


O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica

The More Doctors Program and the changing role of the State in the regulation and organization of medical education (abstract: p. 15)

El Programa Más Médicos y el cambio del papel del Estado en la regulación y ordenación de la formación médica (resumen: p. 15)


Hêider Aurélio Pinto^(a)

<heider.aurelio@ufrb.edu.br> 


Rosemarie Andrezza^(b)

<andrezza@unifesp.br> 


Renato Janine Ribeiro^(c)

<rjanine@usp.br> 

Maria Rosa Loula^(d)

<mariarosaloula@gmail.com> 

Ademar Arthur Chioro dos Reis^(e)

<arthur.chioro@unifesp.br> 

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Avenida Carlos Amaral, 1015, Cajueiro. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil. 44574-490.

^(b) Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). São Paulo, SP, Brasil.

^(c) Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^(d) Instituto Brasiliense de Direito Público. Brasília, DF, Brasil.

^(e) Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Unifesp. São Paulo, SP, Brasil.

O Programa Mais Médicos (PMM) vem sendo considerado em estudos recentes como a mais importante mudança normativa nas atribuições do Estado na ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo analisa o eixo mais estruturante do programa, o da formação em saúde, por meio de revisão de literatura e análise documental e de bancos de dados com o objetivo de descrever sua modelagem enquanto política pública e discutir quais mudanças normativas tiveram efeito na ação do Estado. 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. Conclui identificando interrupção de ações estruturantes do programa e objetivos e metas que provavelmente não serão cumpridos nos prazos estabelecidos.

Palavras-chave: Atenção primária. Recursos humanos em saúde. Educação em saúde. Programa Mais Médicos.

Introdução

O PMM¹ foi instituído por lei aprovada logo após as manifestações de 2013, embora seu projeto fosse anterior a elas^{2,3}. A elaboração do PMM considera a análise crítica dos avanços, limites e desafios de iniciativas governamentais anteriores no campo do provimento de profissionais e da formação em saúde, uma vez que importantes ações já tinham sido implementadas anteriormente²⁻⁸.

O PMM efetuou uma série de mudanças na formação médica, deslocando sua lógica de *market-oriented* para *policy-oriented*⁹. Tal orientação está expressa na prioridade em assegurar a formação de médicos em regiões até então subconsideradas, como Norte, Nordeste e Centro-Oeste, na concentração da oferta em municípios do interior e, finalmente, em especialidades, como a Medicina de Família e Comunidade (MFC), até então deixadas em segundo plano ou consideradas pontos críticos na formação em saúde por outros autores^{4,7,8,10}.

A face mais visível e polêmica do PMM deu-se em torno do provimento emergencial de médicos para atender a populações na periferia dos grandes centros e regiões mais distantes e vulneráveis do país. Ao analisarmos o programa, entretanto, evidencia-se que o eixo mais estruturante é o que trata das mudanças na formação e na educação médica, buscando atender aos interesses da sociedade brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos (RH) na área da saúde”, atribuição expressa no artigo 200 da Constituição Federal de 1988, reforçada pela Lei Orgânica da Saúde. Contudo, tal perspectiva, defendida pelo Movimento Sanitário brasileiro e alinhada à adotada em diversos outros países¹¹, não foi acompanhada da regulamentação normativa e instrumentos de política pública que permitissem sua efetivação pelo SUS. Diversos autores apontam que esse princípio constitucional não foi operacionalizado e que a educação vem formando profissionais para atuar na saúde sem considerar as necessidades do setor^{4,10-14}. Essa disjunção resultou, segundo o Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2011), no seguinte quadro¹⁵:

[...] a formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do MEC, das Universidades e das Sociedades de Especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados⁸. (p. 42-3)

Conforme diversos autores^{6,7,9-12} e também importante relatório da Organização Mundial da Saúde sobre o tema¹⁶, a ação do Estado na formação em saúde e regulação da distribuição dos RH são pontos nodais para a implementação dos sistemas nacionais de saúde. No caso brasileiro, esse quadro é agravado pela fragilidade da regulação estatal^{4,7,11,15}.

A inadequação da formação de médicos às necessidades da população e do SUS pode ser evidenciada pela quantidade insuficiente de vagas de graduação em Medicina por habitante. Em 2013, a média nacional era de 0,8 ingressantes por dez mil habitantes, valor muito inferior aos observados na Argentina (3,2) e na média dos

31 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (1,1)^{3,17,18}.

A graduação ainda não prepara adequadamente o egresso do curso de Medicina para atuar na Atenção Básica (AB)^{4,5,10,13,14}. Em 2013 o país tinha apenas 3,3 mil médicos especialistas em MFC¹⁷, menos de 1% do total de médicos. No mês anterior à criação do PMM, apenas 5% das equipes de saúde da família contavam com esses especialistas¹⁹. Esse descompasso entre as necessidades do SUS e a formação de profissionais – em número, perfil e distribuição territorial da oferta de formação e da força de trabalho – não é exclusivo da AB, mas sim observado em todo o sistema^{4,7,8,10-12,15,19}.

A residência médica tem papel central na formação dos médicos especialistas ao preparar seus quadros nos próprios locais de trabalho^{4,7,13}. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) constitui-se em espaço importante para operacionalizar essa regulação^{4,7,20}. Entretanto, seus rumos têm sido historicamente definidos pelos interesses da corporação médica. Além disso, há um acordo tácito entre o Estado e as entidades médicas em torno da conciliação de interesses ao permanecer válidos os títulos conferidos pelas sociedades médicas^{4,7}.

O PMM foi criado para intervir nesse complexo quadro. Trabalhos recentes apontam esta como a mais importante mudança da atuação do Estado no tema da ordenação da formação de RH desde a criação do SUS^{7,18,21,22}.

O presente artigo tem o objetivo de compreender a modelagem do PMM enquanto política pública e evidenciar as ações instituídas a partir do novo estatuto normativo e as mudanças produzidas nas atribuições do Estado no campo da ordenação de RH. Toma como pressuposto central do estudo que o eixo mais estruturante do PMM é representado pela ação conjunta dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) para modificar a formação de novos médicos, atuando tanto na criação de novos programas de residência e cursos, públicos e privados, quanto na mudança da educação médica.

Metodologia

O estudo, de caráter qualitativo, fez uso de análise documental²³ da legislação e das normas sobre o PMM e de revisão de literatura sobre o tema. Foram empregados os descritores “recursos humanos em saúde” e “educação médica”, nas bases Lilacs e SciELO, e “Programa Mais Médicos” nessas duas bases e na base do Google Acadêmico.

As diversas informações selecionadas em bancos de dados oficiais, relatórios e artigos propiciaram identificar mudanças normativas que tiveram efeito na ação do Estado para enfrentamento da questão social em análise. Para tanto, foram analisados decretos e portarias governamentais; documentos; publicações institucionais; relatórios e sistema de monitoramento ECAR do MS e MEC; e consultas a sites, teses, livros e artigos científicos relacionados ao tema.

O artigo expressa, ainda, as reflexões advindas do lugar privilegiado ocupado pelos autores na implementação do PMM, tanto no MEC quanto no MS, sujeitos que explicitam e rejeitam, *a priori*, uma pretensa neutralidade científica, assumindo o caráter engajado de sua tripla implicação, como atores em situação de governo,

trabalhadores da área da Saúde Coletiva e educação pública e pesquisadores com pretensão de produzir um saber militante e comprometido com o SUS²⁴.

Toma-se aqui, portanto, a política pública como objeto de produção de conhecimento. O PMM é ainda uma obra em aberto, indicando alguns caminhos e possibilidades sobre a formação médica e sua relação com o SUS, motivo pelo qual tomamos como referencial os marcos conceituais do campo da análise de política²⁵.

Resultados e discussão

A iniciativa estatal mais associada ao esforço do SUS em ordenar a formação foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no MS, em 2003. Foi a partir daí que se articulou uma política nacional de reorientação da formação profissional em saúde com ações voltadas para a indução de mudanças nas graduações, formação de docentes, integração ensino-serviço, expansão das residências prioritárias para o SUS, etc²¹.

As ações regulatórias do MEC, relacionadas à avaliação institucional e a critérios e processos de autorização de novas vagas, de escolas de Medicina e programas de residência, contudo, não eram orientadas em função das necessidades e prioridades do SUS. Para incidir nesse quadro e atuar intersetorialmente com o MEC, foi publicada a Portaria Interministerial nº 2.118, em 2005, que tinha como objetivo promover a cooperação técnica na formação e desenvolvimento de RH na área da saúde. Em 2007, foi instituída a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, com função consultiva. A modificação da composição da CNRM, com inclusão da representação tripartite do SUS, só ocorreu em 2011, quando foi estabelecido que a regulação das instituições e dos programas de residência médica deveria considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil socioepidemiológico da população.

Embora sejam medidas essenciais para a ação intersetorial da saúde e educação, seus resultados ficaram distantes dos objetivos definidos e não conseguiram, segundo diversos autores^{7,11,21}, avançar efetivamente na ordenação da formação de RH. Havia um hiato entre a responsabilidade constitucional atribuída ao SUS e sua real capacidade estatal de ordenar a formação no Brasil.

Em 2013, com a expansão da AB e dos serviços induzidos pelos recursos alocados pelo MS nas Redes de Atenção à Saúde, o quadro ficou ainda mais problemático no que diz respeito tanto à formação, distribuição, atuação e fixação de médicos quanto à insuficiente quantidade e distribuição das vagas de graduação em Medicina^{2,3,18,22} e de residência (quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição em 2012 das vagas de graduação em Medicina por dez mil habitantes segundo regiões escolhidas e concentração por capital

Região	Vagas por mil habitantes
Sudeste	1,08
Sul	0,93
Norte	0,85
Centro-Oeste	0,70
Nordeste	0,70

Aproximadamente 50% das vagas localizam-se nas 27 capitais dos estados e as demais, em outras 97 cidades.

De 2003 a 2013, ano de criação do programa, o número total de médicos formados no Brasil foi o equivalente a apenas 73% do número de vagas novas de emprego criadas pelo mercado de trabalho (um déficit de 27%)^{2,3}.

Elaborado pelos autores.

O Governo Federal havia iniciado, em 2011, a adoção de medidas para enfrentar a escassez de médicos em áreas vulneráveis, tais como a regulamentação da lei do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), com incentivos específicos a médicos que se dedicassem à AB em locais mais vulneráveis, e como a criação do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), ambas envolvendo a parceria do MS e MEC^{2,3,6,7}. Políticas que visam atrair profissionais para a AB em áreas com maior necessidade remontam à década de 1970, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976), seguidas de outras iniciativas governamentais, como o Programa de Interiorização do SUS (1993) e de Interiorização do Trabalho em Saúde (2001)^{6,7,22}. O Provab, embora tenha tido efeitos importantes já analisados na literatura⁶ e passado de 350 médicos em atuação em 2011 para 3.550 em 2013²², ainda não conseguiu responder à demanda dos municípios, cujo déficit era estimado em 13 mil médicos naquele ano³. No Provab pode-se identificar antecedentes do eixo de provimento emergencial do PMM^{2,3,7,18}. Destaca-se que o PMM chegou a contar com mais de 18 mil profissionais em 2015, quando, além da ampliação do efetivo próprio do programa, incorporou os médicos vinculados ao Provab³.

Entretanto, medidas de provimento e especialização em serviço não foram suficientes para avançar na ordenação da formação, uma vez que não interferiam no planejamento da força de trabalho em saúde no médio e longo prazo. Progressivamente, a falta de médicos passou a ser apontada por gestores municipais de saúde e pesquisas de opinião como um dos mais relevantes problemas de saúde do país. A pressão exercida pelos prefeitos culminou no lançamento, em janeiro de 2013, do movimento “Cadê o médico?”, liderado pela Federação Nacional dos Prefeitos, com apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde^{2,3,26}.

O PMM surgiu nesse contexto de intenso debate público, despertando o apoio dos prefeitos e gestores do SUS e imediata resistência de organizações da corporação médica^{2,3,26,27}. Nos três meses que decorreram entre a edição da medida provisória (MP) e sua conversão em lei¹, o PMM ganhou apoio da população^{2,3,27} e de parlamentares no Congresso Nacional, o que fez com que a lei fosse aprovada, após aperfeiçoamentos importantes, por ampla maioria de votos².

O eixo de maior visibilidade foi o provimento emergencial; contudo, o PMM aponta um escopo mais amplo em seus objetivos, dentre os quais se destacam o “III – aprimorar a formação médica no País [...]” e o “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 [...]”¹.

As mudanças empreendidas no texto da lei do PMM produziram crescimento significativo do “eixo formação médica”, que passou a ser a maior parte do texto legislativo e propiciou um arcabouço legal que instrumentaliza o Estado para a ordenação de RH para o SUS. De um foco mais dirigido e emergencial, passou a dialogar com formulações mais amplas que vinham sendo debatidas no país e no mundo, relacionadas ao planejamento, regulação, provimento e formação de RH para sistemas de saúde^{7,10,11,15,16,21}.

Do ponto de vista da capacidade estatal, a política produziu também uma inovadora atuação conjunta dos ministérios na atribuição de responsabilidades compartilhadas e complementares, na criação de espaços de governança comum do PMM e no desenho de processos que obrigavam a atuação articulada, como na autorização da abertura de novas escolas, no qual um insumo essencial para a ação do MEC – a identificação da localidade com necessidade de abertura de novas escolas – era de responsabilidade do MS^{1,3}.

Para cumprir esse novo papel, o MS e o MEC realizaram adaptações institucionais. Em 2013, o MS criou, no âmbito da SGTES, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. No MEC foi criada a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde, vinculada à Secretaria de Ensino Superior, e novas atribuições foram dadas à Diretoria de Regulação da Educação Superior, além de ter sido criada a Coordenação-Geral dos Processos de Chamamento Público, vinculadas à Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior.

As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, deferidas após a aprovação da Lei do PMM na resolução 3/2014 do Conselho Nacional de Educação, envolveram maior participação do MS e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua formulação e apontaram para um maior grau de integração entre os sistemas de Saúde e Educação. São normas mais claras e objetivas para a reorientação do curso às necessidades do SUS e de saúde da população; e determinam prazos e instrumentos para a implementação das mudanças.

As DCN atualizaram a formação médica às reformas curriculares contemporâneas da área da Saúde que têm acontecido no mundo²⁸, incluindo a ênfase nas pedagogias ativas e a integração com os serviços de saúde na reorientação dos campos de prática, com o objetivo de formar um profissional com as competências requeridas pelo SUS^{4,10,12-14}, e na identificação de competências para a gestão e educação, além do cuidado em saúde, que já vinha sendo desenvolvido na Política Nacional de Educação Permanente do SUS. Reforçaram, ainda, a prática em equipe multiprofissional e a importância de o educando lidar com problemas reais e assumir responsabilidades crescentes compatíveis com seu grau de autonomia. A maior exigência da integração ensino-serviço ganhou regras explícitas, com 30% do período do internato em serviços de AB e de urgência. O perfil de competências tornou-se mais amplo, com centralidade na AB e coordenação pela área de conhecimento da MFC.

A legislação estabeleceu que os cursos de Medicina, de instituições públicas ou privadas, devem implantar até 2018 as novas diretrizes, o que será verificado por meio de auditorias e processos avaliativos do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes)¹. Além disso, foi criada uma avaliação específica para o curso de

Medicina com instrumentos e métodos que avaliam conhecimentos, habilidades e atitudes; e que visa aferir o estado momentâneo de cada educando em relação ao novo perfil esperado pelas novas DCN e acompanhar o crescimento e aquisição de competências. Em 2016, em processo dirigido por uma comissão com participação do MEC, MS, CNS, Associação Brasileira de Educação Médica, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina e Conselho Federal de Medicina, foi concluída a criação de um novo instrumento de avaliação do Sinaes, por meio da Portaria 386, de maio de 2016, com 15 novos indicadores para avaliar o cumprimento das regras das DCN. Também foi implementado (ainda que parcialmente) o teste de progresso – Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem) –, que era previsto na lei do PMM e que deveria ser aplicado regularmente a todos os estudantes de Medicina do 2º, 4º e 6º anos.

As normativas construídas esboçaram um sistema de avaliação com grande capacidade de orientar a formação, na medida em que, além de determinar as medidas regulatórias do MEC (que, em último caso, podem resultar até na interrupção do vestibular e no fechamento de um curso), poderia ser utilizado também como modalidade de acesso à residência, como será abordado mais à frente. Buscava-se construir, para a passagem da graduação para a residência, um modelo similar ao sistema Enem-Sisu³.

O PMM também previu medidas para maior integração entre as instituições de educação superior (IES), os serviços e a gestão da saúde, entre as quais se destacam a criação de um instrumento de pactuação e delimitação de compromissos e responsabilidades entre estes atores – denominado Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde – e a elaboração de planos e processos de qualificação dos preceptores – profissionais vinculados ao serviço de saúde, e não às IES – que atuam como docentes do processo de formação.

Para atender os objetivos do PMM em longo prazo, o MEC planejou a expansão das vagas de graduação em Medicina, estabelecendo como meta passar de 1,8 médicos por mil habitantes para 2,7 até 2026, tomando como referência o patamar do Reino Unido em 2013³. Para tanto, seria necessário ampliar 11.500 vagas de graduação em um prazo de 5 anos. A criação dessas vagas elevaria a proporção de vagas de ingresso em cursos de Medicina de 0,8 para 1,34 vagas por dez mil habitantes e teria também o objetivo de promover a interiorização e distribuição territorial das vagas, levando em conta a regionalização do SUS e a democratização do acesso ao curso de Medicina³.

Foi implementada uma mudança significativa na lógica de abertura de vagas de graduação. Até então, a iniciativa formal era sempre de uma IES privada ou pública e cabia ao MEC autorizar ou não. Para abertura de novas vagas em Medicina, Odontologia e Psicologia, era prevista uma avaliação específica realizada pelo CNS para identificar a necessidade social do curso, conforme definido pelo Decreto nº 5.773, de maio de 2006.

Com o PMM, a iniciativa de planejamento e regulação passou a ser do Estado, a partir de novas regras. Para cumprir a meta de expansão de vagas, identificou-se, primeiramente, o potencial de expansão das universidades públicas. A diferença entre a expansão pública e a meta geral definiu o tamanho da expansão a ser efetuada por meio de instituições privadas. A análise das normativas mostra claramente que foi criado um modelo de regulação da abertura de vagas privadas. Em primeiro lugar,

o MS identificou os estados, regiões e municípios com necessidade de abertura de cursos de Medicina, conforme critérios objetivos previamente definidos: porte do município, condições da rede de saúde para receber o curso de Medicina (de cobertura de AB a leitos do SUS), não existência de escola médica nas proximidades ou na região de saúde, etc. Essa etapa fez parte do edital coordenado pelo MEC, dirigido aos municípios que manifestaram interesse e se inscreveram voluntariamente para se candidatarem a receber um curso privado de Medicina. Ao MEC, coube a avaliação desses municípios, incluindo uma avaliação *in loco*, verificando o cumprimento dos requisitos estabelecidos. Após anunciar os municípios selecionados, um segundo edital foi publicado pelo MEC. Tratou-se de um chamamento público, no qual as mantenedoras de IES privadas concorreram entre si para obter o direito de abrir um curso de Medicina em cada um dos municípios selecionados na etapa anterior. Elas foram avaliadas por um conjunto de critérios, como pontuação nas avaliações do MEC; projeto político-pedagógico; planejamento de infraestrutura; estabilidade financeira; proposta de integração ensino-serviço; e, com o objetivo de democratizar o acesso ao curso, o volume de adesão ao Programa Universidade para Todos (Prouni) e Fies, além da proporção de bolsas que as mantenedoras se comprometiam a garantir aos educandos de baixa renda.

O elemento essencial a ser considerado na mudança promovida pelo PMM é este dotou o Estado de instrumentos que fazem a formação dos médicos e a abertura de escolas se tornarem *policy-oriented*, em vez de *market-oriented*⁹. Esse modelo fortalece a regulação do Estado sobre o ensino privado, articulando-o à ordenação da formação. O Estado assume a iniciativa e passa a dirigir, conforme critérios públicos e necessidades definidas a partir do interesse público, os locais que deverão ser beneficiados com os cursos. Foram também tomadas medidas concretas para a garantia da qualidade, tanto na avaliação dos municípios quanto das IES. Produziu-se a inversão de uma prática privada comum em diversos setores: ao invés de a IES exigir benefícios para escolher em qual local se instalará, teve que se comprometer e apresentar a melhor proposta de contrapartidas em benefício do SUS. Estava indicado, ademais, que na implantação do curso as DCN teriam que ser cumpridas e que instrumentos previstos na lei, como o Coapes, deveriam obrigatoriamente ser implementados.

Pedidos de autorização de abertura protocolados previamente no MEC, antes da promulgação da lei do PMM, seguiram o modelo antigo. Até 2016, para a expansão privada posterior à lei do PMM, ocorreu tal como foi disciplinado, a partir de dois editais, publicados em 2014 e 2015, o segundo dirigido exclusivamente às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com o objetivo de promover a interiorização dos cursos nessas regiões, apenas parcialmente atingidas na primeira.

A atuação integrada e complementar do MS e do MEC e a realização dos chamamentos públicos demonstram a implementação dessas normativas. Segundo os dados e relatórios do MEC, até 2016, foram criadas aproximadamente 6.600 vagas (quase 60% do previsto) em instituições públicas e privadas. A maior equidade na distribuição das vagas, além de ter promovido a interiorização dos cursos, permitiu que a oferta de vagas nas regiões Norte e Nordeste ultrapassassem uma vaga por dez mil habitantes e se aproximassem daquela observada nas regiões Sul e Sudeste, enfrentando uma desigualdade histórica.

Contudo, é importante destacar que essa expansão segue sofrendo forte resistência da corporação médica e; com diferença de critérios utilizados entre os estudos oficiais que dão base às projeções e planejamento dos Ministérios da Saúde e Educação, e a série de estudos “Demografia Médica”¹⁷, do Conselho Federal de Medicina; a maior discordância entre esses atores sociais está na definição da quantidade necessária de médicos para o país. O PMM estabeleceu uma meta, como referido acima, considerada elevada pelas entidades médicas. Entretanto, após as medidas implementadas pelo PMM, a proporção de profissionais só atingiu o patamar de 2,2 médicos por mil habitantes e de 1,02 vaga de Medicina por um mil habitantes¹⁷, quadro que situa o Brasil ainda no quartil inferior dos 34 países da OCDE¹⁷, ainda distante da meta do próprio PMM.

Com a expansão de vagas já promovida, o Brasil atingirá a meta de vagas programada, ainda que não em todas as regiões de saúde, e poderá chegar a três médicos por mil habitantes até o fim da próxima década. Cabe destacar que 23 dos 34 países da OCDE já atingiram esse patamar e vários estão expandindo ainda mais as vagas¹⁷. Além disso, o sistema de saúde no Brasil tem características que demandam uma maior quantidade de médicos que os países europeus com sistemas universais.

Com relação à regulação da formação de médicos especialistas, Aléssio e De Sousa⁷ constataram que o PMM trouxe contribuições inéditas e estruturantes que indicaram a decisão do Estado de assumir a responsabilidade e criar instrumentos para o planejamento e regulação dessa força de trabalho. A residência médica no Brasil expressa as contradições da relação público-privada e regulatória do SUS. Financiada quase em 100% pelo setor público, ocorre majoritariamente em serviços públicos ou que prestam serviços ao SUS, mas, até a criação do PMM, havia pouca atuação do Estado no planejamento e regulação de quais vagas de especialidades e em quais localidades deveriam ser abertas e. Tal quadro é muito diferente de países que também valorizam e investem nesse tipo de formação, mas que não abrem mão de regulá-la, como Canadá, Espanha e Portugal, que direcionam a composição de especialistas no sistema de Saúde^{3,4,7,11}.

Tradicionalmente, os pedidos de credenciamento de novas vagas ou programas de residência médica dependiam da iniciativa e disponibilidade de alguns médicos especialistas, da tradição de uma determinada instituição de saúde ou de ensino e do interesse e disposição de financiamento de uma unidade da federação. Por outro lado, em alguns casos, mesmo com necessidade e capacidade disponível, organizações da corporação conseguem restringir a ampliação de vagas em algumas especialidades, levando em conta interesses de mercado^{4,7}.

A desregulamentação estatal permite que os mais variados interesses resultem na abertura de programas alheios à necessidade social e sanitária ou no cerceamento da abertura. Dá espaço, ainda, para ações regulatórias presididas por atores e interesses privados que, muitas vezes, atuam contra a iniciativa pública e interesse da coletividade.

Aléssio e De Souza⁷ identificam na formação de especialistas no país: expressiva desigualdade com grande concentração dos programas e vagas no Sudeste e no Sul; inexistência de oferta em diversas especialidades essenciais nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; déficits nacionais em especialidades como geriatria, endocrinologia, otorrinolaringologia, neurologia, psiquiatria e anestesiologia; e baixíssima oferta de vagas em MFC.

As bases de dados sobre os especialistas sempre foram fragmentadas e dispersas. A CNRM retinha as informações dos médicos que concluíram a residência. As associações de cada especialidade registravam aqueles que obtinham o título e se mantinham adimplentes no pagamento de suas mensalidades. Já os Conselhos Regionais de Medicina tinham informação somente daqueles médicos que decidiam registrar o título no Conselho e ganhar o direito de fazer publicidade como especialista. Nos sistemas de informação do MS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, registros com regras específicas nos quais gestores, prestadores de saúde e operadoras de planos de saúde precisam informar os médicos e suas especialidades. Essa desarticulação das informações sobre especialistas pode ser exemplificada pela variação de 3 mil a 18 mil oftalmologistas existentes no país, a depender da fonte que se considere.

A lei do PMM¹ criou o Cadastro Nacional de Especialistas para unificar as informações disponíveis sobre os médicos e identificar a necessidade de especialistas, permitindo conhecer a quantidade e distribuição regional desses profissionais e, assim, planejar a expansão de vagas de formação e serviços de saúde. Determinou que todas essas bases de dados fossem disponibilizadas ao MS. A publicação do Decreto 8516/2015, sob protesto das entidades médicas que se colocavam francamente contra a regulação estatal da formação de especialistas e, portanto, do próprio cadastro, garantiu a operacionalização e disponibilização do cadastro no site do MS. Com base nele, iniciou-se um processo de construção de critérios da necessidade de especialistas por região com a intenção de induzir, financiar e autorizar vagas e programas para cada região de saúde.

Outras medidas de grande impacto na ordenação de RH determinadas pela lei do PMM foram a universalização de vagas de residência médica e o redesenho do itinerário de formação de especialistas, de modo que a especialidade de MFC se tornasse uma formação base no país. A lei determina a universalização da residência até 2018 e exige que, antes de ingressar em qualquer programa (com exceção de nove especialidades), o médico curse um ou dois anos de residência em MFC. Esta terá que acontecer obrigatoriamente no SUS, em serviços de AB, urgência, atenção domiciliar e saúde mental; e permite que o Governo Federal complemente a bolsa para atrair esses residentes e proponha programas de formação de preceptores, com o objetivo de garantir a expansão com qualidade. Tais medidas visam garantir a formação de médicos com competência para atuar no SUS em áreas estratégicas e, em alguns casos, como na AB, objetivam também o provimento. Se a determinação legal tivesse sido cumprida, a AB receberia em 2019 aproximadamente 16,5 mil médicos residentes de 1^o ano, número que poderia chegar a 25 mil até o ano de 2024 – maior que o número máximo de médicos que o eixo provimento já teve (18.240). Assim, além do objetivo almejado pelo PMM de garantir uma formação adequada às necessidades do SUS, fica evidente também o efeito pretendido no provimento de médicos, em quantidade e qualidade, para avançar rumo à universalização do acesso da população brasileira à AB.

Conforme os dados disponibilizados pelos MS e MEC, para cumprir a determinação legal, o Governo Federal expandiu 6.750 vagas de 2013 a 2016. Lançou, em 2016, o Programa Nacional de Formação de Preceptores, com oferta de mil vagas no primeiro ano e meta de dez mil vagas, até 2019. Ofertou uma bolsa-formação adicional específica para os residentes e preceptores em MFC e exigiu metas de

expansão da residência em MFC, tanto para as antigas e novas IES quanto para os municípios participantes do PMM.

Cinco elementos podem ser identificados no PMM com potencial para fortalecer sobremaneira a ordenação da formação de especialistas: 1) a avaliação da instituição, do programa e do educando como relevante força indutora associada a consequências definidas; 2) Estado dotado de instrumentos que permitem organizar e regular a demanda e a oferta por vagas e operacionalizar a distribuição dos educandos pelos programas disponíveis, sem sobreposição e necessidade de um educando ter que fazer mais do que um processo de seleção; 3) centralização da seleção, retirando esse poder dos grupos locais, que detêm grande poder discricionário na seleção dos educandos; 4) avaliação que mede o aproveitamento do educando na especialidade que está cursando e, com base nela, determina o acesso a outras subespecialidades, evitando assim que deixe de aprender o que cursa no momento por se dedicar ao conteúdo que será cobrado no concurso da subespecialidade desejada (base atual da estratégia de ganho dos “cursinhos médicos”); e, por fim, 5) integração desse sistema com a própria avaliação de revalidação de diplomas (Revalida), na medida em que a “régua” utilizada para avaliação do médico brasileiro ao terminar a graduação e qualquer especialidade pode passar a ser utilizada (inclusive técnica e operacionalmente) para revalidação de diplomas de médicos estrangeiros, evitando padrões de exigência distintos.

Considerações finais

Os dados e análises aqui contidos indicam que o PMM, a despeito dos demais eixos previstos na legislação aqui não tratados, apresentou avanços objetivos na atuação do Estado no ordenamento da formação de RH para o SUS. Trata-se de uma política fortemente alinhada ao compromisso ético-político de construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Sua proposição, aprovação e implementação inicial, marcada por resistências e tensões, representou a possibilidade de implementar uma ousada inversão da lógica de formação, tanto na graduação quanto na residência médica.

Analisando as medidas mais importantes aqui destacadas, é possível perceber que, a partir de 2016, com o governo Temer, a política – particularmente o eixo Formação em Saúde, em especial no que diz respeito à mudança da formação e ampliação do acesso à graduação em Medicina e, principalmente, o planejamento e regulação da formação de especialistas – teve sua implementação interrompida, colocando em risco os objetivos de médio e longo prazo do programa, já que a supressão ou redução de quaisquer de seus componentes afeta, profundamente, o PMM como um todo. Tomando-se como referência as perspectivas do campo de análise de políticas públicas²⁵, pode-se considerar que o PMM se encontra em etapa inicial de implementação e em processo de reformulação de objetivos.

A expansão de vagas de graduação chegou a atingir 60% da meta. Entretanto, a expansão pública prevista foi interrompida e a privada, por sua vez, prevista para os locais com maior necessidade, limitou-se às vagas autorizadas inicialmente. Já para os grandes centros foram autorizadas ampliações de vagas em cursos já existentes, ou seja, não submetidas aos critérios de regulação criados pelo PMM. Em 2017, foi anunciado

pelo MEC uma “moratória” de cinco anos na autorização de novas vagas, frustrando dessa forma as metas previstas no PMM para a próxima década.

A implementação das DCN sofreu duros golpes com a suspensão dos efeitos das mudanças realizadas no Sinaes, por meio da Portaria nº 1.503, de setembro de 2016. Sabemos que há uma distância importante entre a criação de normas e instrumentos nacionais e a produção da mudança nos espaços concretos das escolas médicas e serviços de saúde. A interrupção da indução federal, contudo, deixa de fortalecer grupos que se mobilizavam localmente em prol da mudança, ainda que não os impeça de seguir lutando e avançando em objetivos que compartilhem com o PMM. Sem a mobilização de atores e recursos em prol da superação das resistências, sua interrupção, praticamente, fez o processo recuar a contextos anteriores ao PMM.

A expansão de vagas de residência pelo MEC foi suspensa e a de vagas ofertadas pelo MS teve redução drástica, de modo que a meta prevista em lei de universalização do acesso à residência médica será mais um dispositivo legal descumprido. A Anasem foi interrompida e a avaliação pelo Inep para as residências não foi implementada. Posteriormente, a avaliação da graduação e da residência foi suprimida da legislação pela Lei nº 13.530 de 2017. A integração dos processos de avaliação e acesso à residência e revalidação de diplomas deixou, portanto, de ser objetivo do Estado. O Cadastro Nacional de Especialistas foi retirado do ar e o Coapes deixou de ser uma agenda de governo.

O PMM é uma iniciativa ousada e contundente do Estado brasileiro para ampliar o número de vagas na formação médica para um nível mais adequado às melhores práticas internacionais e, ao mesmo tempo, reformular a formação em saúde para atender às necessidades da população e do SUS.

Tanto o eixo emergencial do PMM quanto o eixo mais estruturante e sustentável do programa – ao qual dedicamos este artigo – atenderam em boa medida a esses objetivos, mas há ações previstas a médio e longo prazo que, por terem sido descontinuadas, ou desconsideradas, colocam em risco o alcance das metas estabelecidas e adiam, mais uma vez, o cumprimento do princípio constitucional que prevê que o SUS deveria ordenar a formação de RH em saúde de acordo com as necessidades da população.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos às Universidades Federais do Recôncavo da Bahia (UFRB), de São Paulo (Unifesp) e do Rio Grande do Sul (UFRGS); à Universidade de São Paulo (USP); às equipes técnicas dos Ministérios da Saúde e da Educação; às contribuições e orientações de Soraya Côrtes, docente da UFRGS e orientadora de um dos autores da pesquisa que envolve o tema do artigo; a todos os profissionais da saúde e da educação; e professores, pesquisadores, gestores de todas as esferas, trabalhadores e organizações da sociedade civil que têm se esforçado para pesquisar, implementar, aperfeiçoar e dar sustentabilidade às iniciativas e políticas que avançam na perspectiva de efetivar o princípio constitucional que prevê a ordenação da formação de recursos humanos (melhor dizendo, da força de trabalho) em saúde conforme as necessidades da população brasileira.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; (51):105-20.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1998.
5. Lampert JB. Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: uma tipologia das escolas. 2a ed. São Paulo: Hucitec, ABEM; 2009.
6. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26.
7. Aléssio MM, Sousa MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis*. 2016; 26(2):633-67.
8. Ceccim RB, Cyrino EG. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: Ceccim RB, Cyrino EG, organizadores. Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. v. 1, p. 4-26.
9. Rovere MR. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):635-6.
10. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface (Botucatu)*. 2001; 5(9):133-42.



11. Rodrigues PHA, Ney MS, Paiva CHA, Souza LMBM. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2013; 23(4):1147-66.
12. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(24):124-40.
13. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(15):375-80.
14. Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. Rio de Janeiro: ABEM, Fiocruz; 2004.
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Relatório Final 11^o Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
16. Organização Mundial da Saúde. Trabalhando juntos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
17. Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Coordenação de Scheffer M. Demografia Médica no Brasil, 2018. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2018.
18. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1087-101.
19. Pérez PB, López-Valcárcel BG, Vega RS. Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas em Brasil: proyecciones a 2020. Las Palmas: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2011.
20. Nunes MPT. Residência médica no Brasil: situação atual e perspectivas. *Cad ABEM*. 2004; 1:30-2.
21. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1613-24.
22. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
23. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauries JP, Groulx AL, Mayer R, Pires A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.
24. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.
25. Muller P, Surel Y. A análise das políticas públicas. Pelotas: Educat; 2002.
26. Frente Nacional de Prefeitos. Cadê o médico [Internet]. 2013 [citado 25 Jun 2018]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com/>
27. Universo Online (UOL). Apoio da população ao Mais Médicos sobe a 84,3% dos brasileiros [Internet]. São Paulo; 2013 [citado 25 Jun 2018]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2013/11/07/apoio-da-populacao-ao-mais-medicos-sobre-a-843-da-populacao-diz-pesquisa.htm>
28. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.



The More Doctors Program has been considered, in recent studies, the most important normative change of the State's attributions in the organization of the education of human resources for the Brazilian National Health System (SUS). This article analyzes the most structuring axis of the program, education in health, by revising literature, and analyzing documents and databases in order to describe its model as a public policy and discuss which normative changes had an effect on the State's action. The article identifies institutional changes in the Brazilian Ministry of Health and Ministry of Education, in the reorientation of medical education, in the expansion and redistribution of undergraduate and residency seats, and in the creation of public policy instruments to plan, regulate and assess the education of specialists. The paper is concluded by identifying interruptions in the program's structuring actions and objectives, and goals and objectives that will probably not be met within the established deadlines.

Keywords: Primary healthcare. Human resources in health. Health education. More Doctors Program.

El Programa Más Médicos se ha considerado el más importante cambio normativo en las atribuciones del Estado en la ordenación de la formación de recursos humanos para el Sistema Único de Salud (SUS). Este artículo analiza el eje más estructurador del programa, el de la formación en salud, por medio de revisión de literatura y análisis documental y de bancos de datos con el objetivo de describir su modelado como política y discutir cuáles fueron los cambios normativos que afectaron la acción del Estado. Identifica cambios institucionales en los Ministerios de Salud y Educación, reorientación de la formación médica, ampliación y redistribución de plazas de graduación y residencia; y la creación de instrumentos para la planificación, regulación y evaluación de la formación de especialistas. Concluye identificando la interrupción de acciones estructurantes del Programa y objetivos y metas que probablemente no se cumplirán en los plazos establecidos.

Palabras clave: Atención primaria. Recursos humanos en salud. Educación para la salud. Programa Más Médicos.

Submetido em 15/02/17.

Aprovado em 15/08/18.