jan./abr. 2016.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. v. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

- HARVEY, David. O Novo Imperialismo. 2ª. Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.
- LIGUORI, G. Estado e Sociedade Civil de Marx a Gramsci. **Novos Rumos**, [S. l.], v. 21, n. 26, 2006.
- LIGUORI, G.; VOZA, P. (org.). **Dicionário Gramsciano**. São Paulo: Boitempo, 2017.
- LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. da S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2761–2772, set. 2016.
- LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, [S. l.], v. 24, n. 57, p. 49–65, mar. 2016.
- MASCARO, A. L. **Crise ou Golpe**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- MÉSZÁROS, Istvan . Para Além do Capital. São Paulo: 2006
- MATOSO, F. Saída de Cuba do Mais Médicos afeta 28 milhões de pessoas, diz Confederação dos Municípios. **G1.globo.com**, Brasília, 15 nov. 2018, 116:29. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/11/15/saida-de-cuba-do-mais-medicos-afeta-28-milhoes-de-pessoas-diz-confederacao-dos-municipios.ghtml>, Acesso em: 02 out. 2022.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. São Paulo: N-1 edições, 2018.
- MIGUEL, L. F. **O colapso da democracia no Brasil**: da constituição ao golpe de 2016. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo, Expressão Popular, 2019.
- MONTANO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010.
- MORAIS, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.
- NETTO J. P, BRAZ M. **Economia política: uma introdução crítica** – 3. Ed. – São Paulo: Cortez, 2007. -Biblioteca básica de Serviço Social; v.1.
- NETTO, J. P. **Crise do capital e consequências societárias**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 111, p. 413 – 429, jul./set., 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/D6MmJKCjKYqSv6kyWDZLXzt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 março. 2023.

OLIVEIRA, F. M. **Cidadania e cultura política no poder local**. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2003.

OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2007.

OPAS. **Estudo de caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte**: caminhos percorrido, produções e criações de conhecimento no Seminário Potiguar. Brasília: OPAS, 2016.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**, [S.l.], sp. ed., v. 40, p. 73-82, 2006.

PEREIRA, J. [resenha] M. MBEMBE, Achille. Necropolítica. 3. ed. São Paulo: N-1 edições, 2018. 80 p. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 25, n. 55, p. 367–371, dez. 2019.

PEREIRA, P. A. P. **Política social**: temas & questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PINTO, H. A. *et al.* O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019. Suplemento. ISSN 1807-5762. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170960>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bhxgJZGw65rJMSt6jK57SVD/?lang=en>. Acesso em: 10/10/2022.

PINTO, H. A. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface**, Botucatu, v. 21 (supl.), p. 1087-101, 2017.

PINTO, H. A. **O que tornou o Mais Médicos possível?** Análise da entrada na agenda governamental e da formulação do Programa Mais Médicos. 2021. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS, Porto Alegre, 2021. 339 f.

PRONUNCIAMENTO da presidenta Dilma Rousseff sobre as manifestações no Brasil. [S.l.: s. n.], 2013. 1 vídeo (9 min.). Publicado pelo canal ParlaTube Brasil. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ahEY59WxWRE>. Acesso 10 nov. 2022.

ROMANOWSKI, J. P.; ENS, R. T. As pesquisas denominadas do tipo “estado da arte” em Educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 6, n. 19, p. 37-50, set./dez. 2006.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.

SILVA, S. P. da. Impactos do Governo Bolsonaro em tempos de Coronavírus o Brasil (Bolsonaro government impacts on Coronavirus time in Brazil). **Revista Eletrônica de Educação**, [S. l.], v. 14, p. 1-19, 29 out. 2020.

SPOSATI, A. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TALENTO, A. Ministério da Saúde chama de 'xenofobia' protesto contra médicos no Ceará. **Folha.uol.com.br**, Fortaleza, 27 ago. 2013, 14:08. Disponível em: <https://m.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/08/1332669-ministerio-da-saude-chama-de-xenofobia-protesto-contr-medicos-no-ce.shtml>. Acesso em: 15 jun. 2021.

TEIXEIRA, C. F. de S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe. 2, p. 11-21, out. 2018.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. Controvérsias sobre o novo regime fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. **Boletim Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, IPEA, Brasília, n. 25, 2018. ISSN: 1518-4285.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu Ana Lúcia Suárez Maciel pesquisadora responsável pela pesquisa “ESTADO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL” juntamente com o aluno de doutorado Laerge Thadeu Cerqueira da Silva, estamos fazendo um convite para você participar como voluntário neste estudo. Que tem como objetivo: Analisar o Projeto Mais Médicos para o Brasil, tendo como norte o papel do Estado, na garantia ao direito à saúde e proteção social, no período de 2013 a 2020.

Compactuamos que essa investigação não trata nenhum benefício direto para essa pesquisadora ou para a sua família, porém, pretende contribuir com o aprofundamento do papel do Estado na estruturação do Sistema Público de Saúde e conseqüentemente na proteção social da população. Para sua realização serão realizadas entrevistas semiestruturadas, com roteiro de perguntas, com duração de aproximadamente 1(uma) hora, presencialmente ou por videoconferência. Essas entrevistas serão gravadas mediante sua autorização. Ao participar desta pesquisa, você poderá compartilhar suas experiências, vivências e reflexões, contribuindo com a temática da pesquisa, as informações coletadas e gravadas nas entrevistas serão transcritas pelo próprio pesquisador. Será respeitado todos os termos da LDB, no que tange os dados produzidos na pesquisa.

Sua participação constará de participação voluntária e poderá ser interrompida a qualquer tempo, caso queira retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo, sem nenhum prejuízo. É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: risco mínimo de desconforto no momento de responder às questões da entrevista, problemas na conectividade nas entrevistas online, porém, você poderá a qualquer momento desistir de sua participação sem quaisquer prejuízos. Você tem o direito de pedir uma indenização por qualquer dano que resulte da sua participação no estudo.

Os benefícios que esperamos com o estudo não são diretos, no entanto, os resultados da pesquisa poderão contribuir para a produção de conhecimento sobre o

Programa Mais Médicos para o Brasil, e principalmente sobre a proteção social no âmbito da Política de Saúde.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com Ana Lúcia Suarez Maciel, pesquisador responsável e o pesquisador Laerge Thadeu Cerqueira da Silva no telefone 83- 999580579. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. Se por algum motivo você tiver despesas decorrentes da sua participação neste estudo com transporte e/ou alimentação, você será reembolsado adequadamente pelos pesquisadores.

As informações desta pesquisa são confidenciais, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP- 55 PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e de 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído por profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não renuncia a nenhum direito legal que teria de outra forma. Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas. Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária

e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA EX-GESTORES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO QUE ESTAVAM A FRENTE DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MOMENTO DE SUA CRIAÇÃO

1. Primeiramente gostaria de agradecer a sua disponibilidade de participar dessa entrevista, tendo em vista a sua participação no processo de implantação e implementação do Programa Mais Médicos para o Brasil. Dessa forma, gostaria de saber como se deu sua participação na construção do Projeto Mais Médicos é porque ele foi pensando naquele determinado momento histórico?
2. Quais as dificuldades encontradas para a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, levando em conta aspectos políticos e institucionais?
3. Como se deu o processo de articulação para que houvesse a cooperação internacional entre Ministério da Saúde, OPAS e Governo Cubano?
4. Quais os principais desafios encontrados para a concretização dessa parceria?
5. Quais aspectos centrais você pode elencar como motivo de implantação do PMMB?
6. Como se deu a correlação de forças dentro e fora do governo para que houvesse definitivamente a implantação do PMMB?
7. Tendo em vista que o PMMB se trata de um programa interministerial, qual foi o modelo de gestão adotado para o PMMB?
8. Qual o impacto do PMMB no contexto da Política Nacional de Saúde?

9. Como a criação e implementação do PMMB modifica o modelo de gestão de saúde e as relações interfederativas?
10. Você entende que o Projeto Mais Médicos para o Brasil, catalisou aspectos conservadores da sociedade brasileira?
11. Como você vê o impacto do PMMB no cenário político a partir de 2013?
12. De que forma o Golpe de 2016 impactou o PMMB?
13. Quais medidas adotadas pelo governo federal, após golpe de 2016, tiveram impactos direto no PMDB?
14. Diante os ajustes fiscais implementados entre 2016 à 2020, como o PMMB foi e pode ser impactado.

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL E BIBLIOGRÁFICA MAPEAMENTO EXPLORATÓRIO DOS TEXTOS QUE TEMATIZAM POLÍTICA DE SAÚDE E PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Pesquisa: Proteção Social e Política de Saúde: Uma Análise do Programa Mais Médicos
Para o Brasil

Pesquisador: Laerge Thadeu Cerqueira da Silva

Orientadora: Ana Lúcia Suárez

1. Palavras-chave a serem pesquisadas: Sistema Único de Saúde (SUS), Estado, Política de Saúde, Programa Mais Médico, Projeto Mais Médicos para o Brasil, Proteção Social.
2. Aspectos a serem analisados:
 - 2.1. Ano da publicação
 - 2.2. Autoria
 - 2.3. Tipo de documento
 - 2.3.1. Dissertação, tese ou trabalho de conclusão de curso;
 - 2.3.2. Artigo de periódico científico;
 - 2.3.3. Livro ou capítulo de livro;
 - 2.3.4. Reportagem de jornal ou revista não científica;
 - 2.3.5. Documentos oficiais, planos, programas e projetos dos governos/nações, portaria e legislações.
 - 2.4. Área de conhecimento
 - 2.5. Público-alvo
 - 2.6. Concepções/análises sobre as categorias acima referenciadas;
 - 2.7. Dados estatísticos e epidemiológicos que identificam o impacto do PMMB.

APÊNDICE D

PARECER CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Pesquisador: ANA LUCIA SUAREZ MACIEL

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54796421.6.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.293.106

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1872764.pdf, de 21/01/2022) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto.pdf, de 09/12/2021).

Na perspectiva de atender as demandas de saúde e em resposta as manifestações de junho de 2013, que apontavam a falta de profissional médico como um dos problemas centrais do SUS, o governo federal, a partir da Medida Provisória 621, de julho de 2013, substituída pela Lei Nº 12.871 em 22 de outubro de 2013, instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que tem como eixos centrais, a melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde, ampliação e qualificação dos recursos humanos para o SUS e o provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis e de extrema pobreza. No que se refere ao Eixo Provimento Emergencial, implementado através do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, e que tem como objetivo garantir o provimento emergência de profissionais médicos para o sistema único de saúde, tendo como lotação as unidades de saúde dos municípios de vulnerabilidade social, o Programa Mais Médicos esteve na centralidade das discussões da Política de Saúde, tendo em vista seus aspectos políticos, ideológicos, como também sua capacidade de dar resposta aos problema âmbito do SUS. Diante das questões apresentadas, o projeto tem como Objetivo Geral:

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 5.293.106

Analisar o Projeto Mais Médicos pelo Brasil, enquanto ação Estatal, na garantia ao direito à saúde e proteção social, no período histórico de 2013 a 2020. Para isso, buscaremos compreender e analisar o contexto sociopolítico de criação e implementação do PMMB, sua estrutura e modelo de gestão no âmbito federal, e seus efeitos para a Política de Saúde. No que tange a metodologia utilizaremos uma abordagem qualitativa, utilizando

método histórico-crítico de análise da realidade, e a análise discursiva textual de Roque de Moares. Na perspectiva de cumprir os objetivos propostos, será realizada três etapas para pesquisa, a revisão bibliográfica, a análise documental e entrevistas semiestruturadas; essa última será realizado com gestores federais do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, que estavam em cargos estratégicos no processo de implantação do PMMB. Importante destacar que a pesquisa buscará através do pensamento gramsciano discutir sobre a relação Estado e Política Saúde, suas contradições no contexto neoliberal e no cenário sociopolítico brasileiro. Importante destacar que todo projeto estará orientado pela teoria Marxiana quanto pelo projeto ético político do Serviço Social, que busca na sua essência uma mudança societária.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o Projeto Mais Médicos pelo Brasil, enquanto ação Estatal, na garantia ao direito à saúde e proteção social, no período histórico de 2013 a 2020

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco previsto para a pesquisa e não conseguir realizar as entrevistas todos ex-gestores que estavam na gestão do Ministério da Saúde e Ministério da Educação em 2013 por questões jurídicas.

Benefícios:

Ampliação do conhecimento sobre a temática e dando condições de melhorar coletivamente do serviços de saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia de Análise de Dados:

Tendo em vista o objetivo geral e os objetivos específicos do para a realização da análise e interpretação dos dados busca-se desenvolver a técnica de análise textual discursiva, tendo como

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 5.293.106

arcabouço teórico os estudos de Roque de Moraes.

A escolha dos estudos de Roque se deu pela necessidade de uma análise discursiva dos agentes públicas, e materiais não científicos, nos dando condições de compreender as determinações e direcionamentos dados pelo conjunto da sociedade as questões da temática.

Na análise textual discursiva as realidades investigadas não são dadas prontas para serem descritas e interpretadas. São incertas e instáveis mostrando que "ideias e teorias não refletem, mas traduzem a realidade" (MORAIS APUD MORAES, 2004, p. 199)

De acordo com a metodologia destacamos os elementos da unitarização, categorização, captação de novo emergente e auto-organização, sendo que os três primeiros compõem um ciclo que se constitui-se como elementos centrais (ROQUE, 2003, p.191) .

Segundo Roque (2003), unitarização, implica em examinar os materiais em detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades constituintes, realizando dessa forma a desmontagem do texto e com isso movemos para tratar do corpus da análise textual, aproximando-se do primeiro momento de análise. O autor também destaca que, a unitarização "apresenta-se como é processo de colocar-se no movimento dos pensamentos da consciência coletiva" reconstruindo significados a partir do olhar e observações do pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram atendidas todas as pendências e o projeto está eticamente adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012, Resolução n° 510 de 2016 e a Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL proposto pela pesquisadora ANA LUCIA SUAREZ MACIEL com número de CAAE 54796421.6.0000.5336.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1872764.pdf	04/03/2022 07:38:58		Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 5.293.106

Outros	Carta_de_Anuencia.pdf	04/03/2022 07:38:37	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_3.pdf	04/03/2022 07:07:42	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito
Outros	Carta_envio_pendencia.pdf	21/01/2022 10:10:37	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento.pdf	21/01/2022 10:08:25	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito
Outros	Carta_dispensa.pdf	21/01/2022 10:07:11	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	20/12/2021 15:59:39	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito
Outros	Ana_Lucia_Lattes.pdf	10/12/2021 14:30:53	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito
Outros	Lattes_Laerge.pdf	10/12/2021 14:04:02	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	09/12/2021 10:32:07	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/12/2021 09:37:56	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito
Outros	Carta.pdf	07/12/2021 21:52:40	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito
Outros	Documento_Unificado_do_Projeto_de_Pesquisa.pdf	07/12/2021 21:47:02	ANA LUCIA SUAREZ MACIEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 16 de Março de 2022

Assinado por:

Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puccrs.br



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 1 – Térreo
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3513
E-mail: propesq@pucrs.br
Site: www.pucrs.br