



Trabalho, Educação e Saúde

De ações pontuais a marco de governo: a medicina na trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde

From the specific actions to government mark: medicine in the trajectory of the national policy of education and work regulation in health

De acciones específicas a hitos gubernamentales: medicina en la trayectoria de la política nacional de educación y regulación del trabajo en salud

Henrique Sant'Anna Dias¹ , Luciana Dias de Lima² , Marcia Teixeira³ 

Resumo

O artigo tem como objetivo analisar a trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde, considerando a institucionalidade e formas de incorporação da medicina no percurso da política, de 2003 a 2015. O estudo se baseou em contribuições do institucionalismo histórico, envolvendo análise de documentos legais e normativos, entrevistas com atores estatais e dados do financiamento federal da política. Cinco momentos foram identificados com base no contexto político-institucional, nas iniciativas governamentais e na inserção da medicina nas agendas de governo. A ênfase na profissão médica evoluiu de ações pontuais à condição de marco governamental, no contexto de perda de espaço da agenda do trabalho em saúde e priorização crescente das ações de educação, associada a ganhos de institucionalidade e mudanças no financiamento. O Programa Mais Médicos resultou da dinâmica da trajetória percorrida, com avanços na formação e no provimento de médicos no Sistema Único de Saúde. Permanecem, entretanto, desafios quanto às relações precárias de trabalho, à privatização do ensino médico e à regulação profissional que considere o exercício da medicina no setor privado.

Palavras-chave: recursos humanos em saúde; medicina; política pública de saúde.

ARTIGO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00269

¹Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. <henriquesesrj@gmail.com>

²Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Rio de Janeiro, Brasil. <luciana@ensp.fiocruz.br>

³Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Rio de Janeiro, Brasil. <txmarcia@hotmail.com>



Abstract

This article analyzes the trajectory of the Brazilian policy of education and work regulation considering institutional issues and forms of incorporation of medicine on the policy, comprising the period from 2003 to 2015. This study was based on contributions of historical institutionalism, involving the analysis of legal and normative documents, interviews with state personnel and data from federal financing reports of the policy. Five key moments were defined, considering political-institutional contexts, governmental initiatives, and the insertion of medicine into the agenda of governments. The emphasis on the medical profession evolved from one-off actions to the status of a landmark, in a context of loss of space of the health workforce agenda and increasing prioritization of education actions, associated with institutional gains and changes in funding. The More Doctors Program resulted from the dynamics of the trajectory, incorporating advances in the training and incorporation of physicians into the Unified Health System of Brazil. Challenges remain, however, related to precarious employment relationships, the privatization of medical education, and professional regulation that considers the exercise of medicine in the private sector.

Keywords: health workforce; medicine; public health policy.

Resumen

El objetivo del artículo es analizar la trayectoria de la política nacional de educación, así como la regulación del trabajo en salud, teniendo en cuenta instituciones y formas de incorporación de la medicina en el curso de la política, de 2003 a 2015. El estudio se basó en contribuciones del institucionalismo histórico, que implicaban el análisis de documentos legales y normativos, entrevistas con actores estatales y datos de financiación de políticas federales. Se identificaron cinco momentos, basados en el contexto político-institucional, así como iniciativas gubernamentales y la inserción de la medicina en las agendas gubernamentales. El énfasis en la profesión médica evolucionó de acciones específicas, a la condición del marco gubernamental, dentro del contexto de la pérdida de espacio de la agenda de trabajo en salud y el aumento de la priorización de acciones educativas, asociadas con avances en las instituciones y cambios en la financiación. El Programa Más Médicos fue el resultado de la dinámica de la trayectoria recorrida, con avances en la formación y provisión de médicos en el SUS. Siguen existiendo desafíos respecto a las relaciones laborales precarias, privatización de la educación médica, así como la regulación profesional, en lo que concierne al ejercicio de la medicina en el sector privado.

Palabras clave: fuerza laboral en salud, medicina, políticas públicas de salud.

Introdução

Os médicos ocupam um papel central na política de saúde (Labra, 1993; Almeida, 1997) devido à natureza do seu trabalho e à legitimidade social adquirida ao longo de sua profissionalização (Freidson, 1970; Queiroz, 1991; Machado, 1997). No âmbito internacional, estudos comparados sugerem a importância dos processos de regulação da formação profissional e do trabalho médico na conformação e reformas dos sistemas de saúde (Immergut, 1992; Moran, 1999; Giaimo, 2009; Segatto, Béland e Marchildon, 2019).

Outros trabalhos indicam os desafios relacionados à gestão da profissão para a provisão de serviços de saúde, ressaltando a persistência de diversos problemas de ordem global, não suficientemente equacionados pelas políticas públicas, tais como: má distribuição dos profissionais, em geral concentrados nos grandes centros urbanos; número insuficiente de profissionais frente às demandas da população por cuidados médicos; movimento de migração de graduados para locais com sistemas melhor estruturados; descompasso entre a formação em medicina e as necessidades de saúde; e desproporção entre a oferta de especialistas e de generalistas, com predomínio dos primeiros (Broek et al., 2010; Dal Poz, 2013; Portela et al., 2017).

No Brasil, esses problemas se manifestaram de modo específico na trajetória da política de saúde, influenciando a formulação e a implantação de propostas de mudanças curriculares e do ensino de graduação, de incentivo à integração docente-assistencial, e de interiorização e provimento de profissionais, incluindo os médicos. Nos anos 1970 e 1980, destacaram-se: a conformação da Rede Integração Docente Assistencial (IDA); o projeto Uma Nova Iniciativa (UNI) (Feuerwerker e Marsiglia, 1996); o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (Macedo, Santos e Vieira, 1980; Pires-Alves, Paiva e Hochman, 2008); o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (Maciel Filho e Branco, 2008); e o apoio do Ministério da Saúde na conformação dos Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas secretarias estaduais de saúde (Simões, 1986).

Dos anos 1990 ao início dos anos 2000, a atuação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), envolvendo entidades médicas, professores e estudantes de medicina (Machado, 1999; Amaral, 2002); o Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares para os Cursos de Medicina (PROMED) e a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (Oliveira et al., 2008); a criação do Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), direcionado à Região Nordeste, e do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), com foco nos médicos e enfermeiros para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Maciel Filho, 2007; Gonçalves Junior, Gava e Silva, 2017).

Algumas análises indicam o relevante acúmulo dessas experiências para o chamado campo dos Recursos Humanos em Saúde, o desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil e, posteriormente, a implementação do próprio SUS. No entanto, prevalece o entendimento de que as propostas governamentais representaram poucos avanços em relação à situação deficitária e de concentração de médicos e às inadequações de sua formação (Carvalho, Santos e Campos, 2013; Gonçalves Júnior, Gava e Silva, 2017). Em geral, os estudos sugerem baixa priorização desses problemas nas agendas dos governos até o final dos anos 1990 e início dos anos 2000 (Machado, 2007).

Em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde (MS), foi considerada um avanço para o campo, dado o patamar mais estratégico das iniciativas de reorientação da formação profissional e de gestão da força de trabalho no SUS (Machado e Baptista, 2012). As políticas produzidas nesse contexto reuniram um conjunto variado de experiências, projetos e programas, que contaram com mecanismos e desenhos diversificados, e distintas ênfases para as áreas da educação e do trabalho na saúde (Pierantoni e Viana, 2010; Teixeira, Oliveira e Arantes, 2012).

Partindo dessa discussão, o artigo tem como objetivo analisar a trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde com foco na medicina, no período de 2003 a 2015. Procurou-se compreender como a profissão médica foi inserida nas agendas e foi objeto de iniciativas governamentais no percurso da política, considerando diferentes contextos político-institucionais.

Considera-se que a política reuniu nesse período as principais estratégias de reorientação da formação, de mitigação do déficit e concentração de médicos no país. Por isso, torna-se relevante o olhar mais abrangente da sua trajetória e do conjunto das ações governamentais implementadas. O recorte temporal buscou suprir a frequência menor de análises sobre o conjunto das políticas de formação e trabalho em saúde do período Dilma Rousseff (2011 a 2015) e identificar continuidades e mudanças ocorridas na trajetória da política.

Os resultados do estudo são apresentados em cinco momentos que demarcam diferentes contextos e formas de incorporação da medicina nas agendas e iniciativas governamentais. Em seguida, são apontadas evidências da institucionalidade da política sob a ótica do seu financiamento. Na discussão, é realizado um balanço da trajetória da política à luz do referencial analítico do estudo e no diálogo com a literatura.

Método

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, ancorado na literatura de análise de políticas públicas (Ham e Hill, 1993; Pierson, 2004) e em contribuições do institucionalismo histórico (Marques, 1997; Lima, Machado e Gerassi, 2011).

O institucionalismo histórico ressalta a importância das instituições estatais, da ação dos atores políticos inseridos em contextos político-institucionais específicos, e da sequência temporal dos eventos na análise da trajetória das políticas (Marques, 1997; Hall e Taylor, 2003).

Na pesquisa, valorizou-se a institucionalidade e formas de incorporação da medicina, bem como continuidades e mudanças no percurso temporal da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde. Os seguintes componentes foram priorizados na análise: contexto político-institucional (princípios e diretrizes da política, organizações e grupos envolvidos), iniciativas governamentais (programas e projetos) e inserção da medicina na agenda (ênfase nas questões relacionadas à regulação da profissão, do trabalho médico e da formação em medicina).

Realizou-se um levantamento do aparato legal e normativo, incluindo leis, decretos, portarias ministeriais, relatórios de gestão e outros documentos oficiais disponíveis em acesso aberto nas páginas eletrônicas do Sistema de Legislação da Saúde, dos ministérios da Saúde e da Educação e do Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, foram realizadas 19 entrevistas semiestruturadas com atores estatais mobilizados em torno da política nacional de saúde no período, sendo 16 vinculados ao Ministério da Saúde (quatro secretários, dez diretores de departamento e dois coordenadores) e três ao Ministério da Educação (um secretário, um diretor de departamento e um secretário executivo de comissão ministerial). Mediante autorização, as entrevistas foram gravadas e transcritas.

O conteúdo dos documentos coletados e das entrevistas foi analisado com base nas etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação (Gomes, 2002), baseando-se nos componentes citados, que permitiram identificar cinco momentos do percurso temporal da política nacional entre 2003 e 2015.

Adicionalmente, de modo a complementar a análise da institucionalidade da política, foram consolidados dados relativos à despesa orçamentária anual do Ministério da Saúde (valores liquidados), obtidos do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento, Painel do Orçamento Federal; e aos repasses federais informados no site do Fundo Nacional de Saúde, no período de 2004 a 2015. Tomou-se como ponto de partida o ano de 2004, primeiro da vigência quadrienal dos instrumentos de planejamento governamental (Plano Plurianual e Plano Nacional de Saúde) elaborados pela gestão federal iniciada em 2003.

A identificação dos gastos por programas, ações orçamentárias, modalidades de aplicação, componentes e blocos de financiamento vinculados à política em estudo foi realizada com o auxílio de informações dos relatórios anuais de gestão da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Os valores foram classificados como despesas com educação na saúde, trabalho em saúde, Programa Mais Médicos (exceto para os dados de repasses federais) e 'outros', que incluíam os gastos operacionais, administrativos e relativos aos programas institucionais sem especificação clara nas descrições dos programas e ações orçamentárias. Aplicou-se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE, apurado em dezembro de 2015.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição acadêmica envolvida (CAAE: 55993716.6.0000.5240; Parecer: 1.647.249).

Resultados

Ações pontuais para a medicina na agenda não programática da educação e nas instâncias de regulação do trabalho (2003 a junho de 2005)

Em 2003, foi criada a SGTES, no Ministério da Saúde (MS), com proposição e revisão de iniciativas, prioritariamente, a cargo dos novos departamentos de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), visando à qualificação e reorientação da formação; e de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), voltado para a regulação profissional, relações de trabalho e carreiras no SUS.

A atuação da SGTES foi orientada pelo estabelecimento de parcerias com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), instituições de ensino e secretarias de saúde; pela aproximação do MS com as áreas de educação, trabalho e emprego, e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS); e pela criação/valorização de arenas participativas de decisão, negociação e gestão da política. A lógica não programática foi enfatizada pelo quadro dirigente da SGTES à época, expressa em uma agenda voltada ao conjunto dos trabalhadores e profissões da saúde, em perspectiva multiprofissional e transdisciplinar.

O DEGES instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), propondo polos de discussão e deliberação sobre formação e qualificação profissional. Foram implementados o projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), para estudantes de graduação, e o AprenderSUS, destinado à qualificação docente e avaliação do ensino universitário. Foram definidos o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; a Comissão Especial do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS (PCCS-SUS); e a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), no âmbito do DEGERTS. A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) foi reinstalada, com nova configuração, bem como foi estabelecido o apoio à criação ou reativação de mesas estaduais e municipais.

A medicina foi objeto de ações pontuais, como na análise do projeto de lei do ato médico (2001); e nas discussões de elaboração do anteprojeto de lei do PCCS-SUS. Foram discutidas propostas, não efetivadas, de transferência da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do MEC para o DEGES, e de unificação da coordenação das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde. A profissão foi contemplada nas iniciativas de suspensão temporária de abertura de vagas de graduação, com revisão das regras de criação e expansão, recomendadas pelo CNS.

A revalidação de diplomas obtidos por brasileiros formados na Escola Latino-Americana de Medicina (ELAM) de Cuba ganhou tratamento prioritário a partir de 2003. Buscou-se viabilizar reconhecimento recíproco de diplomas, mediante assinatura de protocolo de intenções entre Brasil e Cuba, para ajuste complementar do acordo diplomático. Propôs-se a aplicação de prova de validação e complementação curricular para graduandos e realização de exame nacional de reconhecimento para títulos já obtidos.

Ampliação da presença da medicina no conteúdo dos programas de educação na saúde (junho de 2005 a junho de 2007)

Em meados de 2005, ocorreram as substituições do secretário da SGTES e do diretor do DEGES, com mudanças na agenda da educação em saúde. Promoveu-se a inclusão de vivências em educação popular e estágios rurais no VER-SUS e alteração na proposta dos polos de educação permanente pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Foi formalizada a cooperação técnica entre os ministérios da Saúde e da Educação e observou-se a retomada da lógica programática, marcada pela criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), visando à integração ensino-serviço e mudanças curriculares e dos projetos político-pedagógicos de enfermagem, odontologia e medicina. O apoio à

fixação de profissionais de saúde em locais de difícil acesso ganhou destaque no Programa Nacional de Telessaúde, criado em 2007.

O DEGERTS publicou as diretrizes para o PCCS-SUS, aprovadas na Mesa Nacional de Negociação Permanente, em substituição à proposta do anteprojeto de lei, que não avançou. Discussões sobre a regulação do exercício profissional no Mercosul, promovidas pela CRTS, ganharam nova arena: o Fórum Permanente Mercosul de Trabalho em Saúde.

A medicina teve maior ênfase dentre as profissões contempladas na implementação do Pró-Saúde. O Programa debateu a inserção da Medicina de Família e Comunidade (MFC) nos currículos médicos, no contexto de valorização da especialidade, objeto de incentivo financeiro para novos programas de residência em localidades com oferta deficitária. Outra frente foi a parceria, via Organização Panamericana de Saúde (OPAS), com a Foundation for Advanced International Medical Education and Research, para qualificação de avaliadores de cursos médicos pelo MEC.

A graduação médica recebeu destaque nas ações de suporte à expansão universitária, com a criação do Programa Interministerial de Apoio à Consolidação dos Novos Cursos de Medicina das Universidades Federais, direcionando recursos financeiros para a ampliação e qualificação docente, programas de formação e investimentos estruturais. Em 2006/2007, o MEC definiu nova normatização para as autorizações de criação de cursos médicos, juntamente com odontologia e psicologia, incluindo a manifestação prévia do CNS.

Missões diplomáticas à ELAM fortaleceram as propostas de aplicação de um exame nacional de revalidação de diplomas médicos emitidos por Brasil e Cuba, nos casos de incompatibilidade curricular. Esse processo subsidiou o conteúdo do ajuste complementar ao acordo diplomático, publicado e submetido à análise do parlamento brasileiro com base no protocolo de intenções de 2003.

Centralidade da medicina na agenda de consolidação da educação na saúde (junho de 2007 a 2010)

Em junho de 2007, a SGTES estruturou a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES), consolidando a ênfase nas propostas para graduação, formação tecnológica, residências em saúde, critérios para abertura, autorização, reconhecimento e renovação de cursos e vagas no ensino superior, e fixação e distribuição de pessoal.

Observou-se a retomada do tema sobre a carreira nacional do SUS, ao ser criada a comissão ministerial de discussão de proposta voltada para médicos, dentistas e enfermeiros da atenção básica. Paralelamente, o DEGERTS apoiou a elaboração de planos de carreira nos estados e municípios, com base nas diretrizes nacionais aprovadas em 2005.

Foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), com oferta de bolsas para docentes, profissionais dos serviços e alunos dos projetos de reorientação da formação. O Pró-Saúde foi ampliado para todas as profissões de saúde em sua segunda edição. Antes operacionalizado por universidades e secretarias de saúde, o pagamento das bolsas passou a ser realizado diretamente pelo Ministério da Saúde.

A medicina adquiriu centralidade na agenda, com estruturação de iniciativas específicas. Em 2009, foi criado o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), para o financiamento de novas vagas e bolsas para residentes e o estabelecimento de incentivos para criação/expansão de programas de residência médica em determinadas especialidades e regiões, segundo parâmetros de vulnerabilidade, pobreza, acesso e oferta de profissionais. No ano seguinte, foi lançado o Programa de Apoio ao Internato Médico em Universidades Federais (Pró-Internato), em apoio à qualificação do internato médico de instituições sem hospital universitário próprio.

Em 2008, foi criada a Comissão de Ensino Médico do MEC, para a supervisão de cursos mal avaliados, recomendações de fechamento e redução de vagas. Promoveram-se mudanças nas regras do Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), em 2010, visando a incentivar a fixação de médicos, por meio do abatimento no saldo devedor de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e carência para início do pagamento da dívida para residentes de regiões e especialidades prioritárias.

Foram incorporados, na CIGES, debates e propostas sobre a revalidação de diplomas médicos de universidades estrangeiras, delineados no ajuste diplomático cuja apreciação legislativa não prosseguiu. Como resultado, operacionalizou-se o exame experimental de revalidação ampliado para qualquer médico com diploma obtido no exterior.

Diversificação das políticas de formação e provimento de médicos como prioridade ministerial (2011 e 2012)

Em 2011, o início do governo Dilma representou mudanças no MS, incluindo nova condução da SGTES. O Pró-Saúde e o Pet-Saúde foram unificados, visando à melhor indução da integração ensino-serviço e articulação com políticas prioritárias do ministério. Ampliou-se o programa de Telessaúde, rebatizando-o de Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes; e o VER-SUS, descontinuado no período anterior, foi retomado em parceria com o Departamento de Atenção Básica.

No DEGERTS, priorizou-se o apoio financeiro aos projetos estaduais de planos de carreira e de desprecarização, como tentativa de dar novo fôlego a essa agenda. Foi criado o Prêmio InovaSUS, direcionado às experiências exitosas de gestão do trabalho nos estados e municípios, que também contaram com esforços da MNNP-SUS na realização de melhorias ou criação de novas mesas. A CRTS manteve funcionamento irregular existente já em 2010, ano em que não houve reuniões da instância.

As estratégias de formação e provimento de médicos foram intensificadas e alavancadas à condição de prioridade ministerial. Houve a publicação de novo edital do Pró-internato, novas chamadas públicas do Pró-Residência, fortalecimento da ampliação dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, e dos incentivos de fixação por meio dos benefícios do FIES. Em 2011, CONASS e CONASEMS passaram a compor a plenária com direito a voto da Comissão Nacional de Residência Médica, no bojo da atualização do seu marco regulatório.

Foi lançado o Programa Nacional de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), cujo objetivo era estimular a adesão e valorizar médicos, enfermeiros e dentistas da atenção básica em áreas remotas e de difícil acesso. Para médicos, a adesão e permanência no programa eram estimuladas com bônus nas notas das seleções de residência, suporte de Telessaúde, segunda opinião formativa, tutoria e supervisão pelas universidades públicas.

Em 2012, o governo introduziu iniciativas adicionais de provimento e fixação de médicos. Foram estabelecidas metas mais ousadas para alcance da suficiência de profissionais, acelerando a abertura de vagas de medicina e o restabelecimento daquelas suspensas por avaliação insuficiente. Outro caminho foi o da 'importação' de médicos estrangeiros para atuação em programas governamentais, dispensando-se o reconhecimento do diploma, embora tenha oficializado o Exame Nacional de Revalidação dos Diplomas Médicos Estrangeiros (REVALIDA), decorrente do projeto experimental de 2010.

Dispositivos de formação e provimento médico como marco governamental (2013 a 2015)

Em 2013, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), projetado como marco do governo Dilma Rousseff. Seu desenho preconizou o aumento de vagas de graduação em medicina e propostas de mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), na duração e no formato do curso. Definiu-se

a obrigatoriedade de o primeiro ano de residência médica, em especialidades selecionadas, ser realizado na atenção básica ou na urgência e emergência no SUS, diretriz associada ao plano de universalização do acesso às vagas de RM.

Pelo componente 'Projeto Mais Médicos para o Brasil', buscou-se fomentar o aprimoramento de dispositivos da formação médica, com base nas experiências de integração ensino-serviço e aperfeiçoamento da prática profissional. Previu-se a alocação temporária, na atenção básica e com pagamento de bolsa pelo MS, de profissionais formados no país ou com diploma revalidado e de graduados em instituições estrangeiras, mediante intercâmbio internacional, dispensada a revalidação do diploma.

No MEC, foram criadas a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), responsável pelas estratégias de mudança nas DCN de medicina, e a Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas (CAMEM), para gestão da pretendida expansão de vagas e novos cursos. Na SGTES, foi criado o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), que assumiu a gestão do 'Projeto Mais Médicos para o Brasil' e incorporou o PROVAB e o Pró-Residência.

O PROVAB passou a contar com editais de adesão exclusivos para médicos, envolvendo seleções conjuntas com o PMM, equiparando o valor e a modalidade de pagamento direto da bolsa dos Programas. No Pró-internato, um novo edital buscou dar suporte à estratégia do PMM de expansão de vagas e escolas médicas.

A partir de 2015, no bojo do Mais Médicos, foram instituídos o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), visando ao fortalecimento da integração ensino-serviço e à garantia do acesso dos estudantes aos estabelecimentos de saúde; e o Cadastro Nacional de Especialistas, proposta de formatação de base única oficial das especialidades médicas.

O DEGES introduziu mudanças pontuais no Pró-Pet-Saúde, como o direcionamento de projetos na área de Vigilância em Saúde, planejamento regional do SUS e novas propostas de mudanças para o ensino superior. O DEGERTS deu continuidade às ações de apoio aos projetos de desprecarização e de PCCS, às mesas de negociação nos estados e municípios, e ao Prêmio InovaSUS, cuja edição de 2015 passou a contemplar também o apoio a projetos de gestão da educação na saúde.

O financiamento federal da política

Em 2004, foram aplicados cerca de R\$ 620 milhões em ações de trabalho e educação na saúde, com redução para um patamar em torno de R\$ 300 milhões anuais a partir de 2006 até 2012 (Gráfico 1). Em 2013, ano de lançamento do Programa Mais Médicos, o total das despesas ultrapassou R\$ 1,3 bilhão, atingindo valores superiores a R\$ 3 bilhões em 2014 e 2015 (Gráfico 1).

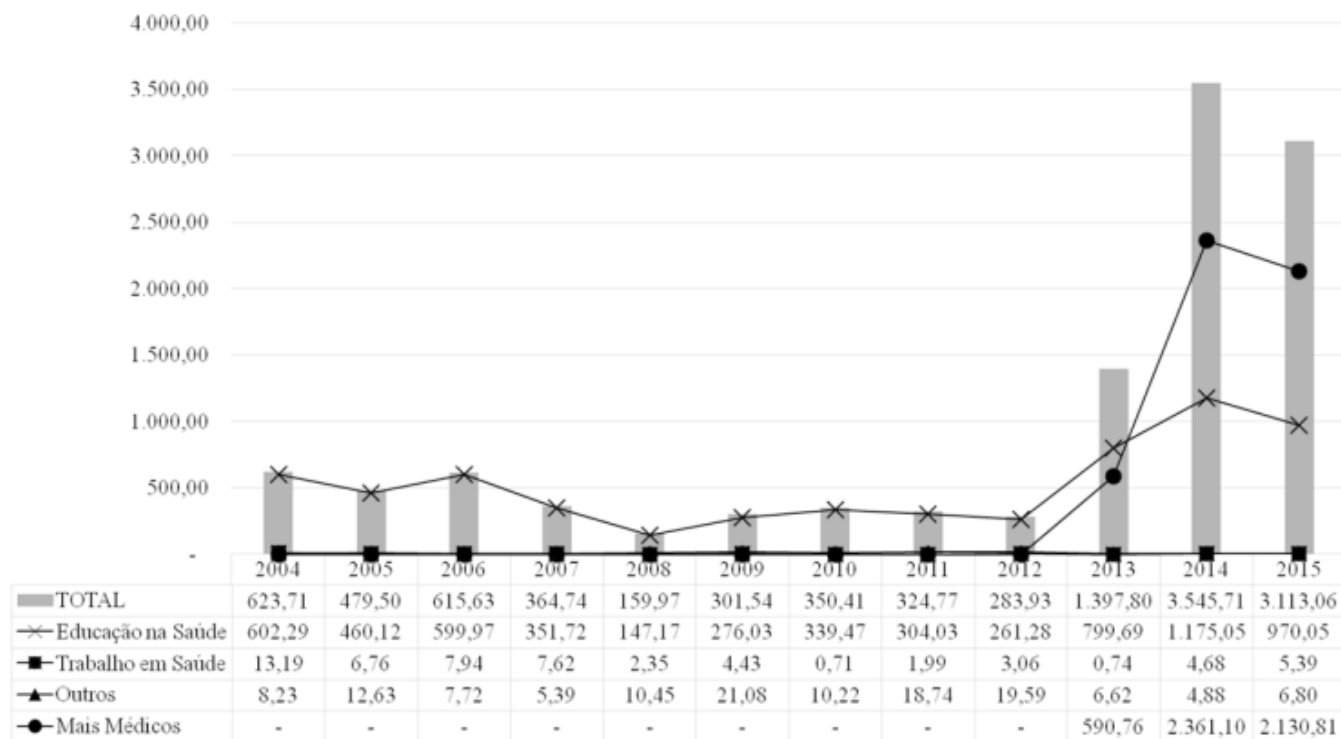
Considerando o período de 2004 a 2010 (governos Lula), a média de aplicação anual foi de R\$ 413 milhões. Já entre 2011 e 2015 (governos Dilma Rousseff), a média anual alcançou o montante de R\$ 1,7 bilhão. Na vigência do Programa Mais Médicos (2013 a 2015), a média foi de R\$ 2,6 bilhões anuais, aproximadamente.

Os gastos com a área de educação na saúde acompanharam a evolução observada para o total dos recursos empregados: alocação média na faixa dos R\$ 550 milhões até 2006, com redução e patamar em torno de R\$ 280 milhões até 2012. A partir de 2013, os recursos foram ampliados para R\$ 799 milhões e ultrapassaram R\$ 1 bilhão em 2014, com leve recuo em 2015.

Observou-se que as despesas com educação na saúde foram superiores àquelas destinadas às ações de gestão e regulação do trabalho. A área da educação apresentou valores inferiores apenas aos montantes de recursos alocados no PMM nos anos 2014 e 2015. Os gastos com o Programa quadruplicaram entre 2013 e 2014, com pequena redução no ano seguinte. Já o financiamento das ações de trabalho em

saúde apresentou trajetória predominantemente decrescente até 2013, aumentando em 2015 ao mesmo patamar de gasto de 2009 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Despesas liquidadas com trabalho, educação na saúde, Programa Mais Médicos e demais gastos (em milhões de R\$), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde (SGTES/MS), Brasil, 2004-2015.



Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento; Painel do Orçamento Federal.

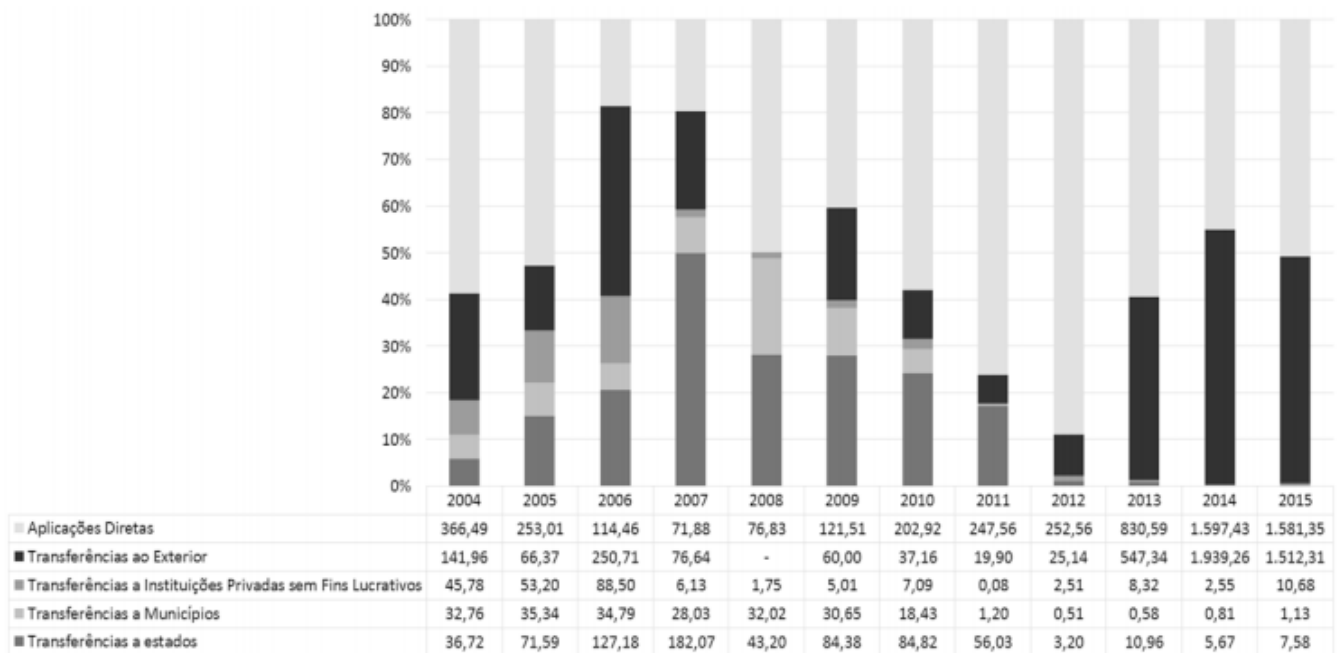
Nota 1. Valores ajustados pelo IPCA/IBGE de dezembro de 2015. Nota 2. Identificação dos programas e ações orçamentários por meio dos relatórios anuais de gestão da SGTES.

Nota 3. Os gastos considerados como “Outros” são referentes a despesas operacionais, administrativas e ações de apoio para estruturação da área de gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias de saúde.

No tocante à modalidade de aplicação dos recursos, as transferências aos estados e municípios apresentaram trajetória crescente de 2004 a 2007, com redução da participação no total dos recursos entre 2008 e 2011. A partir de 2012, tais modalidades passaram a ser residuais no financiamento da política, principalmente as transferências para entes municipais, em comparação com aquelas dirigidas aos estados (Gráfico 2).

Com exceção do ano de 2008, quando não houve registro, as transferências de recursos ao exterior foram relevantes no financiamento. Essa modalidade foi elevada a partir de 2013 e alcançou mais de 50% de participação em 2014 (Gráfico 2). No caso das aplicações diretas, sua participação registrou trajetória de redução entre 2004 e 2006, revertida a partir de 2007 e com percentual próximo a 90%, em 2012. De 2013 a 2015, as aplicações diretas e as transferências ao exterior passaram a representar quase a totalidade dos recursos empregados na política (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição percentual das despesas liquidadas com ações de educação e trabalho em saúde (em milhões de R\$), segundo modalidade de aplicação, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Ministério da Saúde, Brasil 2004 a 2015.



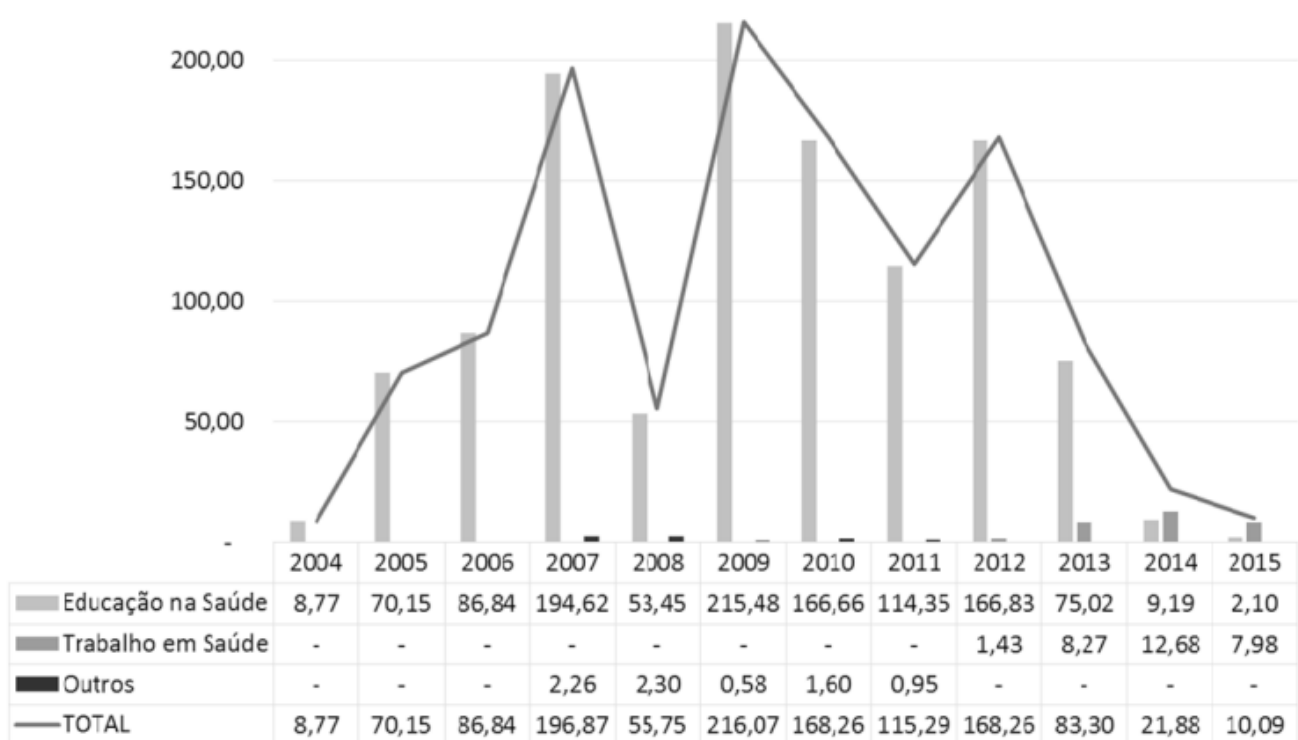
Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento; Painel do Orçamento Federal.

Nota 1: Valores ajustados pelo IPCA/IBGE de dezembro de 2015.

Os repasses federais aos estados e municípios para ações de trabalho e educação na saúde apresentaram crescimento entre 2004 e 2009, exceto em 2008, quando registraram queda em relação a 2007. Em 2009, os repasses alcançaram o maior valor, R\$ 215 milhões, reduzindo em 2010 e 2011. A partir de 2012, verificou-se expressiva diminuição dos recursos repassados, saindo de pouco mais de R\$ 168 milhões para menos de R\$ 10 milhões em 2015 (Gráfico 3).

Os recursos repassados para as ações de educação na saúde representavam quase a totalidade dos repasses fundo a fundo em 2012 (R\$ 166 milhões, aproximadamente), caindo para cerca de R\$ 2 milhões em 2015 (Gráfico 3). Em direção oposta, ainda que em valor absoluto inferior, as ações de gestão do trabalho em saúde apresentaram aumento dos repasses a partir de 2013, totalizando, naquele ano, cerca de 8 milhões de reais (8% do total). Esse valor foi elevado para R\$ 12 milhões em 2014 (57% do total dos repasses). Já em 2015, o montante transferido foi de pouco menos de R\$ 8 milhões, representando quase 80% do total de repasses, ainda que tenha sido observada redução em relação ao ano anterior (Gráfico 3).

Gráfico 3. Transferências federais para ações de trabalho, educação na saúde e outros (em milhões de R\$), Ministério da Saúde, Brasil, 2004 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.

Nota 1: Valores ajustados pelo IPCA/IBGE de dezembro de 2015. Nota 2: As transferências identificadas como “Outros” referem-se aos repasses do ProgeSUS - Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

Discussão

O estudo possibilitou a observação de distintos momentos da trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde, caracterizados por elementos do contexto político-institucional, das iniciativas (programas e iniciativas) e formas de inserção da medicina nas agendas governamentais (Quadro 1).

Quadro 1 - Trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde, segundo aspectos político-institucionais, iniciativas governamentais e inserção da medicina na agenda dos governos. Brasil, 2003 a 2015.

Momento da política	Contexto político-institucional	Iniciativas governamentais	Inserção da medicina na agenda
2003 a junho de 2005	<p>Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e seus departamentos (Gestão da Educação na Saúde e Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde);</p> <p>Parcerias com Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego, Organização Pan-americana de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, universidades e secretarias de saúde;</p> <p>Criação de arenas de negociação, decisão e gestão;</p> <p>Conteúdo não programático.</p>	<p>Política Nacional de Educação Permanente em saúde; Vivências e Estágios na Realidade do SUS; Projeto Aprender-SUS;</p> <p>Comissão do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS; Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde; Comitês de Desprecarização do Trabalho no SUS; e Reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;</p> <p>Protocolo de intenções para reconhecimento de diplomas de médicos brasileiros formados em Cuba.</p>	<p>Tangenciamento na agenda institucional e ações pontuais: Projeto de Lei do Ato Médico na Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, mudanças na Comissão Nacional de Residência Médica (não efetivadas).</p>
Junho de 2005 a junho de 2007	<p>Mudanças na gestão da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde;</p> <p>Ênfase na Educação na saúde: conteúdo programático;</p> <p>Cooperação técnica entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação.</p>	<p>Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); Telessaúde;</p> <p>Diretrizes Nacionais do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS;</p> <p>Trabalho em Saúde no Mercosul (Fórum Mercosul);</p> <p>Incentivos à formação em Medicina de Família e Comunidade;</p> <p>Programa de Apoio a novos cursos de medicina de universidades federais.</p> <p>Missão diplomática e ajuste complementar para reconhecimento de diplomas de médicos brasileiros formados em Cuba.</p>	<p>Destaque no interior de programas institucionais da educação na saúde;</p> <p>Debates sobre qualidade dos cursos, da formação médica; e a inserção na atenção básica.</p>

>>

Quadro 1 - Trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde, segundo aspectos político-institucionais, iniciativas governamentais e inserção da medicina na agenda dos governos. Brasil, 2003 a 2015 (Continuação).

M o m e n t o da política	Contexto político-institucional	Iniciativas governamentais	Inserção da medicina na agenda
Junho de 2007 a 2010	<p>Consolidação da educação na saúde;</p> <p>Adoção do pagamento direto das bolsas dos programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;</p> <p>Retomada de discussões sobre Carreira Nacional do SUS (foco na Atenção Básica), com nova comissão ministerial;</p> <p>Gestão do trabalho secundarizada na agenda da política.</p>	<p>Criação da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde;</p> <p>Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde; Pró-internato, Pró-Residência;</p> <p>Mudanças no Financiamento ao Estudante do Ensino Superior para estímulo à fixação de médicos na Atenção Básica.</p> <p>Exame de revalidação de diplomas estrangeiros (experimental).</p>	<p>Centralidade na agenda da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;</p> <p>Subcomissões da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde exclusivas para temas da medicina (formação de especialistas médicos e revalidação de diplomas).</p>
2011 e 2012	<p>Mudanças na gestão da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (início do governo Dilma);</p> <p>Articulação da agenda da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde com outras políticas ministeriais prioritárias;</p> <p>Atualização do marco regulatório da residência médica e mudanças na composição da Comissão Nacional de Residência Médica;</p> <p>Fortalecimento da agenda de provimento e introdução de novas opções de políticas (importação de médicos e aceleração da expansão de cursos e vagas de graduação médica).</p>	<p>Programa Nacional de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica;</p> <p>Unificação dos programas Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e de Educação pelo Trabalho para a Saúde;</p> <p>Retomada da iniciativa de Vivências e Estágios na Realidade do SUS;</p> <p>Reformulação do Telessaúde (Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes);</p> <p>Prêmio InovaSUS; apoio financeiro a projetos de carreiras e desprecarização nos estados e municípios;</p> <p>Novos editais do Pró-internato e Pró-residência.</p> <p>Exame Nacional de Revalidação dos Diplomas Médicos Estrangeiros.</p>	<p>Médicos como prioridade do Ministério da Saúde (provimento e fixação).</p>

>>

Quadro 1 - Trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde, segundo aspectos político-institucionais, iniciativas governamentais e inserção da medicina na agenda dos governos. Brasil, 2003 a 2015 (Continuação).

Momento da política	Contexto político-institucional	Iniciativas governamentais	Inserção da medicina na agenda
2013 a 2015	Mudanças organizacionais: criação do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde e instâncias no Ministério da Educação (demandas do Mais Médicos).	Programa Mais Médicos; Incorporação do Programa Nacional de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica ao Mais Médicos; Novos editais dos programas Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e de Educação pelo Trabalho para a Saúde e nova edição do Prêmio InovaSUS; Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde e Cadastro Nacional de Especialistas.	A medicina como marco de governo.

Fonte: Elaboração dos autores com base em fontes documentais e entrevistas.

Nota: SUS – Sistema Único de Saúde

A política desenvolvida a partir de 2003 representou um avanço para a área de recursos humanos em saúde, expresso pela formatação de uma secretaria própria no MS, conferindo patamar estratégico de proposição governamental (Machado e Baptista, 2012; Pierantoni et al., 2008; Pieranton e Viana, 2010). As iniciativas desenvolvidas contaram com espaço de destaque nos instrumentos de planejamento, como o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual do governo federal, com dotação orçamentária própria (Teixeira, Oliveira e Arantes, 2012), regularidade e tendência de crescimento do seu financiamento, indicando ganhos de institucionalidade.

A área da educação na saúde representou mais fortemente os avanços observados. Nos primeiros anos do período analisado, a ação governamental promoveu iniciativas estruturantes e duradouras, de caráter transversal, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004), difundida por meio das CIES (França et al., 2017); os projetos e programas de mudanças nas graduações e de fomento à integração ensino-serviço, presentes desde 2003 (Dias, Lima e Teixeira, 2013); e as estratégias voltadas para residência multiprofissional em saúde (Rosa e Lopes, 2009) e residência médica (Petta, 2013), institucionalizadas desde 2005.

Em suporte a essa agenda foram definidas ações institucionais de consolidação da educação na saúde, viabilizadas pela formalização da cooperação técnica entre MS e MEC em 2005, e a criação da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES), em 2007, além das parcerias com a OPAS, visualizadas inicialmente na implantação do Pró-Saúde. Tais eventos foram conformando arranjos e regras que informaram as prioridades e influenciaram os conteúdos produzidos na trajetória da política analisada. A adoção do pagamento centralizado das bolsas de programas da SGTES, em 2007 no contexto de criação do PET-Saúde, se institucionalizou como mecanismo principal de implementação de parcela significativa das iniciativas que o sucederam.

O campo do trabalho lidou com dificuldades no encaminhamento das propostas formuladas, pela não viabilização da parceria pretendida com órgãos federais do campo (trabalho e emprego) e enfraquecimento das instâncias formalizadas no DEGERTS. A Câmara de Regulação do Trabalho

em Saúde (CRTS), arena que desempenhou papel de destaque no encaminhamento de questões relacionadas à regulamentação da medicina e do exercício da profissão no Mercosul, por exemplo, teve funcionamento inconstante, notadamente a partir de 2010. A MNNP-SUS apresentou limites em efetivar mudanças nas áreas trabalhista e sindical, também pouco visualizadas nas ações de apoio às mesas em estados e municípios (Teixeira, Oliveira e Arantes, 2012; Magnago et al., 2017).

Impasses na viabilização do PCCS-SUS por meio de lei federal reduziram a capacidade de produção de efeitos da medida, limitada ao fornecimento de diretrizes nacionais, aprovadas em 2005. A ação federal foi deslocada para os incentivos pontuais de construção de planos de cargos e salários por estados e municípios. Mesmo a reintrodução das discussões sobre uma carreira nacional na pauta do Ministério da Saúde em 2010 manteve a pouca expressão dessa temática, que não logrou influenciar as opções de políticas priorizadas a partir de 2011.

A estratégia original de desprecarização foi reduzida, paulatinamente, na agenda da política, embora com tentativas de reativação a partir de 2011, no formato de apoio federal a projetos estaduais. Tal desfecho relaciona-se com mudanças no governo federal que, a partir de 2007, passou a valorizar modelos de gestão como as Fundações Estatais de Direito Privado (Brasil, 2007; Teixeira, Oliveira e Arantes, 2012) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, criada no MEC em 2010 (Andreazzi, 2013). A expansão de leis subnacionais para a qualificação de Organizações Sociais de Saúde (Druck, 2016) e entraves quanto à expansão do gasto com pessoal nos termos da Lei de Responsabilidade Fiscal (Medeiros e Tavares, 2012) também constituíram elementos de secundarização das proposições inicialmente formuladas no âmbito da regulação do trabalho em saúde.

A análise permitiu identificar o tratamento dado à medicina na agenda e nas iniciativas governamentais vinculadas à trajetória da política. Em associação ao processo de consolidação da educação na saúde, evoluiu-se de uma situação de conteúdo inespecífico e ações pontuais para a medicina, até meados de 2005, para uma na qual a profissão foi objeto de iniciativa definida como marco de governo em 2013.

A ênfase crescente na medicina iniciou no segundo momento observado (junho de 2005 a 2007), ao serem enfatizadas, no âmbito do Pró-Saúde, discussões sobre qualidade da graduação médica, atuação do médico na atenção básica e importância da Medicina de Família e Comunidade; e pela criação do programa de apoio à estruturação dos novos cursos de medicina das universidades federais.

Entre 2007 e 2010, a agenda da educação na saúde dedicou posição central à profissão, ao concentrar a pauta em especificidades relacionadas aos médicos. Como resultado, foram criados Pró-Internato e Pró-Residência; definidos os incentivos do FIES à fixação de médicos na atenção básica; e operacionalizado o exame experimental de revalidação de diplomas obtidos no exterior. As subcomissões temáticas da CIGES constituíram espaços institucionais oficiais de formulação das iniciativas no governo Lula.

Em 2011, a medicina alcançou o status de prioridade ministerial no governo Dilma Rousseff, herdando do período anterior a relevância da pauta da formação e provimento médicos; o acúmulo com as experiências de educação na saúde; a institucionalização de instrumentos de operacionalização das ações, como a centralização do pagamento direto das bolsas pelo Ministério da Saúde; e certa homogeneização dos desenhos dos programas instituídos (Pró-Internato, Pró-Residência, Pró-Saúde e Pet-Saúde).

A partir de 2012, opções adicionais de políticas de formação e provimento médicos na pauta governamental abriram espaço para mudanças institucionais, com alteração de algumas regras estabelecidas na trajetória da política até então. A busca por celeridade na implantação, maior controle governamental e redução de entraves no uso de recursos viabilizaram a adoção de novas ideias, em sintonia com preferências e experiências dos atores mobilizados à época. Esse contexto possibilitou inovar nos estímulos à adesão de médicos ao PROVAB (bônus nas seleções de residência) e, mais tarde, intensificar a abertura de cursos de medicina; alterar diretrizes curriculares e possibilitar 'importação' de profissionais, dispositivos instituídos no Programa Mais Médicos, marco governamental em 2013.

O PMM combinou as duas dinâmicas da trajetória da política, observadas a partir de 2011. Seu desenho representou a aglutinação das experiências e das decisões tomadas ao longo da trajetória, ratificando a ênfase na educação na saúde, a parceria interministerial MS e MEC e a opção pelo mecanismo da bolsa e o seu pagamento centralizado.

Também incorporou a aposta na expansão célere da oferta de médicos como catalisador de redução do déficit de profissionais; na universalização da residência médica; e nas adequações da formação curricular e da prática, com ênfase no SUS. O Programa suscitou mudanças organizacionais significativas, marcadas pela estruturação de instâncias específicas de implementação nos ministérios da Saúde e da Educação, e de um novo departamento na SGTES, com a incorporação de iniciativas e recursos antes vinculados ao DEGES.

Pela baixa expressão e impasses na agenda de regulação do trabalho em saúde, ficaram inviabilizadas as possibilidades da garantia de vínculos trabalhistas formais para os médicos selecionados por meio do Programa, incorporados nos serviços a partir de atividades caracterizadas como dispositivos de formação. Ainda, foram pouco influentes as propostas que fornecessem condições para a constituição de uma carreira médica nacional, como mecanismo de incorporação e provimento dos profissionais.

A proposta do exame nacional de revalidação dos diplomas médicos estrangeiros (REVALIDA) também não se configurou como arranjo institucional prioritário, no contexto do Mais Médicos, já que foi permitida legalmente a importação de profissionais, dispensando a obrigatoriedade de sua aplicação. Tal processo de dispensa apresentou conexões com a ideia original, de 2003, que visava a definir mecanismo paralelo de permissão do exercício da medicina, em situações específicas, pelo reconhecimento recíproco de diplomas médicos de Cuba.

Os marcos temporais, continuidades e transformações da política ganharam expressão no seu financiamento. Os recursos executados foram predominantes para as ações de educação na saúde, priorizadas na agenda. As despesas com gestão do trabalho tiveram pouca expressão, com declínio em alguns momentos e participação residual, associada à secundarização desta área da política. A posição do PMM como marco de governo repercutiu nos recursos empregados, elevando o montante alocado anualmente a um patamar inédito na trajetória da política nacional.

Até 2007, foi mais evidente a participação das transferências para estados e municípios em função do desenho proposto para alguns programas da SGTES, especialmente do DEGES, ancorados nos mecanismos de adesão e execução das ações e recursos pelos entes subnacionais, que apresentaram assimetrias na utilização dos valores repassados (Teixeira, Oliveira e Arantes, 2012). Essas modalidades perderam força ao longo da trajetória, tornando-se residuais nos governos Dilma, quando se consolidou o pagamento centralizado das bolsas de diferentes programas pelo Ministério da Saúde, contabilizados como modalidade de aplicação direta.

Os recursos financeiros transferidos ao exterior foram observados na trajetória, indicando a participação de organizações internacionais nas parcerias interinstitucionais preconizadas desde a estruturação da política em 2003. Essa modalidade foi ampliada na vigência do PMM, evidenciando o papel da OPAS na intermediação com o governo de Cuba, visando ao intercâmbio internacional de profissionais daquele país.

A combinação entre priorização da educação na saúde e adoção do pagamento direto das bolsas repercutiu nos repasses federais, expressa pela participação majoritária da área da educação e redução mais significativa do montante geral dos recursos repassados aos entes subnacionais, a partir de 2012. Na área do trabalho, que apresentou participação residual na maior parte do período, os repasses foram ampliados entre 2013 e 2015, em meio a um volume total reduzido, motivados pelo esforço de retomada de estratégias de apoio à elaboração de planos de carreira e às medidas de desprecarização do trabalho nos estados e municípios, bem como da criação do Prêmio InovaSUS pelo DEGERTS.

Em que pesem os avanços, algumas análises apontaram o caráter 'tímido', pontual e ainda insuficiente da política no enfrentamento dos problemas da escassez e má distribuição de médicos no SUS. Discute-se a necessidade de maior regulação pública sobre a formação e o exercício profissional da categoria, e

de melhor compreender os efeitos da convivência das lógicas do sistema público com o sistema privado na saúde e as disputas que dela decorrem (Ferla e Possa, 2013; Feuerwerker, 2013; Rodrigues et al., 2013). Esse aspecto não constituiu o objeto da política no período estudado.

O Pró-Residência apresentou certa capacidade de induzir mudanças, ao estruturar critérios para a priorização de especialidades médicas e de locais com necessidades. Evidenciou-se a criação de programas de residência em estados que ainda não contavam com formação em diversas especialidades; duplicação de vagas entre 2009 e 2014; e sua melhor distribuição, sobretudo no Norte e Nordeste, mantida, entretanto, a concentração no Sudeste (Petta, 2013; Alessio e Sousa, 2016).

Por outro lado, o Programa lidou com problemas na efetivação da abertura da vaga de residência, mesmo com a crescente aprovação das vagas pleiteadas e ociosidade em especialidades priorizadas pela política, como MFC e Pediatria. Essas especialidades registraram aumentos mais substantivos em número de vagas, juntamente com a Psiquiatria, mas com menor procura pelos médicos recém-formados. Entre 2009 e 2014, a taxa de ociosidade de vagas de MFC ficou em torno de 70% (Alessio e Sousa, 2016; Petta, 2013). Avalia-se que o Pró-Residência teve contribuição limitada na promoção do equilíbrio na relação oferta/demanda de médicos especialistas para o SUS (Rodrigues et al., 2013).

Em relação ao PROVAB, indica-se sua contribuição para a qualificação do cuidado na atenção básica e o surgimento de uma nova lógica de formação médica no Brasil, fortalecida no desenho do PMM. O benefício do bônus para ingresso na residência médica desempenhou papel na atração de profissionais, embora estivesse presente a instabilidade relacionada à permanência no território, baixa adesão à oferta do curso de Especialização em Atenção Básica pela UNA-SUS e insuficiências na supervisão e avaliação dos participantes. Na edição de 2012 do PROVAB, apenas 26% dos médicos foram efetivamente contratados pelos municípios (Carvalho e Sousa, 2013; Lima et al., 2016; Cortez et al., 2019).

Quanto ao PMM, algumas análises o consideram como a medida que mais claramente representou a ação estatal na regulação sobre a profissão. Houve maior transversalidade sobre os desafios de distribuição geográfica, distribuição por nível (generalistas e especialistas) e disponibilidade de médicos no SUS (Oliveira et al., 2017). O Programa desempenhou papel importante na redução da escassez de médicos em determinadas regiões, nas melhorias da relação médico/paciente e no fortalecimento da atenção básica à saúde (Rios e Teixeira, 2018). No período de março de 2013 a setembro de 2015, foi observado um aumento significativo na oferta de médicos na Atenção Básica e queda do número de municípios brasileiros com escassez destes profissionais: de 1.200 para 777 (Girardi et al., 2016).

Como limites, indica-se a não proposição de medidas de regulação profissional que considerem o exercício da medicina no setor privado e a sua relação com o sistema público universal (Rodrigues et al., 2013). Além disso, as iniciativas de expansão de vagas e cursos, pelo PMM, favoreceram a ampliação do setor privado no ensino médico brasileiro (Scheffer e Dal Poz, 2015), com persistência da inadequação do perfil formativo, demandando intensificação de ações de formação e educação permanentes (Rios e Teixeira, 2018). Outro limite refere-se à possibilidade de maior dependência de municípios com o programa federal, em função da substituição da mão de obra médica regularmente contratada, como observado no Norte e Nordeste (Girardi et al., 2016).

O estudo priorizou o papel dos atores governamentais na trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde. Ressalta-se a importância de outros estudos para o aprofundamento da perspectiva relacional, de modo a identificar diferentes atores e grupos sociais que também influenciam os resultados do percurso temporal da política.

Conclusões

A análise da trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde evidenciou avanços na sua institucionalidade, com financiamento regular e crescente; ampliação e diversificação de iniciativas estruturantes; inovação nos mecanismos de implementação, parcerias e diferentes formatos

de execução. As ênfases e escolhas de políticas repercutiram na valorização da área de educação, com perda de espaço das estratégias de gestão e regulação do trabalho em saúde.

No contexto da priorização da educação na saúde, a agenda governamental, paulatinamente, direcionou o foco para os problemas referentes à profissão médica no SUS. Saiu-se de uma situação de ações pontuais, no início do governo Lula, para o estabelecimento da medicina como prioridade e marco do governo Dilma.

As experiências de provimento e fixação de médicos no SUS do governo Lula foram incorporadas na agenda do período Dilma, configurando um elemento de continuidade. Esse processo ocorreu combinado a elementos de mudança, pela incorporação de novas opções de políticas, ajustes institucionais de fortalecimento da atuação federal sobre a temática, incluindo as alterações nas modalidades de aplicação predominantes no financiamento da política em seus diferentes momentos.

O Programa Mais Médicos também é resultante dessa dinâmica da trajetória estudada, influenciado pela priorização da educação na saúde, e suas experiências desde 2003, e a ênfase da medicina na agenda governamental. A iniciativa representou avanços no equacionamento dos problemas de formação e incorporação de médicos no sistema de saúde brasileiro, permanecendo, entretanto, desafios como o fortalecimento das relações de trabalho e a regulação profissional no setor privado.

Informações do artigo

Contribuições dos autores

Concepção, desenvolvimento, análise das informações, redação e revisão do artigo: HSA Dias, LD Lima e M Teixeira.

Financiamento

O estudo foi parcialmente financiado pelo Edital do Proex-Capes-ENSP 2016. LD Lima é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conflitos de interesses

Declaramos não haver potenciais conflitos de interesses.

Considerações éticas

CAAE: 55993716.6.0000.5240 Parecer: 1.647.249

Referências

ALESSIO, Maria M.; SOUSA, Maria F. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 633-667, jun. 2016.

ALMEIDA, Célia. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, out. 1997.

AMARAL, Jorge L. *Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência, nos anos 90 na ordenação de recursos humanos para o SUS. 2002*. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

ANDREAZZI, Maria F. S. Empresa brasileira de serviços hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 275-284, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 16 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BROEK, Ankie V. D. et al. *Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health: tracking survey*. Geneva: World Health Organization, 2010.

CARVALHO, Manoela; SANTOS, Nelson R.; CAMPOS, Gastão W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, set. 2013.

CARVALHO, Mônica S.; SOUSA, Maria F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 17, n. 47, out./dez. 2013.

CORTEZ, Lyane R. et al. The retention of physicians to primary health care in Brazil: motivation and limitations from a qualitative perspective. *BMC Health Services Research*, v. 19, n. 1, dez. 2019.

DAL POZ, Mario R. A crise da força de trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1.924-1.926, out. 2013.

DIAS, Henrique S.; LIMA, Luciana D.; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.613-1.624, jun. 2013.

DRUCK, Graça. A Terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 15-43, nov. 2016. Suplemento 1.

FERLA, Alcindo A.; POSSA, Lisiane B. Gestão da educação e do trabalho na saúde: enfrentando crises ou enfrentando o problema? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 17, n. 47, p. 927-928, dez. 2013.

FEUERWERKER, Laura C. M. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 17, n. 47, p. 929-930, dez. 2013.

FEUERWERKER, Laura C. M.; MARSIGLIA, Regina. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v. 12, n. 1, p. 24-28, jul. 1996.

FRANÇA, Tânia et al. Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1.817-1.828, jun. 2017.

FREIDSON, Eliot L. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row, 1970.

GIAIMO, Susan. *Markets and medicine: the politics of health care reform in Britain, Germany, and the United States*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2009.

GIRARDI, Sábado N. et al. Impacto do programa mais médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2.675-2.684, set. 2016.

GOMES, Romeu A. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p. 67-80.

GONÇALVES JUNIOR, Oswaldo; GAVA, Gustavo B.; SILVA, Murilo S. Programa mais médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 872-887, dez. 2017.

HAM, Christopher; HILL, Michael. *The policy process in the modern capitalist State*. Hertfordshire: Haverster Wheatsheaf, 1993.

SEGATTO, Catarina I.; BÉLAND, Daniel; MARCHILDON, Gregory P. Federalism, physicians, and public policy: a comparison of health care reform in Canada and Brazil. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, p. 1-16, maio 2019.

IMMERGUT, Ellen. *Health politics: Interest and institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press, 1992.

LABRA, Maria E. Associativismo no setor saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 193-225, 1993.

LIMA, Eduardo J. F. et al. Como os egressos do Proavb e aprovados na residência avaliaram a experiência? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 40, n. 4, p. 731-738, dez. 2016.

LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristiane V.; GERASSI, Camila D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, Ruben A.; BAPTISTA, Tatiana W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 181-220.

MACEDO Carlyle G.; SANTOS, Izabel.; VIEIRA, Cesar A. B. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. *Educación Médica y Salud*, Washington D.C., v. 14, n. 1, p. 62-75, 1980.

MACHADO, Cristiani V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Editora Museu da República, 2007.

MACHADO, Cristiani V.; BAPTISTA, Tatiana W. F. A agenda federal da saúde: dinâmica e prioridade. In: MACHADO, Cristiani V.; BAPTISTA, Tatiana W. F.; LIMA, Luciana D. (Org.). *Políticas de Saúde no Brasil continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 324.

MACHADO, José L. M. A participação da ANDES-SN na Cinaem: o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 177-180, ago. 1999.

MACHADO, Maria. H. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

MACIEL FILHO, Rômulo. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. 2007. 262f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

MACIEL FILHO, Rômulo; BRANCO, Maria A. F. *Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

MAGNAGO, Carinne et al. Política de gestão do trabalho e educação em saúde: a experiência do ProgeSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1.521-1.530, maio 2017.

MARQUES, Eduardo C. Notas críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. *BIB: Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 43, 1997.

MEDEIROS, Katia R.; TAVARES, Ricardo A. W. Questões contemporâneas da gestão do trabalho em Saúde: em foco a Lei de Responsabilidade Fiscal. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 57, p. 563-571, maio 2012.

MORAN, Michel. *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, the United States, and Germany*. Manchester: Manchester University Press; 1999.

OLIVEIRA, Ana P. C. et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1.165-1.180, abr. 2017.

OLIVEIRA, Neilton A. et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 32, n. 3, p. 333-346, set. 2008.

PETTA, Helena. L. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 37, n. 1, p. 72-79, 2013.

PIERANTONI, Célia R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PIERANTONI, Célia R.; VIANA, Ana L. D. V. *Educação e Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

PIERSON, Paul. *Politics in time: history, institutions and social analysis*. Princeton University Press, 2004.

PIRES-ALVES, Fernando; PAIVA, Carlos H. A.; HOCHMAN, Gilberto. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 819-829, jun. 2008.

PORTELA, Gustavo Z. et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2.237-2.246, jul. 2017.

QUEIROZ, Marcos S. Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 318-325, 1991.

RIOS, David. R. S.; TEIXEIRA, Carmen. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 794-808, set. 2018.

RODRIGUES, Paulo H. A. et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1.147-1.166, 2013.

ROSA, Soraya D.; LOPES, Roseli E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, nov. 2009.

SCHEFFER, Mario C.; DAL POZ, Mario R. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Human Resources for Health*, v. 13, n. 1, dez. 2015.

SIMÕES, Anete P. Os núcleos de desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 553-560, out./dez. 1986.

TEIXEIRA, Marcia; OLIVEIRA, Roberta G.; ARANTES, Rosana F. Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In: MACHADO, Cristiani V.; BAPTISTA, Tatiana W. F.; LIMA, Luciana D.; (Org.). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 197-228.