

**LEGADOS HISTÓRICOS QUE INFLUENCIARAM A FORMULAÇÃO DO MAIS MÉDICOS E QUE DECORREM DE SUA IMPLEMENTAÇÃO**Hêider Pinto<sup>a</sup><https://orcid.org/0000-0002-8346-1480>Ana Maria Lima<sup>b</sup><https://orcid.org/0000-0002-9285-194X>**Resumo**

Este artigo analisa a trajetória, de 1960 até 2021, das políticas que buscaram enfrentar a questão (*issue*) das insuficiências na oferta e formação de médicos para o sistema de saúde. Foi utilizado o método *process tracing*, com uso de análises bibliográfica, documental e de entrevistas com dirigentes governamentais do período de 2003 a 2019. Os recursos teóricos do Neoinstitucionalismo Histórico e da Teoria da Mudança Institucional Gradual foram utilizados para analisar legados históricos que influenciaram a formulação do Programa Mais Médicos (PMM), que decorreram de sua implementação e que seguem influenciando políticas posteriores. Entre os principais legados no período pré-SUS estão o Projeto Rondon, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e as tentativas de implementar o serviço civil obrigatório. Após o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se mudanças institucionais para sua implementação, a Estratégia de Saúde da Família, experiências estaduais de cooperação com Cuba, dois programas de provimento e dois de incentivos às mudanças curriculares dos cursos de medicina, alteração da lei do financiamento estudantil e no processo de revalidação dos diplomas estrangeiros de medicina. Embora a partir de 2016 tenham sido realizadas mudanças no PMM, os legados do programa dificultaram sua suspensão, seguem influenciando programas como o Médicos pelo Brasil (PMPB) e fez o governo atual usar a institucionalidade do PMM, e não a do PMPB, para enfrentar a crise sanitária decorrente da pandemia da covid-19.

<sup>a</sup> Médico. Doutor em Políticas Públicas e Pós-Doutorando em Saúde Coletiva. Docente na Universidade Federal da Bahia e na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: heiderpinto.saude@gmail.com

<sup>b</sup> Cirurgiã-dentista. Mestra e Doutoranda em Saúde Coletiva. Docente na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: anamariafsl@gmail.com

**Endereço para correspondência:** Universidade Federal da Bahia. Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, Canela. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40110-100. E-mail: heiderpinto.saude@gmail.com

A análise evidenciou rupturas, continuidades, transformações e inclusões nas políticas de regulação, formação e provimento de médicos para o sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Recursos humanos em saúde. Educação médica. Política pública.

## HISTORICAL LEGACIES THAT INFLUENCED THE FORMULATION OF THE MAIS MÉDICOS PROGRAM AND THOSE DERIVED FROM ITS IMPLEMENTATION

### **Abstract**

This paper analyzes the trajectory, from 1960 to 2021, of policies addressing the issue of shortages in the supply and training of physicians for the health care system. Data was collected by means of bibliographic and documental analysis and interviews with government leaders from 2003 to 2019, using the process tracing method. Historical Neo-institutionalism and the Theory of Gradual Institutional Change were used to analyze historical legacies that influenced the formulation of the Mais Médicos Program (PMM), that derived from its implementation, and that continue to influence subsequent policies. Among the main legacies in the pre-SUS period are the Rondon Project, the Program for Interiorization of Health and Sanitation Actions, and the attempts to implement compulsory civil service. After the Unified Health System (SUS) establishment, institutional changes for its implementing stand out: the Family Health Strategy, state experiences of cooperation with Cuba, two provision programs and two incentive programs for curricular changes in medical courses, changes in the student financing law, and in the revalidation process of foreign medical degrees. Although changes have been made to the PMM since 2016, its legacies have made its suspension difficult, continue to influence programs such as Médicos Pelo Brasil (PMPB), and led the current government to use the PMM institutionality, rather than that of the PMPB, to address the COVID-19 pandemic health crisis. The analysis unveiled ruptures, continuities, transformations and inclusions in the policies for regulating, training, and providing doctors for the health system.

**Keywords:** Human resources for health. Medical education. Public policy.

### Resumen

Este artículo analiza la trayectoria, desde 1960 hasta 2021, de las políticas que buscaron abordar el tema (*issue*) de las insuficiencias en la oferta y formación de médicos para el sistema de salud. Se utilizó el método *process tracing*, con el análisis bibliográfico, documental y entrevistas a funcionarios gubernamentales en el periodo desde 2003 hasta 2019. Se utilizaron los recursos teóricos del Neoinstitucionalismo Histórico y la Teoría del Cambio Institucional Gradual para analizar los legados históricos que influyeron en la creación del Programa Más Médicos (PMM), en su implementación y que continúan influyendo en las políticas posteriores. Entre los principales legados del periodo anterior al SUS están el Proyecto Rondon, el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento y los intentos de implementación del servicio civil obligatorio. Tras el surgimiento del Sistema Único de Salud (SUS), se destacan cambios institucionales para su implementación: la Estrategia de Salud Familiar, experiencias estatales de cooperación con Cuba, dos programas de prestación de servicios y dos de promoción de cambios curriculares en los cursos de medicina, reforma de la ley de financiación de estudiantes y en proceso de revalidación de títulos extranjeros de medicina. Aunque se hicieron cambios en el PMM a partir de 2016, los legados del programa dificultaron su interrupción, continúan influyendo en programas como el de Médicos para Brasil (PMPB) e hicieron que el gobierno actual utilizara el marco institucional del PMM, y no el de el PMPB, para enfrentar la crisis sanitaria derivada de la pandemia del Covid-19. El análisis mostró rupturas, continuidades, transformaciones e inclusiones en las políticas de regulación, formación y disposición de médicos para el sistema de salud.

**Palabras clave:** Recursos humanos en salud. Educación médica. Política pública.

### INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado no Brasil em 2013 pelo governo federal para responder à questão (*policy issue*) das insuficiências na oferta e formação de profissionais médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo três eixos: provimento, infraestrutura e formação. Pinto<sup>1</sup> analisou a formação da agenda e do processo de formulação do PMM e verificou que, na literatura que aborda o programa, predominam estudos com recortes temporais mais estreitos, focados principalmente no ano de 2013. Parte dos estudos

atribui às grandes manifestações de rua denominadas “Jornadas de junho” a principal razão pela qual o PMM entrou na agenda governamental<sup>2-4</sup>; contudo, a conclusão de que o PMM foi uma tentativa de responder à pressão das ruas, através de uma formulação feita às pressas para responder à um problema antigo, esteve associada ao foco desses estudos no ano de 2013 e ao fato da formulação do programa ter sido sigilosa.

Pinto<sup>1</sup> aponta que as “Jornadas de Junho” foram um dos elementos do contexto político que catalisou o lançamento do PMM, juntamente à posse dos novos prefeitos, pela queda de popularidade do governo federal e pela aproximação das eleições de 2014. O autor verificou ainda que o enfrentamento da questão das insuficiências na oferta de médicos entrou na agenda governamental logo no começo da primeira gestão presidencial de Dilma Rousseff, em 2011, tendo a formulação do PMM iniciado em 2012, quase um ano e meio antes de seu lançamento, e que, embora seja uma questão antiga, a insuficiência dos médicos se agravou de forma relevante na década de 2000 e aumentou a percepção e importância atribuída pela população e atores do setor saúde e do sistema político em geral.

Em relação à sua implantação no eixo de provimento, um ano depois de seu lançamento, já era o maior programa de provimento de profissionais de saúde do Brasil e, em 2015, alcançou quatro mil municípios e 63 milhões de pessoas atendidas<sup>5</sup>. O eixo de infraestrutura foi responsável por triplicar os recursos federais destinados à construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), somando mais de vinte mil obras, e o eixo de formação promoveu a maior expansão e interiorização de cursos de medicina da história do país<sup>1</sup>.

Embora o PMM contemple inovações nas políticas de saúde no Brasil, a exemplo do recrutamento internacional de médicos realizado pelo governo federal, argumentamos que ele é parte de uma longa trajetória de formulação e implementação de políticas de regulação, formação e provimento médicos que se situam em uma interface de responsabilidades entre o Ministério da Saúde (MS) e da Educação (MEC). Observam-se muitos elementos de continuidade e alguns de ruptura com a trajetória de políticas dessa área. Vale notar que, em 2011, os dois referidos ministérios já haviam criado o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), que pode ser considerado um precursor do eixo Provimento do PMM, além disso, existem programas de provimento de profissionais de saúde no Brasil desde a década de 1960<sup>6</sup>. Defendemos que essas e outras experiências influenciaram a construção do PMM, de modo que, para compreender as condições de entrada na agenda, formulação e implementação do programa, é importante analisar a trajetória dessas políticas no Brasil. Esta é a contribuição original deste artigo,

cujo objetivo é analisar essa trajetória, da década de 1960 até 2021, buscando identificar legados históricos, institucionais e ideacionais, que influenciaram a formulação do PMM, que decorreram dele, o influenciaram e ainda podem seguir influenciando políticas posteriores. Este estudo se justifica pela importância do PMM como política de saúde e pela necessidade de compreender melhor trajetórias de longo prazo de políticas públicas, inclusive, para projetar cenários e políticas futuras.

### MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo é fruto de uma pesquisa de doutoramento (CEP-UFRB-05760818.9.1001.0056), um estudo de caso, do PMM, que adotou o *process tracing* enquanto estratégia metodológica, com análise das trajetórias históricas, documentos, transcrições de entrevistas e outras fontes para compreender possíveis explicações, cadeias e mecanismos causais do caso em análise<sup>7</sup>. A análise bibliográfica apoiou a resposta às questões de pesquisa e a construção da trajetória das políticas de provimento de profissionais da saúde da década de 1960 a 2021. A análise documental focou no período de 2011 a 2021, a partir do início do governo que criou o PMM, priorizando como fontes de dados normas e documentos oficiais. As entrevistas semiestruturadas restringiram-se a 19 informantes-chave que atuaram na formulação governamental das políticas de regulação, formação e provimento no período de 2003 a 2019, período que corresponde ao primeiro ano de governo da coalizão governante que lançou o PMM em 2013, até o primeiro ano do atual governo, que construiu uma proposta para substituir o PMM, denominada Programa Médicos pelo Brasil (PMPB). As técnicas de Análise de Conteúdo<sup>8</sup> e de Análise Crítica do Discurso Político<sup>9</sup> foram utilizadas para tratar as entrevistas.

A análise foi dirigida à caracterização da trajetória das políticas de regulação, formação e provimento médicos no Brasil com especial atenção aos legados históricos, institucionais e ideacionais, que influenciaram a formulação do PMM e àqueles que, decorrentes deste, têm influenciado e devem seguir influenciando as políticas subsequentes na área. Além disso, foi considerada a participação dos três principais atores coletivos identificados nessa trajetória<sup>1</sup>, tratados teoricamente como comunidades de política (CP), entendidas como grupos mais ou menos coesos de atores individuais e coletivos que compartilham objetivos e ideias sobre quais devem ser os resultados de políticas setoriais, atuando de maneira coordenada para afetar processos decisórios e tornar os seus posicionamentos predominantes no governo<sup>10</sup>. As Comunidades de Políticas estão detalhadas no **Quadro 1** quanto à sua composição, bem como ao que defendem.

**Quadro 1** – Comunidades de Políticas. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

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

Fonte: Elaboração própria com base em Pinto (2021)<sup>1</sup>.

A análise do material empírico se apoiou nos recursos teóricos do Neoinstitucionalismo Histórico, que dá ênfase aos legados históricos, entendendo que fatos anteriores estabelecem parâmetros e influenciam decisões, eventos subsequentes e a dinâmica da relação agente/estrutura. Valoriza-se tanto a análise dos atores sociais e de seus objetivos, compostos por interesses e ideias (crenças, preferências e preocupações), quanto a análise da posição que ocupam em um dado arranjo institucional, permitindo-lhes manejar recursos e regras (poderes) para alcançar seus objetivos. Além disso, atribui às instituições o papel de modelar tanto as ideias e objetivos dos atores quanto suas estratégias e escolhas<sup>11-14</sup>. Nesta perspectiva, a história importa. A ordem dos acontecimentos afeta o modo como eles acontecem e uma determinada trajetória restringe os caminhos possíveis.

Considerando mais especificamente as trajetórias das políticas públicas, entende-se que uma política constitui instituições, tanto organizações formais quanto

regras que estruturam o comportamento e efeitos institucionais de constrangimento ao comportamento dos atores políticos e às decisões que podem ser tomadas para a formulação ou mudança de políticas. Os chamados efeitos de “dependência de trajetória”, “*policy feedback*”, “*lock-in*” e “efeitos de aprendizagem” tratam da influência de políticas públicas no processo de formulação ou mudança delas mesmas e de outras políticas posteriores. Quando as políticas pregressas, estabelecem “*regras do jogo*”, influenciando a alocação de recursos econômicos e políticos; estruturam o processo de tomada de decisões e protegem os arranjos institucionais estabelecidos; criam incentivos à organização de determinados grupos, favorecem a constituição de atores e redes comprometidos com seu funcionamento e manutenção; modelam identidades; contribuem para a formação dos objetivos e preferências; e informam, dão significado à realidade, bem como afetam o processo de aprendizagem, influenciando o modo como os atores percebem e pensam sobre os problemas e as soluções. Assim, existem custos políticos, administrativos e econômicos associados à mudança de uma política ou à adoção de trajetórias alternativas e, deste modo, percebe-se um efeito de continuidade, de inibição de mudanças<sup>15,16</sup>. Para Menicucci, “uma vez adotada, uma política tende a ser readotada” porque “passa a ser considerada a resposta natural, levando os decisores a apenas ajustá-la marginalmente para acomodá-la a novas situações”<sup>16:51</sup>.

Contudo, reconhecer a “dependência de trajetória” não pode dificultar a identificação de momentos de mudança institucional nos quais a arquitetura institucional é significativamente reconfigurada<sup>11</sup>. A Teoria da Mudança Institucional Gradual (TMIG)<sup>17</sup> concebe as instituições como instrumentos de distribuição desigual de recursos carregados de implicações de poder e, por isso, repletos de tensões. Muitas instituições têm a intenção específica de distribuir recursos para alguns atores e não para outros. Assim, na medida em que os arranjos institucionais vigentes são mais favoráveis a uns do que outros, a estabilidade institucional exige uma ação permanente de grupos dominantes, que atuam em uma dada posição e condições nas quais são privilegiados, buscando usar as instituições para manter ou aumentar sua posição de poder. A mudança se torna possível quando começam a romper os equilíbrios vigentes, podendo ser desencadeadas por dispositivos distintos e acontecer devido a fatores externos ou internos, dependendo das características do processo em análise. Com isso, para a TMIG, a estabilidade institucional repousa não apenas em sua acumulação com o tempo, mas também na mobilização contínua de recursos por quem tenta mantê-la contra quem luta para mudá-la. Isso faz com que uma fonte importante de mudança sejam as mudanças no equilíbrio de poder.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A QUESTÃO TOMADA COMO OBJETO PELAS POLÍTICAS EM ANÁLISE

Verificou-se grande desigualdade na distribuição de médicos entre países pobres e ricos e, internamente nestes, entre suas regiões mais pobres e mais ricas, sendo encontradas áreas subatendidas na maioria dos países, especialmente nas localidades mais distantes dos centros urbanos, com baixa renda média, com pequena estrutura de serviços e socioeconomicamente mais vulneráveis. A distribuição geográfica dos médicos é um problema gerado por diversos fatores, tais como desequilíbrios mercadológicos entre demanda e oferta de trabalho; maior capacidade de formação e de atração das áreas mais ricas por fatores econômicos, profissionais, educacionais, sociais e de estilo de vida; e existência de instituições “extra-mercado” que criam barreiras ao ajuste demanda-oferta, como atuação das organizações médicas impedindo ou dificultando a ampliação da formação de médicos no país e atuação de médicos estrangeiros. Apesar disso, a expressão geográfica do desenvolvimento socioeconômico desigual é, em última análise, a principal restrição para se alcançar uma distribuição equilibrada de médicos<sup>6,18-21</sup>.

No Brasil, os médicos, os serviços privados de saúde, as escolas de medicina e os programas de residência médica estão concentrados nas cidades maiores e mais ricas, naquelas cujo mercado consumidor tem volume suficiente para viabilizar um macrossetor da saúde mais robusto<sup>19,21-23</sup>. Com relação à qualidade da educação médica, seja na graduação ou na residência, há convergência na literatura nacional e internacional quanto à sua inadequação às necessidades da população e dos sistemas de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera esse tema uma questão a ser enfrentada por todos os países que, segundo ela, devem orientar a formação em função das necessidades de seus sistemas de saúde, quantitativa e qualitativamente<sup>18,24-26</sup>.

Essas diretrizes não podem ser implementadas sem regulação e ação do Estado no mercado. Há décadas organismos multilaterais promovem pesquisas e propõem que seus membros adotem políticas que enfrentem esses problemas<sup>6,18,25</sup>. Essas e outras ideias – entendidas aqui também como quadros cognitivos, estruturas normativas, estudos, evidências, recomendações de políticas –, bem como os programas formulados e implementados ao longo dos anos no Brasil na área de regulação, formação e provimento médicos, produziram efeitos de trajetória e influenciaram as políticas que lhes sucederam, entre elas, o PMM. No **Quadro 2**, há uma síntese, em ordem cronológica, com os legados identificados como os mais relevantes a influenciar as políticas da área.

**Quadro 2** – Descrição e periodização das mais importantes políticas de regulação, formação e provimento médicos que constituíram legados para a trajetória de políticas para a área. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

Política	Descrição	Período
Projeto Rondon	Participação voluntária e temporária (férias).	1968-1989
Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)	Implantação de estrutura de AB em comunidades de até vinte mil habitantes. Teve um eixo de construção de UBS. Recrutou atendentes de enfermagem e auxiliares de saúde e saneamento nas próprias comunidades.	1976-1985
Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus)	Repasse de recursos para que os municípios pudessem contratar médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde. Garantia de moradia e recursos para reforma e construção de UBS.	1993-1995
Serviço civil obrigatório	Diferentes modos de criar exigências para que os médicos em formação ou formados possam atuar em áreas subatendidas. Implementado em mais de setenta países, mas nunca no Brasil.	-
Atuação de médicos cubanos em estados do Brasil	Autorização com base em acordo internacional para o exercício da medicina de médicos cubanos em alguns estados brasileiros.	1998 a 2002
Programa de Interiorização dos Profissionais de Saúde (PITS)	Provimento de médicos, enfermeiros e dentistas por bolsa, com processo de formação EaD, supervisão não permanente, obrigação de moradia e apoio local.	2001 a 2004
Pró-Residência	Estímulo à criação e qualificação de Programas de Residência. Inicialmente médica e depois também as multiprofissionais.	2009 -
Programa de Valorização dos Profissionais da AB (Provab)	Provimento de médicos, enfermeiros e dentistas com processo de formação EaD, supervisão não permanente, bonificação de 10% na seleção para residência médica, obrigação de moradia e apoio local e pagamento inicialmente por repasse e depois por bolsa.	2011 a 2015
Plano Nacional de Educação Médica	Plano de expansão de vagas de graduação de medicina em IES públicas e privadas.	2012 a 2013
Programa Mais Médicos (PMM)	Eixos provimento emergencial, infraestrutura e formação.	2013 -

Fonte: Elaboração própria.

## LEGADOS HISTÓRICOS QUE INFLUENCIARAM A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS EM ANÁLISE E O PMM

Nas Américas, os chamados serviços civis obrigatórios inauguraram as ações que visavam prover profissionais de saúde às áreas subatendidas. Implementado no México nos anos 1930, foi replicado em diversos países da região contando com a colaboração da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina. Os objetivos centrais dessas medidas são o provimento de atenção à saúde em áreas subatendidas e a ampliação do contingente de profissionais formados e preparados para o trabalho na Atenção Básica (AB). Seus formatos apresentam maior ou menor articulação entre universidades e serviços de saúde, diferentes combinações

de incentivos monetários e não monetários, como os relacionados à moradia, alimentação e apoio técnico<sup>6</sup>. Existindo ou já tendo existido com diferentes formatos em 70 países<sup>18</sup>, debatido e presente com maior ou menor força ao longo das décadas na agenda setorial, o serviço civil obrigatório nunca foi implementado no Brasil, mas seu formato influenciou a trajetória das políticas brasileiras na área.

Antes da instituição do SUS, dois programas merecem destaque, o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). O primeiro, criado em 1968 e encerrado em 1989, previu a atuação voluntária e temporária de estudantes, não só de saúde, em áreas vulneráveis prioritizadas. Após dez anos, sem conseguir produzir os efeitos esperados, dirigentes e formuladores do Projeto Rondon sugeriram a implementação do serviço civil obrigatório e de campi avançados para a interiorização dos cursos de medicina<sup>6</sup>. A interiorização foi uma importante estratégia do eixo Formação do PMM, e a proposta do “Segundo Ciclo de Formação”, prevista na Medida Provisória (MP) do PMM, não chancelada pelo Congresso, exigia a realização de um estágio obrigatório de dois anos em áreas com necessidade para a conclusão do curso de medicina, medida similar a alguns formatos de serviço civil obrigatório. Já o Piass, criado em 1976 e encerrado em 1985, buscou implementar infraestrutura de AB em comunidades de até vinte mil habitantes construindo UBS, como o PMM em seu eixo de infraestrutura. Partindo do diagnóstico de que não era possível recrutar e prover profissionais de nível superior, foram recrutados atendentes de enfermagem e auxiliares de saúde e saneamento nas próprias comunidades atendidas.

Houve três mudanças institucionais na década de 1990 bastante relevantes à análise realizada neste estudo: a regulamentação e início de implementação do SUS, com todo seu processo de descentralização, arranjo institucional, mecanismos de financiamento, repasse fundo a fundo e fóruns de decisão; a formulação e implementação do que depois foi denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF); e a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e de instrumentos que foram se desdobrando dela, como diretrizes curriculares, mecanismos de avaliação do ensino superior e lógicas de autorização de cursos. Nesse período, o primeiro programa de provimento foi o “Programa de Interiorização do SUS” (Pisus), criado em 1993 e implementado parcialmente até 1995. Em meio ao processo de descentralização e já gozando dos novos instrumentos de repasse de recursos, repassava financiamento federal para que os municípios contratassem os profissionais. No contexto de implementação inicial da ESF, o Pisus focou no provimento de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Além disso, previa a garantia de moradia para os profissionais vindos de outros municípios, o que foi incorporado em todos os programas de provimento

posteriores, e, tal como o Pias e o PMM, destinou recursos para reforma e construção de UBS. A institucionalidade do SUS e da Atenção Básica no Brasil foi uma base a partir da qual partiram todos os programas de provimento após o Pias. Não aconteceu no Brasil a criação de um programa por fora da institucionalidade da política de AB, como ocorreu, por exemplo, na Venezuela, com o Programa Barrio Adentro e com o Projeto Rondon e Pias.

A ESF, induzida fortemente pelo recém criado Piso de Atenção Básica Variável, cobria, no fim de década de 1990, aproximadamente um quarto da população, e foi reconhecida como uma política que conseguiu ampliar a presença de profissionais de saúde em áreas com maior necessidade, reduzindo as desigualdades na distribuição de médicos<sup>6,19-21,27</sup>. A permanência da dificuldade de atração e fixação de médicos em diversas áreas que seguiam subatendidas fez com que alguns governos estaduais tentassem solucionar o problema. Uma destas iniciativas com repercussão nacional foi feita pelo estado de Tocantins, em 1998, que se baseou legalmente na Convenção Regional de Reconhecimento de Estudos, Títulos e Diplomas de Ensino Superior na América Latina e no Caribe, de 1974, celebrou um acordo de intercâmbio internacional com o governo de Cuba e autorizou a atuação de, aproximadamente, 140 médicos cubanos na AB e em hospitais em cerca de cinquenta municípios. Na sequência, os estados do Acre, Roraima e Pernambuco fizeram o mesmo, contudo, a forte reação da CP-M Liberal promoveu a revogação da Convenção no Congresso e retirou a base institucional que viabilizava a medida, interrompendo esses programas estaduais. Portanto, destaca-se que 15 anos antes do PMM existiram programas estaduais que recrutavam médicos cubanos para atuar no SUS e que funcionaram por, aproximadamente, 4 anos.

No segundo governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), retorna à agenda política o projeto do serviço civil obrigatório, tema de diversos projetos de lei no Congresso Nacional e recorrentemente recomendado pelas Conferências Nacionais de Saúde<sup>1</sup>. Embora tenha sido formulada uma proposta, a oposição da CP-M Liberal fez o governo recuar e tentar uma alternativa voluntária, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), criado em 2001<sup>6</sup> (Entrevistas 3 e 12). O PITS ofertou uma bolsa de integração ensino-serviço articulada a uma especialização, supervisão técnica ao bolsista e exigiu contrapartida municipal através de moradia e transporte<sup>6</sup>. As duas políticas de provimento do governo Dilma Rousseff, o Provac e o PMM, incluíram todos esses elementos que estiveram presentes no PITS. O PITS chegou a trezentos municípios com 421 profissionais, sendo 181 médicos e 240 enfermeiros<sup>6</sup>. Em 2004, foi interrompido devido a uma avaliação dos dirigentes do MS de que ele não representava uma política efetiva nem de formação, nem de provimento, uma vez que não conseguia recrutar médicos na quantidade necessária, especialmente para

as áreas subatendidas (Entrevistas 12, 13 e 17). Verifica-se os legados ideacionais do PITS ao Provac e PMM, sobretudo por esses dois últimos absorverem o formato do primeiro, contudo, não se pode dizer o mesmo dos legados institucionais, tendo em vista que o PITS não estruturou instrumentos de políticas pública nem organizações atuantes em sua defesa, que tenham participado da formulação do Provac e do PMM.

Em decorrência da LDB e da ação de uma rede de atores sociais que defendiam mudanças na educação médica, em 2001, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCN-M). No mesmo ano, o MS e o MEC criam o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), com repasse de recursos financeiros para apoiar iniciativas de mudanças convergentes com as DCN-M. Os dirigentes do MS no início do primeiro governo Lula destacaram preferir outro formato de política de mudança na graduação, tais como aquelas que compuseram o chamado Aprender-SUS a partir de 2003, com foco na mobilização e fortalecimentos de grupos nacionais e locais que atuavam pela mudança da educação médica. Contudo, a pressão dos atores sociais ligados aos cursos de medicina contemplados pelo Promed e a demanda pela ampliação do mesmo feita pelos dirigentes das demais IES da saúde fez com que o MS, juntamente ao MEC, ampliasse o Promed para atender ao conjunto das profissões da saúde (Entrevistas 12, 13 e 17). Nesse sentido, em 2005, foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), dirigido aos cursos das quatorze profissões da área da saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde. Os resultados insuficientes dessas políticas para reorientação dos cursos e implementação das DCN-M geraram aprendizados que, mais tarde, foram relevantes para a decisão do MEC e MS de, no eixo de formação do PMM, migrarem do formato de estrutura de incentivos para instrumentos de política regulatórios que exigiam a conformidade dos cursos às DCN-M e novas normas criadas pelo PMM, tais como tempos mínimos de internato, obrigatoriedade de estágios em certas áreas e serviços do SUS entre outras (Entrevistas 4, 5, 14, 18 e 19).

Em 2010, último ano do segundo governo Lula, foi implementado o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), publicada a portaria que instituiu o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira, o Revalida, e aprovada a lei que alterou o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies) para estimular o provimento médico. O Pró-Residência, lançado pelo MS e MEC, ampliou a oferta de bolsas de residência médica induzindo a expansão em especialidades e regiões prioritárias para o SUS e com um modelo de formação mais coerente com as necessidades do SUS. O PMM

ampliou esse programa e o incorporou no eixo de formação, juntamente a outras medidas – como o novo itinerário de formação de especialistas, o cadastro nacional de especialistas e o planejamento da força de trabalho, a avaliação unificada da residência e a formação de preceptores –, passando a compor o que foi chamado de Mais Médicos Residência (Entrevistas 4, 5, 8, 12, 17, 18 e 19). Inspirado na National Health Service Corps (NHSC), criada nos Estados Unidos da América (EUA) em 1972, a alteração na lei do Fies previu a concessão de moratória e abatimento da dívida de médicos, que usaram o financiamento, que optassem pela atuação na ESF em áreas subatendidas ou que fizessem residência médica em especialidades consideradas prioritárias pelo MS. O modelo de análise e de definição das áreas prioritárias para alocação para a regulamentação e implementação da lei, ocorrida em 2011 no primeiro ano do governo Dilma, foi a base dos modelos utilizados primeiro no Provac e depois no PMM (Entrevistas 3, 4 e 15). A criação do Revalida foi uma solução alternativa a uma trajetória que vinha sendo bloqueada pela CP-M Liberal. Esta atuou pela revogação do acordo de reconhecimento de diplomas na América Latina e Caribe, que tinha permitido alguns estados autorizarem o exercício de médicos cubanos no fim dos anos 1990 e impediu que acordos bilaterais entre países da América fossem aprovados no Senado, permitindo o reconhecimento mútuo de diplomas. O Revalida não mudou a norma vigente, as universidades seguiram sendo as instituições que podiam revalidar os diplomas, contudo, agora existiria uma avaliação centralizada, otimizada e organizada pelo MEC, com apoio do MS. Os dirigentes do MS não esperavam com o Revalida aumentar de maneira relevante a quantidade de médicos atuando no Brasil, ele foi uma medida que buscou superar as grandes restrições impostas pela CP-M Liberal ao processo de validação de diplomas no país que impedia sistematicamente milhares de médicos brasileiros formados no exterior de atuar em seu próprio país (Entrevistas 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 15 e 19).

#### LEGADOS HISTÓRICOS MOBILIZADOS NO PROCESSO DE CRIAÇÃO DO PMM E RESULTANTES DE SUA IMPLEMENTAÇÃO

Após a eleição da presidenta Dilma, ainda no período de transição do governo, especialistas em saúde e políticos ligados à área apontaram a questão da insuficiência de médicos como um condicionante da expansão do acesso e do cumprimento de promessas feitas na campanha, como aumento da cobertura da ESF e ampliação do acesso às urgências. Nos discursos de posse tanto de Dilma quanto do novo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, foi anunciado que seriam formuladas medidas para enfrentar essa questão. Nos primeiros seis meses de governo foram estudadas políticas sobre as quais havia evidências de sucesso. Um ano

antes, a OMS havia publicado revisões de estudos sobre políticas que visavam o provimento – e formação de profissionais de saúde realizada por grupos de pesquisadores reconhecidos dos cinco continentes, que tiveram influência nas políticas formuladas e implementadas no governo Dilma (Entrevistas 3; 4; 5; 15; 16). Uma síntese das intervenções desenvolvidas nos diversos países está no **Quadro 3**.

**Quadro 3** – Categorização de intervenções governamentais para melhorar o recrutamento, contratação e retenção de pessoal da saúde em áreas subatendidas. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

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

Fonte: Pinto (2021)<sup>1</sup>.

Oliveira et al.<sup>28</sup> apontaram que evidências científicas foram fatores decisivos na justificação, formulação e modelagem do PMM. Um processo que evidenciou isso, bem como a atuação de pesquisadores, como os da Rede Observatórios de Recursos Humanos, na construção de diagnósticos e proposição de soluções para a questão foi o Seminário

Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde, realizado em abril de 2011. A análise documental mostrou que diversas recomendações foram incorporadas no desenho com o qual o Provab foi formulado, como a criação de uma bonificação de 10% na seleção da residência médica para os médicos do programa. Não obstante, no conjunto, o Provab continua a trajetória das políticas de provimento e, em grande parte, reproduz o desenho do PITS. Assim como, em 2001, o PITS foi uma alternativa voluntária à proposição do serviço civil obrigatório, rejeitada pela CP-M Liberal e com dificuldades de avanço no Congresso Nacional nas duas décadas anteriores, o Provab foi novamente dez anos depois. Este, inclusive, quando iniciou sua formulação, era chamado genericamente pelo governo de Serviço Civil Voluntário. Em um primeiro momento, o Provab previu a contratação por meio dos municípios, assim como no Pitus. Depois, criou uma bolsa custeada e oferecida diretamente pelo governo federal, como foi no PITS. A institucionalidade construída para ofertar esta bolsa foi fruto de um aprendizado com os problemas de legalidade e sustentabilidade apresentados na oferta da bolsa do PITS e com a experiência bem-sucedida da bolsa do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), criado em 2008 (Entrevistas 12 e 17).

De 2003 a 2010, ocorreu grande expansão das vagas de ensino superior no país, mas não houve uma política dirigida à expansão dos cursos de medicina. Diferentemente, já no segundo semestre de 2011, foi anunciado o Plano Nacional de Educação Médica (PNEM), prevendo a expansão de vagas de residência médica e de graduação (2.500), principalmente nas instituições de ensino superior (IES) públicas, visando ampliar a formação e aumentar a proporção de médicos por habitantes no país, que na época era de 1,8/1.000, considerada baixa pelo governo. Em 2012, o Revalida havia apresentado uma aprovação de apenas 12% dos candidatos, o incentivo dos Fies para médicos atuarem em área subatendidas ainda não tinha sido implementado, o Provab só tinha conseguido prover 381 médicos em 201 municípios e o PNEM só havia conseguido criar 1.063 vagas de graduação em medicina, sendo quatrocentas em IES públicas e 663 em privadas<sup>1</sup>. Um aprendizado gerado a partir da reflexão sobre esses resultados foi que o governo deveria pensar iniciativas mais efetivas. Havia a percepção, no governo e entre membros da CPM-Sanitário, de que se chegara a um esgotamento de propostas que, como as iniciativas anteriores, não enfrentavam limites estabelecidos pela CP-M Liberal, evitando conflitos com a mesma (Entrevistas 4, 10, 12, 14, 15, 17 e 19). Nesse sentido, dirigente do MS no governo Lula e integrante da CPM-Sanitário declarou:

“Foi o esgotamento, uma pressão social muito pesada e a conversa com as entidades médicas [...] não adianta, não tem produção de acordo, não tem produção de alternativa compartilhada [...]. Possibilidades que não eram um enfrentamento drástico [...] foram testadas. Tinha que chegar em alguma outra muito mais ousada.” (Entrevista 17).

Em fevereiro de 2012, decidiu-se que teria que ser feito um programa que realizasse um recrutamento internacional de médicos, com metas mais ousadas e instrumentos mais efetivos de expansão de vagas de medicina.

“Há uma frustração e, de fato, leva-se para a Presidência: “olha temos que partir para alguma coisa mais ousada, porque os instrumentos dos institutos tradicionais que nós temos dentro do nosso âmbito de governança são insuficientes”. Nesse diagnóstico, identificamos que seria praticamente impossível atacar o problema unicamente com profissionais médicos formados no Brasil pela via tradicional. Nós teríamos que encontrar uma solução para ter a força de trabalho de profissionais diplomados em outros países.” (Entrevista 14).

“Começa a construir o Mais Médicos mesmo em 2012. Você já sabia que teria a necessidade de um programa mais abrangente que o Provac que não daria certo só com os médicos recém-formados que quisessem fazer residência e ganhar ponto.” (Entrevista 10).

Identificou-se um processo de formulação do PMM com duração de 16 meses, em meio a um conturbado contexto político que gerou uma janela de oportunidade para seu lançamento em junho de 2013. O programa foi criado por MP e foi composto por três eixos: provimento, infraestrutura e formação. Foram legados do eixo de provimento as evidências e políticas no mundo sobre o provimento de profissionais de saúde e a trajetória dessas políticas no Brasil, analisada na presente seção. O Provac, especialmente, legou ao PMM uma capacidade de formação massiva por educação à distância estruturada na UNA-SUS, uma necessidade legal de programas cuja bolsa prevê formação em serviço; a estrutura de decisão e execução do Provac, envolvendo comissões locais de gestão do programa, representantes dos três níveis de governo e das IES, um corpo técnico-administrativo, que foi ampliando sua capacidade ao longo da realização do Provac, e diversos aprendizados sobre o que seria necessário fazer e quais recursos mobilizar para ter sucesso na execução de um programa com amplo como chegou a ser o PMM. Dirigentes do MS responsáveis pela formulação e gestão do Provac e do PMM destacaram isso em suas entrevistas:

“O Provac foi um certo ensaio [do PMM] [...] um ensaio para lidar com essa magnitude de municípios do país.” (Entrevista 4).

“[...] quais seriam os recursos reais que nós teríamos para enfrentar a demanda [de médicos]? A experiência do Provac foi fundamental, [...] uma espécie de embrião do desenho do Mais Médicos, a sua estrutura de supervisão, de acompanhamento pelas universidades, da seleção dos municípios, da indicação das unidades básicas de saúde. Tudo isso a gente aprendeu com a experiência do Provac, e ela nos ajudou a ter clareza de qual era o tamanho da demanda dos municípios.” (Entrevista 16).

A experiência de Cuba e da Opas com acordos de cooperação e intercâmbios de médicos também foi decisiva, porque conferiu aos decisores segurança para lançar um programa que poderia recorrer a milhares de médicos cubanos para responder à demanda dos municípios caso o recrutamento nacional e internacional de médicos não fosse o suficiente, como de fato aconteceu: os médicos brasileiros ocuparam menos de 10% das vagas demandadas no primeiro chamamento do PMM. O eixo de infraestrutura foi construído a partir do programa Requalifica-UBS, criado em 2011 para a realização de obras de construção de novas UBS, bem como reforma e ampliação daquelas já implantadas. Com o PMM, o orçamento do Requalifica-UBS foi triplicado, saiu de 1,7 bilhão para 4,9 bilhões de reais<sup>1</sup>. Os municípios que recebiam médicos do PMM assumiam o compromisso de melhorar a infraestrutura das UBS, por meio dos recursos do Requalifica-UBS.

O eixo de formação recebeu legados institucionais e incorporou o Pró-Residência. Resultou de aprendizados do próprio Pró-Residência, do Promed, do Pró-Saúde, da implantação insuficiente das DCN-M publicadas em 2001 e do PNEM. Esses aprendizados fizeram com que o PMM utilizasse instrumentos de política pública do MEC – como a avaliação do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes) e a possibilidade de impor sanções, como a suspensão do ingresso de novos estudantes – para determinar o cumprimento das novas DCN-M previstas no programa; criasse um novo modo de regular a abertura, induzir a expansão e interiorização das vagas de graduação em medicina, seja a expansão de campi nas públicas ou o mecanismo de editais para expansão de escolas privadas para municípios que não tinham escolas de medicina; e criasse o Cadastro Nacional de Especialistas para acessar os dados das entidades médicas e, junto aos do MEC e MS, identificar a distribuição territorial dos especialistas e planejar sua formação.

Com a MP, tentou-se criar a obrigatoriedade dos estudantes de medicina de atuarem por dois anos na AB do SUS para obter o diploma, o que foi chamado de “Segundo

Ciclo de Formação”. Essa medida foi vista pelos atores sociais como uma nova tentativa de implementar o serviço civil obrigatório, contudo, a forte oposição da CP-M Liberal, de docentes e estudantes de medicina e os efeitos dessa oposição no Congresso Nacional, que precisava aprovar a MP para convertê-la em lei, fizeram o governo recuar da proposta. Ao mesmo tempo, mudanças da MP para a Lei foram inspiradas em legados ideacionais de experiências internacionais, como do Reino Unido, e de movimentos de mudança da educação médica dos anos 1990, em especial, formulações da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), movimentos e organizações dos quais participaram os principais formuladores do PMM (Entrevistas 4, 5, 15, 16, 18 e 19).

Após a destituição de Dilma Rousseff da Presidência e a ascensão de Michel Temer, houve troca de direção do MS e MEC, posicionando dirigentes mais influenciados pela CP-M Liberal, e as novas gestões assumiram com intenções declaradas de reverter mudanças realizadas pelo PMM. No eixo de formação, o mais prejudicado com Temer, há a paralisação de iniciativas em curso e revogação de medidas estruturantes, como a interrupção da Avaliação Nacional do Ensino Médico (Anasem) e moratória de abertura de escolas públicas, e com o governo de Jair Bolsonaro, eleito em 2018, retirada da lei do novo itinerário de formação de médicos especialistas. Embora a direção do MS que assumiu com Temer tenha manifestado publicamente a intenção de fazer mudanças no PMM, a pressão de diversos atores políticos – gestores municipais e estaduais, população, CP-M Sanitário e parlamentares nas três esferas de governo – junto à Presidência, associada à dificuldade de manter o provimento, as ofertas e resultados que estavam sendo alcançados com o PMM substituindo-o por outro programa que pudesse prescindir de seus instrumentos, fez com que o eixo de provimento seguisse ao longo do governo Temer sem mudanças qualitativas significativas (Entrevista 1, 6, 7 e 11).

Com a eleição de Bolsonaro em 2018, foi suspensa a cooperação internacional com a Opas e Cuba, o que resultou em uma redução drástica de 50% na quantidade de médicos alocados pelo PMM. Foi instituído legalmente o PMPB que, apesar de um forte discurso de crítica aos feitos dos governos anteriores, reproduziu o eixo de provimento do PMM, mas sem o recrutamento internacional e sem a autorização para o exercício profissional no país de médicos formados fora e sem registro no Brasil. Apesar disso, as dificuldades para implementar o PMPB, a demanda dos municípios por médicos atuando na AB, a pressão da população, que ficou desassistida em razão da redução do PMM e dos atores sociais, que assumiram a defesa

política dessas reivindicações – CP-M Sanitário, gestores municipais e estaduais, parlamentares e organizações das populações e grupos atendidos – e, ainda, o agravamento da situação sanitária decorrente da pandemia da covid-19 exigiram que o governo atual utilizasse a institucionalidade do PMM, e não do PMPB. Uma decisão que visou prover médicos e tentar responder a essas demandas, voltar a recrutar médicos brasileiros formados no exterior e autorizar sua atuação sem a realização do Revalida, depois de ter interrompido esse processo e contradizendo o discurso com o qual assumiu; e permitir até mesmo a recontração de médicos cubanos para atuar em áreas com necessidade. Vale ressaltar que o Congresso Nacional teve papel relevante na instituição e viabilização de algumas dessas medidas.

Destaca-se que governos estaduais, assim como o federal e o Congresso Nacional, mobilizaram legados do PMM para tentar mitigar os danos causados pela redução da cobertura do PMM e responder à crise sanitária da pandemia da covid-19. Antes da crise sanitária, os governos do Espírito Santo e Ceará criaram programas de provimento com bolsas estaduais e/ou municipais associadas a processos de formação em serviço com desenho e estrutura de supervisão e tutoriais inspirados no PMM. Bahia e Espírito Santo investiram na expansão das residências em Medicina de Família e Comunidade para formar e prover médicos na AB. Já no contexto da pandemia, para responder rapidamente à alta demanda e falta de profissionais, estados como o Pará e Sergipe apoiaram-se na Lei do PMM para recrutar e autorizar o exercício emergencial de médicos formados no exterior sem registro no Brasil, que tinham ou não atuado antes no PMM. A resolução do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste, que tratou das Brigadas Emergenciais de Saúde, também contemplou diversas medidas inspiradas no PMM e motivou os governos do Maranhão e da Bahia a evoluir as universidades estaduais e instituírem processos de revalidação de diplomas associados a programas de formação ensino-serviço no qual esses médicos, em processo de avaliação, atuavam cuidando das pessoas, mas sob supervisão.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo analisou a trajetória das políticas que buscaram enfrentar a questão das insuficiências na oferta e formação de médicos para o sistema de saúde com ênfase nos legados históricos, institucionais e ideacionais, que têm influenciado a formulação de políticas na área. Elucidamos as principais rupturas, continuidades e transformações ocorridas nessa trajetória, com foco no que influenciou a formulação e implementação de uma política como o PMM.

Observou-se importante estabilidade institucional na trajetória das políticas de regulação, formação e provimento médicos caracterizada pela reprodução de fórmulas associada

a uma mudança lenta e gradual. Nesta trajetória, políticas anteriores, implementadas no Brasil e no mundo, influenciaram a formulação de políticas posteriores, condicionadas por limites estabelecidos pelas CP-M Liberal e CP-R Mercado. Foram evidenciados efeitos de dependência de trajetória, por exemplo, na grande semelhança entre PITS, Provab e eixo de provimento do PMM e PMPB, além de efeitos de aprendizagem, seja na construção de novas fórmulas mais aceitas pelos atores sociais que as tentadas anteriormente, como é o caso do Revalida, seja decidindo entrar em conflito e superar limites impostos por determinados atores em busca de medidas mais efetivas.

Uma mudança no contexto político e nos atores que dirigiam o governo federal no período de 2011 a 2013, associada a outros fatores, como o agravamento do problema da insuficiência de médicos no SUS e o aumento da relevância dada a essa questão pelos atores do sistema político, desequilibrou a correlação de forças e permitiu mudanças institucionais mais significativas. Primeiro o Provab e, depois, de modo mais contundente, o PMM foi fruto desse processo no qual atores integrantes da CP-M Sanitário conseguiram ultrapassar limites vigentes desde o início da trajetória analisada e instituir políticas informadas por ideias mais progressistas e convergentes com os princípios do SUS. Nova mudança no contexto político e a CP-M Liberal e CP-R Mercado conseguiu promover mudanças no PMM, retomando em parte a trajetória anterior, mas legados institucionais e ideacionais foram constituídos a ponto de um governo, que assumiu anunciando que findaria o programa, foi obrigado a mantê-lo e ampliá-lo novamente no eixo de provimento, depois de ter sido responsável por uma redução drástica. Estes atores continuam disputando essas políticas e as evidências produzidas neste artigo podem contribuir para novas atualizações das respostas e políticas federais em cenários futuros, sobretudo nos quais a correlação de forças não esteja novamente favorável à CP-M Sanitário.

### **COLABORADORES**

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Hêider Pinto e Ana Maria Freire Lima.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Hêider Pinto e Ana Maria Freire Lima.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Hêider Pinto e Ana Maria Freire Lima.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Hêider Pinto e Ana Maria Freire Lima

## REFERÊNCIAS

1. Pinto HA. O que tornou o Mais Médicos possível? Análise da formação da agenda e do processo de formulação do Programa Mais Médicos. Tese [Doutorado em Políticas Públicas] – Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.
2. Couto MP, Salgado ED, Pereira AE. O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil. *Tempus Actas*. 2015;9(4):97-113.
3. Ribeiro DD, Pelegrini T, Rodrigues CT. Implementação e prospecções do Programa Mais Médicos no Brasil sob o enfoque do modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon. *Espacios*. 2017;38(38):17-31.
4. Macedo AS, Alcântara VC, Andrade LFS, Ferreira PA. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cad EBAPE BR*. 2016;14(1):593-618.
5. Pinto HA, Oliveira FPD, Santana JSS, Santos FDODS, Araujo SQD, Figueiredo AMD, Araújo GDD. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface*. 2017;21(supl.1):1087-101.
6. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007.
7. Bennett A, Checkel JT, editores. *Process tracing: From metaphor to analytic tool*. Cambridge: Cambridge University Press; 2015.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições; 2014.
9. Fairclough I, Fairclough N. *Political discourse analysis: A method for advanced students*. London: Routledge; 2013.
10. Côrtes SV, Lima LL. A contribuição da sociologia para a Análise de Políticas públicas. *Lua Nova*. 2012;(87):33-62.
11. Hay C. Constructivist institutionalism. In: Rhodes RAW, Binder SA, Rockman BA, editores. *The Oxford handbook of political institutions*. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 56-74.
12. Fligstein N. Habilidade social e a teoria dos campos. *Fórum*. 2007;47(2):61-80.
13. Côrtes SMV, Silva MK. Sociedade civil, instituições e atores estatais: interdependências e condicionantes da atuação de atores sociais em fóruns participativos. *Estud Sociol*. 2010;15(29):425-44.
14. Lima LD, Machado CV, Gerassi CD. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: Mattos RA, Baptista TWF. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre (RS): Rede Unida; 2011. p. 111-37.

15. Pierson PL. Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
16. Menicucci TMG. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde. *Locus*. 2009;15(2):47-70.
17. Mahoney J, Thelen K. A theory of gradual institutional change. In: Mahoney J, Thelen K. *Explaining institutional change: Ambiguity, agency, and power*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 1-37.
18. World Health Organisation. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: WHO; 2010.
19. Girardi SN, Carvalho CL, Maas LD, Farah J, Freire JA. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia de Saúde da Família. *Divulg Saúde Debate*. 2010;(45):11-23.
20. Pierantoni CR, Dal Poz MR, Girardi S. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em Saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2012. p. 157-68.
21. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Relatório final: Estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde nível superior no Brasil entre 1991 e 2010. Belo Horizonte (MG): UFMG; 2014.
22. Médici AC. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. *Cad Saúde Pública*. 1986;21(3):132-46.
23. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al., coordenadores. *Demografia médica no Brasil – 2020*. São Paulo (SP): Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina; 2020.
24. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
25. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
26. Pinto HA, Andreazza R, Ribeiro RJ, Loula MR, Reis AACD. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. *Interface*. 2019;23(supl.1):e170960.

27. Pinto HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. *Saúde em Redes*. 2018;4(1):35-53.
28. Oliveira APCD, Poz MRD, Craveiro I, Gabriel M, Dussalt G. Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: estudo de caso múltiplo. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2):e00220416.

Recebido: 20.12.2021. Aprovado: 23.2.2022. Publicado: 7.7.2022.