

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Henrique Sant'Anna Dias

**Do diálogo à ruptura:** interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde

Rio de Janeiro

2018

Henrique Sant'Anna Dias

**Do diálogo à ruptura: interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Dias de Lima.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Marcia Teixeira.

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

D541d      Dias, Henrique Sant'Anna.  
Do diálogo à ruptura: interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde. / Henrique Sant'Anna Dias. -- 2018.  
187 f. : il. ; graf. ; tab.

Orientadora: Luciana Dias de Lima.  
Coorientadora: Marcia Teixeira.  
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Recursos Humanos em Saúde. 3. Médicos. 4. Sociedades. I. Título.

CDD – 22.ed. – 610.6952

Henrique Sant'Anna Dias

**Do diálogo à ruptura:** interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 27 de março de 2018.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto  
Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva

Prof.<sup>a</sup> Dra. Celia Regina Pierantoni  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social

Prof.<sup>a</sup> Dra. Monica Vieira  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Inês Carsalade Martins  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marcia Teixeira (Coorientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Dias de Lima (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

Dedico este trabalho aos brasileiros que lutam pelo direito universal à saúde e reafirmam esta conquista social.

Saúde é Cidadania! Saúde é Democracia!

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho não se finalizaria sem os seus “co-autores” que, das mais diversas formas, acreditaram no projeto e não me deixaram desanimar diante dos enormes desafios vividos nesse período. Muito obrigado!

Agradeço aos meus pais Antonio e Waldiva, minha irmã Cynthia, meu afilhado Bernardo, minhas tias Iêda e Valmira (dinda) e meu primo Marcelo pelo incentivo, preocupação e carinho, assim como ao meu primo Carlos e à sua esposa Amanda.

À Moema pelo respeito e paciência nos momentos de ausência, quando recebi e senti ainda mais forte o seu amor. Obrigado, você é uma tremenda parceira! À minha cunhada Arianna, ao Rodrigo e à pequena Marina por me proporcionarem uma convivência repleta de afeto e confiança. Vocês são muito especiais. Agradeço também à minha sogra Magda, sempre na torcida e interessada em saber o andamento da tese.

Aos primos Helen e Felipe (e ao Pedro), ao quais sempre serei grato por toda ajuda e incentivo desde a minha mudança para o Rio de Janeiro. À Leila (que divide comigo o interesse pelo campo da Saúde Coletiva), ao Rafael e à tia Del, que certamente emanam energia positiva para mim. Obrigado Leila e Rafa pela vinda do Lorenzo! Tio Wilton, Sandra e Alice, obrigado pelas lembranças e preocupações, mesmo eu estando bem ausente nesses quatro anos. Ao amigo Eric e toda sua família pelo carinho demonstrado sempre que vou a Salvador.

Às minhas queridas orientadoras Luciana e Marcia. Vocês foram fundamentais para que a tese fosse finalizada. Obrigado pelo cuidado comigo e pela forma generosa como conduziram a minha trajetória na pós-graduação em Saúde Pública. Aprendi muito nas orientações, momentos dos quais mais sentirei saudades, incluindo as discussões ampliadas sobre política, interesses, História, sistema político e, em particular o período recente pelo qual vive o Brasil.

À professora Roberta Gondim, agradeço especialmente pela troca ao longo do estágio em docência na disciplina de Políticas de Saúde no Brasil I; à professora Cristiani Machado, pelo apoio que me deu ao longo do curso e por se interessar na discussão que fiz na tese; à professora Tatiana Wargas por sempre demonstrar preocupação com a minha caminhada na pós-graduação.

Às professoras Vera Pepe, Lenice Reis, Cátia Oliveira, Cláudia Osório, Carla Reis, Claudia Pereira e Mariana Albuquerque, pela ajuda nos momentos difíceis, pela torcida e por me concederem um afastamento temporário do trabalho no projeto da Rede Zika, permitindo que eu pudesse me dedicar à escrita da tese. Também deixo o meu agradecimento à professora Margareth Portela pela ajuda carinhosa em 2017.

Ao quadro docente da ENSP-Fiocruz, aos demais funcionários da Escola, à equipe da Biblioteca de Saúde Pública (Rita e Gisele, em especial); e ao apoio financeiro do PROEX, que permitiu o custeio parcial do trabalho de campo. Aos 24 entrevistados no âmbito do estudo, agradeço pelo material rico que forneceram a partir das suas falas, expressando visões sobre a política nacional e sobre o movimento médico no Brasil.

Aos professores Mario Roberto Dal Poz (IMS-UERJ) e Elina Pessanha (IFCS-UFRJ), pela oportunidade que tive em cursar suas disciplinas, importantes contribuições para o estudo que desenvolvi. Às professoras que integraram a banca de qualificação e/ou defesa: Inês Carsalade, Celia Pierantoni, Monica Vieira e Isabela Pinto. Também agradeço ao Professor Carlos Paiva, que participou da banca de qualificação do projeto da tese. Recebi relevantes contribuições e provocações que me permitiram grande amadurecimento sobre tema.

Aos amigos da turma de doutorado de 2014. Obrigado pelo apoio, troca e aprendizado.

Aos amigos que reencontrei durante a pesquisa de campo em 2017. Obrigado, Kleber e Priscilla por terem me acolhido em suas casas em São Paulo e em Vitória, respectivamente; Obrigado, Rachel, amiga desde os tempos do ginásio, pelo seu carinho e de sua família, vivido presencialmente durante um dia em Brasília.

Aos meus grandes amigos Gilson, Cris, Henrique e Midiã (incluindo os pequenos: Caio, Bianca e Pedro). Ter a amizade de vocês é das melhores coisas que o Rio me proporciona. Obrigado por tantas alegrias vividas (e tristezas também), pelas confraternizações e compartilhamento de valores e visões sobre o Brasil: igualitário e justo. Ao Chamon e ao Bruno, pela preocupação e por terem me ajudado com recursos tecnológicos e café (risos).

Às amigas e colegas de SES-RJ Marta Pina e Waleska Guerra que, em diferentes momentos, foram as responsáveis por permitirem que eu cursasse o doutorado até o fim. Mulheres de fibra e grandes exemplos de superação. Agradeço também à minha amiga Flávia Figueiredo por todo o carinho, preocupação e disponibilidade para longas conversas e aconselhamentos. Sinto saudades da convivência diária, mas meu muito obrigado por estar, mesmo longe, presente nas nossas vidas. Aos Especialistas na Gestão de Saúde da SES-RJ, especialmente Adriana Justo, Vivian Studart, Anderson Lourenço, Dayse Muller, Suzane Gattass e Felisbela Costa.

Aos amigos dentistas Alexandra, Nadilson, Gimena, Laíra, André, Thaís, Camila. Agradeço pela torcida e pelo carinho de sempre, ainda que não estejamos em convívio diário como nos tempos da faculdade.

Por fim, ao SUS, a razão da minha trajetória profissional. Temos um longo caminho para fortalecê-lo. Todos aqui indicados são parte dessa tarefa. Obrigado!

*Não existe educação neutra, toda neutralidade afirmada é uma opção escondida.*

PAULO FREIRE



## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar as interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde no Brasil de 2003 a 2015. Buscou-se compreender os aspectos político-institucionais e os condicionantes históricos da atuação das entidades médicas nacionais (FENAM, CFM e AMB), as características da política nacional e as relações estabelecidas entre agentes governamentais e da corporação. A pesquisa ancorou-se no campo da análise da política pública e utilizou contribuições do institucionalismo histórico e construtivista, da análise setorial e do enfoque do Estado-na-sociedade (*State-in-society approach*), além de conceitos sociológicos. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com a utilização das seguintes estratégias metodológicas: revisão bibliográfica; mapeamento e análise documental; e realização de entrevistas abertas com atores governamentais e da corporação médica. Nos governos Lula (2003-2010), foram observados três momentos da interação governo-corporação médica: o primeiro, de 2003 a meados de 2005, compreendeu a estruturação da política nacional, a articulação corporativa sustentada no objetivo de fortalecimento e unidade médica nacional e relações de diálogo e participação em instâncias governamentais, favorecidas pelo desenho da política; o segundo momento (meados de 2005 a meados de 2007) registrou certa ênfase da medicina no conteúdo da política, consolidação da aliança e atuação conjunta das entidades e manutenção das relações de diálogo e participação em espaços de acomodação das tensões; e no terceiro (meados de 2007 a 2010), evidenciou-se centralidade da medicina na agenda governamental, com crescente mobilização das entidades voltada para o SUS e conquistas decorrentes da sua atuação junto ao governo. Entre 2011 e 2015 (governo Dilma I e 1º ano do 2º mandato), identificou-se dois momentos: o primeiro (2011-2012), marcado pela medicina como objeto prioritário da política, em contexto de mudanças na conduta governamental, intensificação das mobilizações corporativas em torno do SUS e tensões no diálogo com o governo; no segundo, o provimento de médicos tornou-se marco de governo, acompanhado de deterioração das relações com as entidades médicas, ruptura e oposição da corporação ao governo federal. Concluiu-se que a atuação política das entidades é condicionada historicamente, remetendo às suas origens e trajetórias; a política governamental combinou ênfase gradativa na profissão médica, mas com alterações nas suas diretrizes e regras de operacionalização, saindo da situação de diálogo para a de ruptura, com prejuízos à negociação e possibilidade de perda de apoio dos médicos ao projeto do SUS.

Palavras-chave: Política pública de saúde. Recursos humanos em saúde. Médicos. Organizações profissionais. Sistema Único de Saúde

## ABSTRACT

This work aimed to analyze interactions between federal government and medical societies in work and education on health national policy in Brazil from 2003 to 2015. We sought to understand the political and institutional aspects and the historical elements of Brazilian medical societies (FENAM, CFM e AMB), the characteristics of the national policy and the relations established between government officials and medical entities. The research has anchored in public policy analysis field and used contributions from Historical and Constructivist Institutionalism, Sectorial Analysis and State-in-society approach, as well as sociology concepts. A qualitative study was performed with the use of the following methodological strategies: review of bibliography; documents identification and their content analysis; and interviews with governmental and medical entities actors. In Lulas' governments (2003-2010) three moments of government-medical societies interaction were observed: the first one, from 2003 to mid-2005, involved the structuring of national policy, the articulation of entities with the aim of strengthening medical unit nationally and relations based on dialogue and participation in government arenas, motivated by policy design; the second moment (mid-2005 to mid-2007) presented some emphasis on medicine in policy content, consolidation of the entities' alliance and maintenance of dialogue and participation in government spaces aiming to resolve tensions; and the third one (mid-2007 to 2010) showed medicine as central on Government agenda, with growing mobilization of entities dedicated to the SUS and their achievements resulting from actions. From 2011 to 2015 (Government Dilma I and first year of her second term), two moments were observed: the first one (2011-2012) was marked by the medicine as priority object of the national policy, in a context of changes in governmental conduct, intensification of mobilization around the SUS and tensions in the dialogue with the Government; and the second, in which the provision of doctors became Government highlight, accompanied by deterioration of relations with medical societies, with rupture and increasing opposition to federal Government. The study concluded that entities political actions is historically conditioned, referring to their origins and trajectories; Government policy combined gradual emphasis on medical profession, but with changes to its guidelines and rules of operation, reducing the predominant situation of dialog with losses to the negotiation process and the possibility of loss of physicians support to the SUS project.

Keywords: Public health policy. Health manpower. Physicians. Societies. Unified Health System

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |     |
|--|-----|
| Quadro 1 - Eixos, categorias, variáveis de análise e fontes dos dados.....   | 31  |
| Quadro 2 - Elementos referentes às origens, trajetórias de atuação e configuração institucional atual da FENAM (SMB), AMB e CFM.....             | 53  |
| Gráfico 1 Percentuais de médicos em geral e médicos especialistas por região, Brasil, 2014.....  | 56  |
| Gráfico 2 Distribuição dos vínculos de trabalho de médicos, Brasil, 2012.....  | 58  |
| Tabela 1 - Evolução do número de cursos de medicina, vagas, inscritos no vestibular, ingressos, matriculados e egressos, Brasil 2003 a 2014..... | 65  |
| Gráfico 3 Relação inscrições/vagas de medicina, Brasil, 2003 a 2014.....   | 66  |
| Gráfico 4 Evolução do número de cursos de medicina, segundo natureza jurídica, Brasil, 2003 a 2014.....  | 67  |
| Gráfico 5 Evolução das vagas de medicina, total e segundo natureza jurídica, Brasil, 2003 a 2014.....  | 67  |
| Gráfico 6 Evolução do número de cursos de medicina, segundo regiões, Brasil, 2003 a 2014.....  | 69  |
| Gráfico 7. Evolução das despesas executadas com trabalho e educação na saúde SGTES/MS. Brasil, 2004-2015.....                                    | 136 |
| Gráfico 8. Evolução dos repasses fundo a fundo para ações de trabalho e educação na saúde, MS. Brasil, 2003-2015.....                            | 137 |
| Quadro 3. Momentos das interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde, Brasil, de 2003 a 2015.....    | 146 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|          |   |
|----------|---|
| ABEM     | Associação Brasileira de Educação Médica                                    |
| ABRASCO  | Associação Brasileira de Saúde Coletiva                                     |
| ABRUEM   | Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais |
| AMB      | Associação Médica Brasileira  |
| AMS      | Pesquisa Assistência Médico-Sanitária                                       |
| ANDIFES  | Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino       |
| ANMR     | Associação Nacional de Médicos Residentes                                   |
| ANS      | Agência Nacional de Saúde Suplementar                                       |
| APM      | Associação Paulista de Medicina   |
| APS      | Atenção Primária à Saúde  |
| CAP      | Comissão de Assuntos Políticos  |
| CBHPM    | Classificação Brasileira de Honorários e Procedimentos Médicos              |
| CD       | Câmara dos Deputados  |
| CEP/ENSP | Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública             |
| CF       | Constituição Federal  |
| CFM      | Conselho Federal de Medicina  |
| CGR      | Colegiado de Gestão Regional  |
| CIB      | Comissão Intergestores Bipartite  |
| CIES     | Comissão Integração Ensino-Serviço  |
| CIGES    | Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde                    |
| CIRH     | Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos                             |
| CIT      | Comissão Intergestores Tripartite   |
| CMB      | Confederação Médica Brasileira  |
| CME      | Comissão Mista de Especialidades  |
| CMS      | Congresso Médico Sindicalista   |
| CNE      | Conselho Nacional de Educação   |
| CNRM     | Comissão Nacional de Residência Médica                                      |
| CNRMS    | Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde                  |
| CNS      | Conselho Nacional de Saúde  |

|          |  |
|----------|--|
| CNTU     | Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados |
| COAPES   | Contato Operativo da Ação Pública Ensino-Saúde                                 |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde                           |
| CONASS   | Conselho Nacional de Secretários de Saúde                                      |
| CONFEMEL | Confederação Médica Latino-americana   |
| CREMESP  | Conselho Regional de Medicina de São Paulo                                     |
| CRM      | Conselho Regional de Medicina  |
| CRTS     | Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde                                       |
| DAB      | Departamento de Atenção Básica   |
| DCN      | Diretrizes Curriculares Nacionais  |
| DEGERTS  | Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde                        |
| DEGES    | Departamento de Gestão da Educação na Saúde                                    |
| DEM      | Democratas (Partido Político)  |
| DENEM    | Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina                          |
| DEPREPS  | Departamento de Provimento e Regulação de Profissionais da Saúde               |
| EBSERH   | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares                                    |
| EC       | Emenda Constitucional  |
| ELAM     | Escola Latino Americana de Medicina  |
| ENADE    | Exame Nacional de Desempenho de Estudantes                                     |
| ENEM     | Encontro Nacional de Entidades Médicas   |
| EPSM     | Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde                              |
| FAIMER   | <i>Foundation for Advanced International Medical Education and Research</i>    |
| FBAM     | Federação Brasileira de Academias de Medicina                                  |
| FENAM    | Federação Nacional dos Médicos   |
| FIES     | Fundo de Financiamento Estudantil  |
| FMB      | Federação Médica Brasileira  |
| FONACATE | Fórum Nacional Permanente de Carreiras de Estado                               |
| GT       | Grupo de Trabalho  |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                |
| IES      | Instituições de Ensino Superior  |

|            |  |
|------------|--|
| IMS        | Instituto de Medicina Social (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)                        |
| INAMPS     | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social                                 |
| JAMB       | Jornal da Associação Médica Brasileira   |
| MEC        | Ministério da Educação   |
| MFC        | Medicina de Família e Comunidade   |
| MNNP-SUS   | Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde                               |
| MP         | Medida Provisória  |
| MS         | Ministério da Saúde  |
| NESCON     | Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Universidade Federal de Minas Gerais)                    |
| OAB        | Ordem dos Advogados do Brasil  |
| ObservaRH  | Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil                                       |
| OIT        | Organização Internacional do Trabalho  |
| OMS        | Organização Mundial de Saúde   |
| OPAS       | Organização Pan-Americana de Saúde   |
| PAC        | Programa de Aceleração do Crescimento  |
| PCCS-SUS   | Plano de Cargos, Carreiras de Salários do Sistema Único de Saúde                               |
| PEC        | Projeto de Emenda Constitucional   |
| Pet-Saúde  | Programa Nacional de Formação Pelo Trabalho para a Saúde                                       |
| PFL        | Partido da Frente Liberal  |
| PIB        | Produto Interno Bruto  |
| PL         | Projeto de Lei   |
| PMAQ-AB    | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica                       |
| PMM        | Programa Mais Médicos  |
| PNAD       | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  |
| PNEPS      | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  |
| PRM        | Programa(s) de Residência Médica   |
| PROADI-SUS | Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS                                      |
| PROEX      | Programa de Excelência Acadêmica (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) |

|                |  |
|----------------|--|
| PROMED         | Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas   |
| Pró-Residência | Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas                           |
| Pró-Saúde      | Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  |
| PROVAB         | Programa Nacional de Valorização do Profissional da Atenção Básica   |
| PSD            | Partido Social Democrático   |
| PSF            | Programa de Saúde da Família   |
| PT             | Partido dos Trabalhadores  |
| PV             | Partido Verde  |
| RAIS           | Relação Anual de Informações Sociais   |
| REME           | Movimento de Renovação Médica  |
| REVALIDA       | Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras |
| RM             | Residência Médica  |
| RMS            | Residência Multiprofissional em Saúde  |
| SAS            | Secretaria de Atenção à Saúde  |
| SBMFC          | Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade   |
| SC             | Saúde Coletiva   |
| SESu           | Secretaria de Ensino Superior  |
| SGTES          | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  |
| SIGRAS         | Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde   |
| SINAES         | Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior   |
| SindMed-RJ     | Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro  |
| SMB            | Sindicato Médico Brasileiro  |
| SUDS           | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde   |
| SUS            | Sistema Único de Saúde   |
| UERJ           | Universidade do Estado do Rio de Janeiro   |
| UFBA           | Universidade Federal da Bahia  |
| UFC            | Universidade Federal do Ceará  |
| UFMG           | Universidade Federal de Minas Gerais   |
| UNE            | União Nacional dos Estudantes  |
| VER-SUS        | Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde  |

## SUMÁRIO

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 1   | <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 16  |
| 2   | <b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....   | 23  |
| 2.1 | ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA.....  | 23  |
| 2.2 | ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....  | 32  |
| 3   | <b>A PROFISSÃO MÉDICA E SUAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS NACIONAIS</b> .....   | 39  |
| 3.1 | ASPECTOS SOCIOLÓGICOS DA PROFISSÃO E DO TRABALHO MÉDICOS.....  | 39  |
| 3.2 | AS ENTIDADES MÉDICAS NACIONAIS: ORIGENS, TRAJETÓRIAS E CONFIGURAÇÕES INSTITUCIONAIS.....   | 42  |
| 4   | <b>CONFIGURAÇÕES DOS MERCADOS DE TRABALHO E FORMATIVO EM MEDICINA NO BRASIL</b> .....  | 54  |
| 4.1 | PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE TRABALHO MÉDICO.....  | 54  |
| 4.2 | PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO MERCADO FORMATIVO EM MEDICINA.....   | 61  |
| 4.3 | NOTAS SOBRE A OFERTA DE RESIDÊNCIA MÉDICA.....   | 69  |
| 5   | <b>AS ENTIDADES MÉDICAS E A POLÍTICA NACIONAL DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO PERÍODO DE 2003 A 2010</b> .....  | 73  |
| 5.1 | FORTALECIMENTO E UNIDADE MÉDICA NACIONAL NO CONTEXTO DE UM NOVO PATAMAR DE ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE (2003 A JUNHO DE 2005).....      | 74  |
| 5.2 | CONSOLIDAÇÃO DA ALIANÇA CORPORATIVA NACIONAL, AVANÇOS NO LEGISLATIVO E MAIOR PRESENÇA DA MEDICINA NO CONTEÚDO DA POLÍTICA (JULHO DE 2005 A JUNHO/JULHO DE 2007)..... | 88  |
| 5.3 | INOVAÇÕES INSTITUCIONAIS E CENTRALIDADE DA MEDICINA NA AGENDA DA SGTES NO CONTEXTO DE MOBILIZAÇÕES E VITÓRIAS DO MOVIMENTO MÉDICO (JUNHO/JULHO DE 2007 A 2010).....  | 98  |
| 6   | <b>AS ENTIDADES MÉDICAS E A POLÍTICA NACIONAL DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO PERÍODO DE 2011 A 2015</b> .....  | 110 |
| 6.1 | PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE MÉDICOS COMO PRIORIDADE DA POLÍTICA, AMPLIAÇÃO DAS MOBILIZAÇÕES E TENSÕES NO DIÁLOGO COM O GOVERNO FEDERAL (2011 A 2012).....                | 110 |



|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 6.2 | A MEDICINA COMO MARCO DE GOVERNO, ESGOTAMENTO DO<br>DIÁLOGO, RUPTURA E OPOSIÇÃO AO GOVERNO FEDERAL (2013 A 2015)... | 121 |
| 7   | <b>INSTITUCIONALIDADE DA POLÍTICA, CONDICIONANTES DA<br/>ATUAÇÃO CORPORATIVA E DESFECHOS DAS INTERAÇÕES.....</b>    | 133 |
| 8   | <b>CONCLUSÕES.....</b>  | 151 |
|     | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | 154 |
|     | <b>APÊNDICE A – LEGISLAÇÃO CONSULTADA.....</b>  | 164 |
|     | <b>APÊNDICE B – DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS CONSULTADOS,<br/>EXCETO LEGISLAÇÃO.....</b>                               | 172 |
|     | <b>APÊNDICE C – DOCUMENTOS DAS ENTIDADES MÉDICAS<br/>CONSULTADOS.....</b>   | 174 |
|     | <b>APÊNDICE D – NOTÍCIAS DE INTERESSE CONSULTADAS.....</b>  | 176 |
|     | <b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<br/>– ATORES GOVERNAMENTAIS/ESTATAIS.....</b>            | 179 |
|     | <b>APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –<br/>ATORES DA CORPORAÇÃO MÉDICA.....</b>               | 181 |
|     | <b>APÊNDICE G – RELAÇÃO GERAL DE ENTREVISTADOS.....</b>   | 183 |
|     | <b>APÊNDICE H – ROTEIRO DE ENTREVISTA – ATORES<br/>GOVERNAMENTAIS/ESTATAIS.....</b>                                 | 186 |
|     | <b>APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA – ATORES DA CORPORAÇÃO<br/>MÉDICA.....</b>                                    | 187 |

## 1 INTRODUÇÃO

As organizações profissionais têm papel central nos processos de profissionalização e regulamentação profissional. Sob variados enfoques teórico-metodológicos, a sociologia das profissões é a área que, tradicionalmente, aporta conhecimentos sobre tais processos (ANGELIN, 2010; SANTOS, 2011). O estudo sobre essas organizações também se faz presente no ramo da sociologia do trabalho, com destaque para a atuação dos sindicatos (CARDOSO, 1997; FERRAZ, 2014; SANTANA, 1999; SANTANA; BRAGA, 2009); e nas análises sociológicas sobre o associativismo civil, que as indicam como uma de suas expressões no contexto democrático (AVRITZER, 1997).

Com foco direcionado ao setor saúde no Brasil, foram realizados estudos sobre a criação e institucionalização da profissão médica e suas entidades representativas, bem como a atuação dos médicos junto ao Estado. Esses trabalhos enfatizaram os processos históricos de profissionalização da medicina e seus elementos constitutivos, como as identidades, os projetos profissionais e o exercício do poder no século XIX (SANTOS NETO, 1993) e no início do século XX (PEREIRA NETO, 2000, 1998, 2006; WEBER, 2010)

São também localizadas análises que descreveram a criação, a trajetória e o processo de consolidação dos conselhos de medicina (NEVES; SIQUEIRA, 2009), que abordaram dimensões da atuação e organização do Conselho Federal de Medicina (IMPAGLIAZZO, 1999; PITTELLI, 2002) e do movimento médico sindical (PEREIRA NETO, 2002; VIEIRA, 2009), bem como registraram aspectos do associativismo médico brasileiro (LABRA, 1993; SANTOS; SOBRINHO, 2008).

A atuação dos médicos e de suas entidades representativas nas políticas de saúde também foi objeto de trabalhos que enfatizaram sua prática política, influências e posicionamentos em distintos períodos e contextos no país, como nos anos 1930 (TEIXEIRA, 2004), 1970 e 1980 (CAMPOS, 1988; DONNANGELO, 1975; TEIXEIRA; GERSCHMAN, 1990), destacando ainda conflitos e interesses corporativos do movimento médico no processo da Reforma Sanitária dos anos 1980 (LOBATO, 1994) e durante a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no início dos anos 1990 (CASTRO, 1992).

O papel desempenhado pela corporação médica guarda relação com os aspectos inerentes à natureza da profissão, sustentados no conhecimento científico especializado, na autonomia técnica, na habilidade em controlar o próprio trabalho (e o dos outros) e no monopólio da “cura” das doenças. A autonomia configura-se como o elemento central do exercício do poder médico, e a atuação política corporativa se desenvolve na medida em que os

médicos se organizam com o objetivo de manutenção e reprodução desse *status* social de grupo (ALMEIDA, 1997).

Além disso, Almeida (1997) aponta que as inter-relações entre a profissão médica e o Estado repercutem na modelagem das políticas de saúde, em função das trajetórias históricas específicas de cada país e dos atores envolvidos, resultando em distintas orientações e rumos na política sanitária. Está bem desenvolvida na literatura, portanto, a noção de que o médico exerce papel central na conformação dos sistemas de serviços de saúde, importando as configurações próprias de cada sociedade.

Segundo Labra (1993), a dinâmica associativa profissional na medicina brasileira apresenta certa especificidade em comparação com outros países, definindo-se pela existência de três formatos distintos de organizações representativas no plano nacional: o Conselho Federal de Medicina (CFM), com atribuição de regulação e fiscalização do exercício profissional; a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), entidade sindical superior de defesa dos direitos trabalhistas; e a Associação Médica Brasileira (AMB), voltada para a atualização científica, o registro das sociedades de especialidades e a defesa da prática liberal<sup>1</sup>. Tal configuração gera desdobramentos na coesão interna da categoria profissional e na mediação das suas demandas junto aos governos, bem como tem efeitos na vocalização pública e legítima dos associados em relação às políticas públicas, como o SUS, por exemplo (LABRA, 1993).

No âmbito da política nacional de saúde, a partir de 2003, a área de recursos humanos em saúde ganhou relevância estratégica na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Essa mudança representou o fortalecimento da atuação do Estado nessa área (MACHADO; BAPTISTA, 2012), com o desenvolvimento de um conjunto diversificado de iniciativas voltadas para a educação permanente dos trabalhadores do SUS, gestão do trabalho, regulação, formação e qualificação profissional em saúde. (PIERANTONI; VIANA, 2010; TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012).

Depreende-se que o desenvolvimento das políticas do campo do trabalho e educação na saúde põe em evidência aspectos de interesse da corporação médica, com repercussões nas agendas das entidades de representação da profissão. Pressupõe-se que o contexto estabelecido a partir de 2003 tenha favorecido a participação destas no exercício da influência sobre os

---

<sup>1</sup> A peculiaridade da dinâmica associativa está referida à atual organização profissional e do trabalho, uma vez que, ao longo dos processos de profissionalização das ocupações da saúde, outros formatos podem ter existido, não necessariamente combinando, concomitantemente, os três formatos de representação mencionados.

processos políticos, constituindo-se, assim, em ambiente relevante para o exame das interações estabelecidas entre as entidades médicas nacionais – AMB, FENAM e CFM, e os agentes governamentais mobilizados em torno das ações desenvolvidas pelo Executivo Federal e que conformam a política nacional de trabalho e educação na saúde.

Nesse sentido, o presente trabalho orientou-se pelas seguintes questões de investigação: de que maneira as entidades médicas nacionais atuaram na política nacional de trabalho e educação na saúde a partir de 2003? De que modo se deu a interação com os agentes governamentais? Quais demandas, posicionamentos, estratégias, recursos e instrumentos de intervenção destes atores estão presentes nos espaços e temas pertinentes à política? Quais os desdobramentos desse processo para o SUS?

Reconhece-se a produção que enfatiza os aspectos profissionais que conferem poder à categoria médica e evidencia a sua capacidade de atuar junto ao Estado e influenciar as políticas de saúde. Além disso, considera-se que o formato representativo da medicina é resultado de processos históricos de institucionalização da profissão médica, de aspectos ligados às origens e trajetórias das três entidades médicas nacionais, das relações estabelecidas entre elas, e delas com o Estado. Os diferentes contextos nos quais elas surgiram e se desenvolveram no país conferem caráter peculiar ao associativismo médico nacional, sua forma de organização e funcionamento.

Nessa perspectiva, a pesquisa desenvolvida direcionou o foco para os aspectos institucionais que informam as interações governo-corporação médica, valorizando a dimensão das relações Estado-sociedade no contexto da produção das políticas públicas. Um primeiro argumento da análise considera que as interações entre os atores estatais e os atores sociais (CORTES, 2013), nesse caso, as organizações profissionais médicas, envolvem a inserção em contextos específicos, em que operam regras político-institucionais que caracterizam os vínculos e aproximações, bem como orientam a trajetória e repercutem nos desfechos da política.

O foco na interação pressupõe a existência de diálogo, troca, comunicação e negociação entre os atores enfatizados pelo estudo. O enfoque relacional é compreendido como um aspecto no qual as entidades de representação da categoria médica exercem sua influência sobre o Estado, mas também tem a sua atuação por ele influenciada, mediante a ação estatal que incide em objetos de interesse da corporação. Admite-se dessa forma, a existência de certa autonomia governamental na produção da política pública em questão, variando a sua permeabilidade frente ao poder profissional e diversificando estratégias de manejo dos interesses corporativos.

A presente pesquisa insere-se na temática das políticas de recursos humanos em saúde, área tradicional do campo da Saúde Coletiva (SC), que ganhou novos contornos desde o lançamento pelo governo brasileiro do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013. A iniciativa expôs a importância das políticas de trabalho e educação na saúde para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e colocou em evidência a atuação das entidades médicas como ator relevante no desenvolvimento e apoio (ou não) às políticas dessa área.

O PMM tem sido objeto de variadas análises dentro e fora do campo da SC, incluindo investigações sobre a abordagem e discursos dos meios de comunicação acerca da política governamental (SOUZA, 2014), diferentes aspectos da implantação do Programa (ALESSIO; SOUSA, 2016; CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016; CASTRO, 2015; COUTO, 2015; OLIVEIRA et al., 2015; RIBEIRO; PELEGRINI; RODRIGUES, 2017), opiniões e estudos sobre suas potencialidades e limites no enfrentamento do provimento e fixação de médicos (GONÇALVES et al., 2016; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015), nos resultados em saúde (MENDONÇA et al., 2016) e na satisfação do usuário (COMES et al., 2016).

A agenda política das entidades médicas e as relações com o governo federal também são aspectos registrados em algumas análises (ALESSIO; SOUSA, 2017; GOMES; MERHY, 2017). Entretanto, em geral, as abordagens valorizam as circunstâncias políticas que marcaram o lançamento e o início da implantação do PMM, evidenciando tensões entre governo e corporação médica ali ocorridas; ou discutem as agendas das entidades circunscritas ao período que envolveu a idealização, o lançamento e a implementação da política.

Diferentemente, neste estudo, recorreu-se a uma recuperação histórica de modo a identificar elementos referentes às origens e trajetórias de atuação das entidades. Argumenta-se que as tensões evidenciadas no PMM não são unicamente expressão do contexto de 2013, estando relacionadas a processos e escolhas do passado e que orientam as formas de atuação das organizações médicas. Discute-se, ainda, que a própria agenda governamental evidenciada no Programa não é somente resposta à conjuntura daquele ano, marcado por manifestações populares com reivindicações por mais e melhores serviços públicos de saúde; nem se tratou de conteúdo inédito produzido na esfera governamental, devendo-se examinar de forma mais ampla a trajetória da política nacional de trabalho e educação na saúde.

Nessa perspectiva e em sintonia com as perguntas e argumentos expostos, o objetivo geral do trabalho foi analisar a interação entre as entidades representativas da profissão médica e os agentes governamentais na política nacional de trabalho e educação na saúde no período de 2003 a 2015.

Os objetivos específicos compreenderam:

- Descrever o contexto e as regras institucionais que informam a política nacional de trabalho e educação na saúde;
- Identificar as características e as agendas das entidades representativas da profissão médica que atuam no plano nacional - AMB, FENAM e CFM;
- Mapear as principais arenas de atuação das organizações representativas da profissão médica na política nacional de trabalho e educação na saúde no Brasil;
- Analisar posicionamentos e estratégias das entidades médicas nos aspectos relativos à regulação profissional, relações de trabalho e educação/formação em medicina no Brasil;
- Discutir os desdobramentos da interação governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde.

Uma das justificativas para a realização do estudo refere-se à existência de certa lacuna de investigações, no campo de análise de políticas, que relacionem a produção e os resultados das políticas de saúde com a atuação das organizações profissionais (VIANA; BAPTISTA, 2008). Além disso, levantamento da produção científica sobre trabalho e educação na saúde no Brasil de 1990 a 2010 identificou que apenas 5,6% dos trabalhos pertenciam à categoria denominada “Política de Recursos Humanos”, revelando escassez de análises sobre “formulação de políticas, planejamento e gestão do trabalho no âmbito das instituições públicas e privadas.” (PINTO et al., 2013; p. 1525). Levantamento para o período de 2011 a 2014 observou redução do percentual de publicações sobre políticas de recursos humanos, em comparação ao estudo anterior, registrando apenas 0,4% do total analisado (SILVA et al., 2017).

Teixeira (2013), ao debater o levantamento de Pinto et al. (2013), argumentou sobre a necessidade de trabalhos que problematizem “a movimentação política dos profissionais e trabalhadores de saúde [...]”, sugerindo estudos que analisem a atuação dos atores políticos e das entidades representativas dos trabalhadores do SUS, o que “pode contribuir para o aprofundamento do debate acerca das bases de sustentação do projeto da Reforma Sanitária e de construção do SUS” (TEIXEIRA, 2013).

Adicionalmente, registra-se que os trabalhos que correlacionaram a corporação médica e as políticas de saúde no Brasil realizaram análises do processo de reforma sanitária ocorrido em torno daquele período (entre os anos 1970 e 1990), ou ainda remeteram a conjunturas anteriores, como as dos anos 1920 e 1930, em perspectiva histórica e sociológica (CASTRO, 1992; PEREIRA NETO, 2006; TEIXEIRA, 2004). Este fato configurou oportunidade para

aprofundamento da temática no período dos anos 2000, considerando possíveis mudanças de rumo nas políticas, ascensão de novos governos, alterações de conjuntura e transformações no âmbito das organizações de representação dos médicos brasileiros.

Além do marco de criação da SGTES como um fator de incremento das políticas do trabalho e da educação na saúde, o ano de 2003 representou um ponto de inflexão na política brasileira, demarcado por mudanças na concepção sobre o papel do Estado e nas formas de relação do Estado com a sociedade. É característica desse período o estímulo governamental à instituição de espaços de concertação acerca das políticas públicas, incluindo a participação de variados setores da sociedade organizada em arenas governamentais (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011; PIRES; VAZ, 2012). A escolha por delimitar o período de análise até o ano de 2015 referiu-se ao fato de este ter sido o último ano inteiramente concluído do governo da presidenta Dilma Rousseff, que sofreu *impeachment* em 2016.

A realização do estudo também foi motivada em função da trajetória e do interesse do pesquisador pelo tema. A política nacional de reorientação da formação profissional em odontologia foi objeto de sua dissertação de mestrado, cuja análise consistiu em um estudo do caso da implementação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa Nacional de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) no curso de odontologia da UFBA, do qual foi aluno. No doutorado, articulou-se esse interesse com a proposição de um estudo ancorado no referencial de análise da política pública a partir das reflexões do grupo de pesquisa Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde, que orientaram a escolha pelas organizações profissionais como um ator político a ser enfatizado. A opção pela categoria médica compreendeu uma avaliação da sua centralidade no funcionamento dos sistemas nacionais de saúde.

Além desta introdução (capítulo 1), esta tese estrutura-se em mais sete capítulos. O segundo apresenta o percurso metodológico da pesquisa, com descrição da abordagem teórico-metodológica e as estratégias e técnicas de pesquisa. O capítulo 3 dedica-se aos principais aspectos sociológicos da profissão e do trabalho médico, bem como recupera elementos históricos referentes às origens e às trajetórias de atuação das entidades médicas nacionais; e descreve as configurações institucionais das mesmas. Já no capítulo 4, explora-se as características dos mercados de trabalho e formativo em medicina no Brasil, de modo a elucidá-los como elementos do contexto de inserção da política analisada. Nos capítulos 5 e 6 são apresentados os resultados da pesquisa empírica, que examinou a interação governo-corporação médica em dois períodos: 2003 a 2010, que compreende os dois governos Lula; e 2011 a 2015,

período referente ao primeiro governo Dilma e o primeiro ano do seu segundo mandato. O capítulo 7 refere-se a um balanço da análise empreendida, discutindo-a com a literatura revisada. Na sequência, são apresentadas as conclusões do estudo, articulando-as com as contribuições da abordagem teórico-metodológica, bem como estão expressos os limites do estudo.



## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

### 2.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

O estudo ancorou-se na literatura de análise da política pública, em especial na abordagem institucionalista, que evidencia o papel das instituições nos processos e resultados das políticas como expressão das interações Estado-sociedade. Buscou-se compreender, a partir da produção da política nacional selecionada, o papel dos atores, grupos, organizações, regras, interesses, estratégias e instrumentos presentes nessas interações. Enfatizou-se o polo societal, representado no estudo pelas organizações nacionais representativas da profissão médica no Brasil.

A análise apoiou-se numa concepção ampla de política pública, definida como um fenômeno complexo e relacional. Trata-se de um conceito que extrapola o foco no papel dos governos e evidencia o caráter conflituoso das decisões e os limites impostos, bem como “as possibilidades de cooperação que podem ocorrer entre os governos e outras instituições e grupos sociais”. Em uma “visão holística” do conceito, são relevantes “os indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses” (SOUZA, 2007). Reconhece-se que as políticas públicas são afetadas e variam de acordo com a economia, a visão sobre o papel do Estado e a presença dos diferentes grupos sociais, como partidos, organizações sindicais e de classe, dentre outros (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1993).

No tocante ao papel das instituições, as correntes neoinstitucionalistas compreendem uma das mais importantes referências teóricas para o estudo das políticas públicas. Buscam compreender o papel das instituições na arena política, ou seja, a centralidade destas nas interações e transações que determinam os resultados políticos e sociais. O conceito de instituições compreende o conjunto de regras formais e informais, procedimentos, convenções, modelos morais e cognitivos que interferem no comportamento e nas preferências dos atores institucionais, através de mecanismos de incentivo ou de sanção. As instituições podem ainda ser compreendidas como “atores que definem e defendem interesses” (CORTES, 2013; LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011; MARQUES, 1997).

O neoinstitucionalismo não compreende uma corrente teórica unificada. Constitui-se, na verdade, em um campo analítico bastante heterogêneo, expresso em “vários institucionalismos”, apresentando convergência com uma diversidade de “lugares teóricos e epistemológicos”, com rejeição aos modelos de análise estáticos (MARQUES, 1997; CORTES, 2013). Os postulados teóricos desse enfoque são de médio alcance, não sendo possível o

estabelecimento de afirmações definitivas ou a formulação de teorias gerais de grandes períodos históricos. As suas explicações têm caráter provisório e são contingentes a determinadas conjunturas político-econômicas, devendo ser “formuladas, testadas e alteradas a partir da análise de casos concretos” (MARQUES, 1997; LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011).

Para além da afirmação geral de que as instituições importam, os institucionalistas buscam responder a questões sobre quais instituições afetam o comportamento dos atores individuais e coletivos e como elas operam (segundo quais mecanismos, estratégias e processos), e como influenciam os resultados políticos (MARQUES, 1997; LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011).

Hall e Taylor (2003) apontam que há pelo menos três distintos métodos analíticos denominados institucionalismo: o enfoque da escolha racional, a vertente histórica e a abordagem institucionalista sociológica. Mais recentemente, duas outras abordagens têm sido destacadas na literatura, são elas: o institucionalismo construtivista e o institucionalismo de redes (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011). Na vertente da escolha racional, os atores institucionais apresentam comportamento voltado a maximizar suas preferências, agindo de modo utilitário pela adoção de uma série de cálculos estratégicos de escolhas. A maximização das suas próprias preferências estaria ligada ao aumento do risco de um resultado “subótimo” para as coletividades. Dessa forma, as situações políticas seriam equacionadas por meio de interações orientadas por cálculos estratégicos que expressam as expectativas dos atores sobre o comportamento de outros atores (HALL; TAYLOR, 2003; MARQUES, 1997).

Em relação ao institucionalismo sociológico, o papel das instituições, em termos de eficácia das suas práticas, recai para a sua inserção cultural, reunindo símbolos, esquemas cognitivos e padrões morais na organização do comportamento do indivíduo. Nessa forma de institucionalismo há uma interpenetração entre instituição e cultura. A origem e a mudança institucional são explicadas por fatores culturais nas instituições e que as conferem legitimidade social (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011).

O institucionalismo histórico surge como reação à análise da vida política segundo a lógica estrutural-funcionalista, corrente dominante na Ciência Política dos anos 1960 e 1970, sem, no entanto, abandoná-la. O enfoque histórico pontua que o principal fator que estrutura o comportamento coletivo, e os distintos resultados, tem relação com a organização institucional da comunidade política. Inicialmente, a vertente histórica destacava o papel do Estado, entendido como um complexo de instituições estruturantes da natureza e dos resultados dos conflitos entre os grupos, tendo, posteriormente, passado a examinar também como outras

instituições sociais e políticas atuavam na estruturação das “interações sociais de modo a engendrar situações políticas e econômicas próprias a cada país” (HALL; TAYLOR, 2003).

Nesta abordagem, as instituições não apenas constroem as interações sociais como alteram a preferência dos atores, que tendem a seguir as regras e normas sociais sem considerarem os seus próprios interesses. Assim, as preferências dos atores são conformadas nos processos políticos e sociais, não representando apenas uma variável institucional, como na escolha racional (MARQUES, 1997). Parte-se do entendimento de que o comportamento dos atores não pode ser considerado apenas estratégico, mas também se constrói em função da sua visão de mundo, quando recorrem a modelos e protocolos já conhecidos (HALL; TAYLOR, 2003).

Busca-se contribuir com análises que estabeleçam pontes entre o Estado e a sociedade, dando ênfase às variáveis de nível intermediário que considerem a variabilidade de situações históricas e de conjuntura dos fenômenos examinados. O objetivo é evitar determinismos e unicasalidades, típicas das ‘teorias macro’, abrindo espaço para investigações que estruturam a explicação dos fenômenos políticos e que permitam observar como um amplo conjunto explicativo de variáveis se relaciona (MARQUES, 1997).

Essa corrente privilegia o desenvolvimento institucional dentro de uma concepção que ressalta “as trajetórias, as situações críticas e as consequências imprevistas”. O poder e autonomia do Estado, por exemplo, não se configuram somente como característica estrutural, mas apresentando variações caso a caso, a depender de cada situação histórica, da ação dos atores e a própria ação do Estado na implementação de mudanças administrativas e de coerção. Em investigações de políticas públicas, o foco institucionalista não recai apenas na análise das instituições e estratégias estatais, sendo necessário correlacionar “os recursos e as posições dos atores estatais e não estatais”. Pressupõe-se ainda, que as regras, normas e modelos morais e cognitivos conferem o poder de maneira assimétrica entre os grupos sociais, resultando em acesso desproporcional aos processos decisórios (MARQUES, 1997; HALL; TAYLOR, 2003).

Nos estudos institucionalistas históricos, valoriza-se o conceito de dependência de trajetória ao atribuir o peso das experiências anteriores nos resultados dos processos políticos do presente, em função de uma cadeia de determinações. Torna-se importante proceder a constituição/recuperação dos processos históricos articulados com o contexto institucional vigente e o processo decisório. A noção de que as instituições são *path dependent* relaciona-se com a ideia de que uma vez iniciada uma dada trajetória, arranjos institucionais se estabelecem pelo desenvolvimento de fortes coalizões de suporte, e o alto custo da mudança reduz as

possibilidades de reversão das escolhas iniciais, gerando efeitos de feedback no processo político (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011; MENICUCCI, 2007; PIERSON, 2004).

Por outro lado, no caso do institucionalismo construtivista, os seus teóricos reconhecem as continuidades dos processos políticos, mas admitem também a possibilidade de *path shaping*, quando as mudanças são modeladas pela trajetória, com alteração expressiva das instituições. Neste enfoque, a ação estratégica dos atores orienta-se normativamente pelas ideias, desejos, preferências e motivações. Já a corrente do institucionalismo de redes compreende as redes como instituições, ressaltando o papel das interações e trocas entre indivíduos, grupos e organizações. Para os estudiosos das redes, estas se constituem em variáveis que afetam a distribuição do poder, os interesses e as identidades (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011).

A Sociologia, campo disciplinar cujo foco analítico recai sobre o ‘polo societal’, também oferece recursos teóricos relevantes para a análise de políticas públicas, destacando as interações entre as estruturas sociais e as instituições políticas; os grupos sociais; e as normas sociais. Nas interações, são enfatizadas categorias como a ação política e os recursos de poder, levando em consideração a posição que os diferentes grupos ocupam na estrutura social. Pressupõe haver a posse desigual dos recursos nas relações entre os grupos sociais, implicando em diferentes possibilidades do exercício de influência sobre os processos políticos. “Em geral aqueles que estão no topo das hierarquias sociais de um dado campo, sistema ou subsistema têm mais facilidade de ocupar posições superiores em outros por meio de mecanismos de conversão de seus estoques de recursos através de fronteiras sistêmicas”. Esses grupos conseguem mais facilmente expressar preferências, exercer influências sobre as decisões políticas, a agenda governamental e a implementação das políticas públicas (CORTES, 2013).

Quando a análise se volta para os grupos sociais, duas vertentes analíticas são identificadas. A primeira enfatiza o caráter relacional da construção das identidades sociais dos grupos, os quais podem demandar ou serem objetos de políticas públicas. Este enfoque destaca-se por subsidiar os processos de construção de novas identidades sociais, motivados por mudanças relevantes de ordem econômica, cultural, política e social. O olhar sobre os novos atores compreende examinar suas ideias, discursos, ação política e o próprio processo de construção das identidades (CORTES, 2013).

Outra vertente de análise dos grupos sociais, normalmente empregada pela Sociologia Política, adota o conceito de atores estatais e atores da sociedade civil e do mercado (denominados de atores societais), como classificação dos grupos atuantes na esfera política.

Os atores estatais compreendem tanto os indivíduos que ocupam cargos de direção no Poder Executivo ou em organizações governamentais, quanto aqueles que ocupam espaços em órgãos de outros poderes. Os atores sociais são aqueles associados ao conceito de sociedade civil, e os atores de mercado estão ligados à noção de economia de mercado (CORTES, 2013).

O debate crescente nas duas últimas décadas do século XX tem evidenciado que há atores ou grupos cuja natureza extrapola as fronteiras entre Estado e sociedade, não sendo possível vincular sua posição apenas em relação ao Estado, ou ao mercado, ou à sociedade civil. Nesse sentido, ganha evidência nas análises o aspecto relacional e a noção de “rede” cujas abordagens vão destacar as “comunidades de políticas públicas (*policy communities*) que agem em contextos de redes de políticas públicas (*policy networks*)” (CORTES, 2013). Os membros de uma comunidade de política compartilham valores e visões sobre qual deve ser o resultado da política; atuam nas redes de políticas, de modo a intervir no processo decisório que envolve a sua construção (CORTES, 2009)

Nessa perspectiva, é importante compreender que os atores constituem relações individuais e coletivas no interior de redes existentes de uma determinada área de políticas públicas. A conformação de redes sociais ocorre em íntima relação com as normas sociais, formando-se mutuamente. As convenções, regras, expectativas e lógicas configuram as normas sociais que, por sua vez, são condição para a formação de relacionamentos e de redes estruturadas. (CORTES, 2013). Cabe ressaltar que o método de análise de redes sociais, considerando os vínculos e relações individuais existentes nas redes de políticas, não foi adotado na pesquisa cujo foco está na compreensão destes aspectos no nível das instituições e organizações mobilizadas no contexto de produção da política.

Outra contribuição teórica para o estudo de políticas públicas que valoriza a dimensão relacional Estado-sociedade refere-se à corrente denominada de análise setorial. Para essa corrente, a ação estatal é marcada por “contradições e paradoxos”, vinculados à estrutura estatal e às respostas dos diversos aparatos e agências às demandas da sociedade. As relações Estado-sociedade são consideradas complexas, variadas e relacionadas a cada política e grupo social, implicando na contingência dos resultados das políticas, nos quais é fundamental o papel dos atores (MARQUES, 1997).

O conceito de setor é utilizado como “um conjunto de papéis sociais estruturados através de uma lógica vertical e autônoma de reprodução”; os papéis sociais, que estruturam e são estruturados pelo setor, se associam a práticas e identidades profissionais. As ações estatais legitimadoras se expressam no tratamento diferenciado dos grupos sociais e na “gestão da

heterogeneidade” desses grupos presentes na ordem social. A análise setorial pressupõe ser “necessário estudar as políticas setoriais bem de perto, observando seus atores e sua articulação política particular”. A política pública é concebida por uma representação setorial a que ela se vincula, e a um arcabouço instrumental de implementação: recursos de poder, normas, técnicas e organizações. Neste enfoque, as políticas apresentam três elementos-chave: “a relação global-setorial”; “o referencial do setor”; e “os mediadores da política” (MARQUES, 1997).

A relação global-setorial compreende certo entendimento do setor que o destaca da realidade global, com atores e questões específicas e definido por papéis sociais. No interior do setor, diversas lógicas podem estar presentes, porém é a lógica profissional a dominante na sociedade civil, concebendo uma corporação profissional setorial da qual “determinados profissionais são dominantes e conseguem impor sua visão de mundo, do setor, e de seu objeto de trabalho”. Pelo lado do Estado, este também se organiza de forma coerente com as questões do setor específico, formulando estratégias e especializando funcionários, os quais estabelecem lutas pelo controle administrativo sobre o setor e pela definição e redefinição da relação global-setorial. O setor é modelado pela imagem e pelos interesses dos sujeitos profissionais e administrativos dominantes, constituídos como mediadores das políticas públicas. (MARQUES, 1997).

Para os autores da análise setorial, existe uma hierarquização dos setores na sociedade e no Estado, em relação à importância que estes adquirem na divisão social do trabalho e o poder de suas lideranças. Tal fato explica a distribuição dos recursos e investimentos estatais, bem como a relevância e o status de um dado setor e respectiva profissão na sociedade (MARQUES, 1997).

O ‘referencial do setor’ compreende sua representação e seu papel na sociedade; é composto pelo referencial global, o referencial setorial e a articulação entre ambos. Sinteticamente, o referencial global compreende as normas e valores sociais vinculados “ao modelo cultural e aos valores dominantes” em toda a sociedade; refere-se a um dado projeto de sociedade, fruto dos atores sociais hegemônicos (os mediadores globais). Na verdade, consiste em uma hierarquia entre as diversas normas sociais existentes e é resultado “das relações de força entre os diversos grupos, atores e mediadores presentes no campo político”. Já o referencial setorial diz respeito aos valores do grupo setorial dominante (mediadores setoriais); é também expressão das lutas entre os diversos grupos setoriais, que imprimem olhares sobre os problemas setoriais e, também, os definem. Por fim, a interação entre os referenciais corresponde ao esforço analítico de compreender os elementos que conectam os referenciais,

que tem relação com a aderência de um projeto corporativo setorial ao referencial global hegemônico (MARQUES, 1997).

No que se refere aos mediadores setoriais, estes cumprem papel intelectual no interior do setor, na perspectiva de elaborarem “uma visão da sociedade e do setor, um projeto sociocultural, e a partir dele estabelecer um campo normativo próprio”; estão vinculados não à construção de uma ideologia, mas sim de uma representação social “a partir de práticas concretas existentes no setor e na sociedade”. A análise setorial destaca que os mediadores podem estar no interior do Estado ou fora dele, cumprindo tarefas distintas: corporativa, quando no Estado, e hegemônica, ao atuar externamente a ele.

O aspecto interativo destacado nessa tese buscou também o diálogo com o que propõe o *State-in-society approach* (abordagem do Estado-na-sociedade). Trata-se de uma perspectiva que valoriza o Estado como parte da sociedade, sendo por ela influenciado tão ou mais do que a influencia. São valorizados nas investigações com esse enfoque os elementos relacionados à coesão, permeabilidade, autonomia, inserção e captura dos aparelhos estatais (MARQUES, 1997).

No *State-in-society*, observa-se que (1) a efetividade do Estado relaciona-se não apenas com as suas burocracias, mas com as diferenciadas formas de articulação com as sociedades; (2) o Estado deve ser objeto de análise desagregada, incluindo desde as agências e arenas políticas do topo até as estruturas estatais menos centrais, pois podem existir situações ‘localizadas’ (temática e geograficamente), em que ocorra grande articulação ou até mesmo captura de agências e organizações; (3) a importância e do poder dos agentes sociais e estatais são contingentes às situações históricas; (4) “o poder do Estado e da sociedade não compõe um jogo de soma zero”, ambos podem mutuamente ter poder, sem que haja necessariamente troca de poder, ainda que transformações sociais sejam responsáveis por aumento ou redução de poder nos dois campos.

Os autores desta abordagem registram a existência de múltiplas arenas de dominação onde ocorrem as lutas pelo poder, definidas em relação às respostas das variadas estruturas estatais (em escala e tema) (MIGDAL, 1994 apud MARQUES, 1997). A análise das arenas múltiplas tem grande importância nas análises de políticas, uma vez que os projetos de dominação ocorrem de forma dispersa e nem o Estado nem outras forças sociais logram êxito em “todas as frentes”, não se registrando uma “condução coerente e articulada das políticas e das ações do Estado”.

A ‘imbricação’ do Estado na sociedade revela que, mesmo que o projeto político tenha sido fruto de uma improvável autonomia estatal, ao longo da sua execução estariam presentes processos de negociação com diferentes atores sociais – que fazem “alianças, coalizões e acomodações”, alterando o desenho do projeto inicial. Não são considerados, portanto, apenas os interesses do Estado, mas sim a interação entre os diferentes níveis estatais e as pressões sociais que se fazem presentes em cada nível. O próprio Estado é permeado por influências internas entre os seus diferentes níveis e localizações, que possuem distintas estratégias, configurando-se como uma “miríade de autonomias contingentes de conjunturas concretas” (MARQUES, 1997). A dinâmica das relações entre Estado e sociedade promove transformações graduais em ambos, fruto das lutas ocorridas nas múltiplas arenas. Vale dizer que a interação cotidiana entre Estado e sociedade redefine as tênues fronteiras de ambos na medida em que vão estabelecendo vitórias parciais e localizadas, contingenciando, em última análise, os processos políticos (MIGDAL, 1994 apud MARQUES, 1997).

Considerando os elementos das diferentes contribuições teóricas apresentadas, as questões norteadoras e os objetivos do estudo, foram estabelecidos os seguintes eixos de análise: (1) A política nacional de trabalho e educação na saúde; (2) As entidades médicas nacionais; e (3) O Estado e as entidades médicas nacionais. Para cada eixo, definiu-se categorias e variáveis de análise, com indicação das fontes de coleta dos dados, que correspondem às estratégias metodológicas adotadas pelo trabalho, conforme o quadro 1.



Quadro 1 - Eixos, categorias, variáveis de análise e fontes dos dados

| <b>Eixos de análise</b>                             | <b>Categorias</b>   | <b>Variáveis</b>   | <b>Fontes dos dados</b>  |
|---|---|--|--|
| A política nacional de trabalho e educação na saúde | Contextos de inserção   | Cenário sócio-político-econômico nacional; agenda governamental geral e na saúde;<br>Mercado de trabalho: emprego, relações de trabalho, remuneração, distribuição territorial dos profissionais; inserção e vínculos com os setores público e privado;<br>Mercado formativo em medicina: oferta de cursos de graduação e residência médica; número, distribuição territorial e participação das esferas pública e privada nas matrículas, nos egressos e nas escolas médicas. | Revisão bibliográfica, análise de documentos e dados secundários.              |
|   | Institucionalidade da política  | Órgãos, organizações e atores envolvidos: perfil, papel e características;<br>Projetos e programas desenvolvidos: desenhos, conteúdos e resultados;<br>Espaços de negociação e decisão: composição e formas de funcionamento; principais temas da formação e trabalho médico presentes.  | Revisão bibliográfica, dados secundários, análise de documentos e entrevistas. |
| As entidades médicas nacionais                      | Elementos históricos e político-institucionais                          | Atores: formação, experiência e trajetória profissional, posições ocupadas nos setores público e privado;<br>Organizações envolvidas: origens, marco legal e normativo, formas de funcionamento, organização interna, atribuições legais;<br>Relações formais e informais entre as entidades representativas.  | Entrevistas, revisão bibliográfica, dados secundários e análise de documentos. |
|   | Agendas de atuação  | Conteúdo das agendas políticas apresentadas pelas organizações médicas;<br>Visões e interesses sobre a política nacional, os temas da formação, do exercício profissional e do trabalho em medicina, e o sistema de saúde brasileiro.  | Entrevistas, revisão bibliográfica e análise de documentos                     |
|   | Atuação nas arenas da política nacional de trabalho e educação na saúde | Espaços da política em que se fazem presentes;<br>Formas de apresentação das demandas<br>Mecanismos adotados para influenciar os processos de negociação e decisão da política nacional;<br>Pontos de apoio e de veto apresentados no âmbito da política;  | Entrevistas e análise de documentos  |
| O Estado e as entidades médicas nacionais           | Desdobramentos para a política nacional                                 | Conexões entre a atuação corporativa dos médicos e as mudanças de rumo na política;<br>Permeabilidade do Estado em relação às demandas da corporação médica, no âmbito da política;  | Entrevistas e análise de documentos  |
|   | Relações entre o Estado e a corporação médica                           | Capacidade de diálogo e de manejo do Estado frente às demandas corporativas dos médicos<br>Autonomia estatal em relação à pauta de interesses corporativos dos médicos.<br>Tensões e conflitos nas relações estabelecidas  | Entrevistas e análise de documentos  |

Fonte: O autor, 2018.

## 2.2 ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DE PESQUISA

O trabalho consistiu em uma pesquisa de natureza qualitativa que envolveu a combinação das seguintes estratégias metodológicas: (1) revisão bibliográfica da produção científica relacionada ao tema abordado; (2) levantamento e análise de documentos; e (3) entrevistas abertas guiadas por roteiros com atores governamentais e atores da corporação médica. De modo complementar, foram utilizados dados secundários disponíveis em bases públicas de acesso livre na *internet*.

Foram realizados levantamentos bibliográficos com o uso de diferentes recursos de pesquisa em bases de artigos, teses, dissertações e livros. Objetivou-se localizar trabalhos que analisaram a política nacional de saúde e, em especial, a política nacional de trabalho e educação na saúde produzida a partir de 2003. O foco foi dialogar com análises sobre as agendas e os projetos governamentais no plano nacional; os processos de formulação e implementação das iniciativas do campo de recursos humanos no SUS, de modo que fosse possível coletar informações sobre o desenho, estratégias, conteúdo da política, seus resultados e atores envolvidos.

Localizou-se, ainda, estudos sobre os mercados de trabalho e formativo em medicina, com contribuições referentes às principais características que estruturam esses mercados no Brasil e que se configuram como elementos de contexto no qual a política analisada se inseriu. Nesse sentido, valorizou-se a identificação das suas dinâmicas nos anos do período estudado e tendências, em termos de oferta de emprego, relações e vínculos de trabalho, participação dos setores público e privado, remuneração, carga horária, quantitativo e distribuição territorial dos profissionais, das escolas médicas, dos cursos e vagas de medicina (graduação e residência médica), de egressos, ingressos e matrículas, dentre outros.

Outro conjunto de referências revisadas possibilitaram a identificação de contribuições acerca do olhar da sociologia da profissão e do trabalho médico, ressaltando elementos do poder médico/poder profissional, os processos de profissionalização, legitimidade e representação social da profissão. Além disso, no aspecto do trabalho médico, buscou-se o diálogo com autores que refletiram sobre a prática médica, os seus atributos e peculiaridades, bem como as mudanças que historicamente foram se apresentando nas características do trabalho do médico no Brasil.

A estratégia de revisão da bibliografia relacionada consistiu, ainda, na localização de trabalhos de cunho histórico e político-institucional, que versavam sobre as origens, trajetórias e configuração institucional das entidades médicas no Brasil, além de publicações que

focalizaram o estudo das relações entre elas e as interações com o Estado e os governos, com diferentes recortes, objetivos e ênfases.

O levantamento e análise de documentos compreendeu a identificação de material institucional governamental, com realização de busca da legislação (leis, decretos e medidas provisórias) e dos atos normativos (portarias, resoluções, instruções normativas, ofícios, protocolos, notas técnicas etc.) com foco na política nacional estudada. Foi consultado o Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis)<sup>2</sup>, por meio do qual foram realizadas buscas utilizando no campo “assunto” as palavras “trabalho”, “educação” e “saúde”. Selecionou-se os resultados retornados dentro do recorte temporal do estudo (2003-2015).

Além disso, foram coletados documentos disponíveis nos *sites* do Ministério da Saúde (MS), em consulta às seções destinadas ao conteúdo da SGTES. Analisou-se os relatórios anuais de gestão da Secretaria, de 2003 a 2015, os planos nacionais de saúde dos períodos 2004-2007, 2008-2011 e 2012-2015, relatórios de comissões interministeriais, conferências, seminários e eventos governamentais da área do trabalho e educação na saúde, bem como folders de divulgação das ações e informativos referentes aos programas e projetos institucionais. Também foram coletados documentos no site do Conselho Nacional de Saúde, em especial as suas resoluções.

Explorou-se, ainda, textos veiculados diretamente nas páginas do MS e do CNS, com informações relevantes para a pesquisa como, por exemplo, divulgação de resultados da implementação de projetos e anúncios de políticas lançadas pelo governo. Sistemática semelhante foi adotada para o conteúdo produzido pelo Ministério da Educação, com foco nas ações de educação superior na saúde, muitas realizadas em conjunto com o Ministério da Saúde no período. Pontualmente, foram consultados alguns resumos executivos das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nos quais buscou-se identificar discussões ocorridas no âmbito da Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos (CIRH). A consulta a esse material não teve como objetivo explorar detalhadamente o processo de trabalho da referida comissão, mas dele depreender os resultados de acordos e negociações, qualificando a informação identificada no material principal de análise.

Especificamente sobre as discussões referentes ao marco regulatório da residência médica, ocorridas em 2010 na Comissão Nacional de Residência Médica, foram consultadas algumas atas de reuniões dessa instância entre o último trimestre de 2010 e o primeiro trimestre

---

<sup>2</sup> O sistema Saúde Legis foi acessado em variados momentos durante a realização do estudo pelo endereço [http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG\\_NORMA\\_PESQ\\_CONSULTA.CFM](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM).

de 2011, de modo a coletar informações complementares ao relato das entidades sobre o tema, presente em seus meios institucionais<sup>3</sup>

Quanto ao levantamento e análise de documentos vinculados às entidades médicas, foram realizadas buscas em suas páginas na *internet*<sup>4</sup> com o objetivo de localizar publicações institucionais, envolvendo resoluções, informes, boletins, revistas, jornais e artigos de opinião. Além disso, foram consultados os estatutos e regimentos das organizações, bem como a legislação que regula a estruturação e funcionamento dos conselhos de medicina no Brasil.

As principais fontes de informação foram as edições do Jornal da Associação Médica Brasileira (JAMB), do Jornal Medicina CFM e da Revista Trabalho Médico (publicada pela FENAM), veiculadas no período de 2003 a 2015. No decorrer da análise do conteúdo desse material, recorreu-se a edições anteriores do JAMB e do Jornal Medicina CFM dada a necessidade de compreender algumas ações institucionais em curso em 2003, marco inicial do estudo, mas que estavam vinculadas às gestões das entidades iniciadas em 1999. Desse modo, foram consultadas algumas edições do Jornal Medicina CFM do período de 1999 a 2002, e do JAMB de junho de 2001 a 2002, conforme disponibilidade de acesso pela internet. O foco foi coletar informações que permitissem caracterizar a agenda das entidades que se expressou em 2003, mas foi fruto de estratégias definidas no passado, bem como identificar possíveis interações existentes com os agentes governamentais antes daquele ano. Ressalte-se que o CFM e a AMB publicaram algumas edições conjuntas do JAMB e do Jornal Medicina no período estudado, também incluídas na análise. Em relação à Revista Trabalho Médico, da FENAM, as edições disponíveis em sua página na *internet* compreendiam o período de junho de 2010 a julho de 2015.

Como parte da estratégia de análise documental, em caráter complementar e de modo a suprir a indisponibilidade de algum material institucional, foram selecionadas notícias e reportagens publicadas nos *sites* das entidades médicas nacionais e das entidades regionais e estaduais, como os Conselhos Regionais de Medicina, os sindicatos e associações médicas nos estados e municípios, além das sociedades de especialidades. Em alguns casos, as notícias

---

<sup>3</sup> Os resumos executivos do CNS estavam disponíveis no endereço [http://conselho.saude.gov.br/atas/atas\\_inicial.htm](http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm). Já as atas da CNRM foram coletadas a partir do endereço [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12703:legislacao-especifica-e-atas&catid=247:residencia-medica](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12703:legislacao-especifica-e-atas&catid=247:residencia-medica).

<sup>4</sup> As páginas na internet das entidades médicas nacionais consultadas foram: [fenam.org.br](http://fenam.org.br); [amb.org.br](http://amb.org.br); [portal.cfm.org.br](http://portal.cfm.org.br).

disponíveis nessas páginas eletrônicas eram reprodução de matérias de meios de comunicação da imprensa brasileira, devidamente registrados no âmbito desse estudo.

No caso específico da FENAM, a busca por dados anteriores a 2010 envolveu o uso da estratégia de busca por publicações no “Blog Fala Médico”, um dos meios de comunicação oficial da entidade.<sup>5</sup> Nesse espaço, foi utilizada a ferramenta de pesquisa disponível, de modo que foi possível recuperar material institucional da Federação desde 2008, sob a forma de notícias e curtas reportagens produzidas pela TV FENAM e reproduzidas no Blog. Outro recurso foi a consulta aos livros comemorativos pelos 35 e 40 anos da entidades, coletados pelo pesquisador durante as entrevistas, e que permitiram captar algumas informações por meio de depoimentos de ex-presidentes da Federação, transcritos nas publicações.

O levantamento de documentos também envolveu consultas pontuais ao conteúdo de projetos de lei identificados a partir do material analisado, disponíveis nas páginas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. Também foram úteis para a análise as notícias veiculadas pelo Congresso Nacional sobre debates em audiências públicas como parte da tramitação dos PL e discussões de temas relacionados à saúde ocorridas em eventos realizados pelo Poder Legislativo Nacional, que contaram com a participação de representantes do governo e da corporação médica.

A etapa de análise de documentos, tanto governamentais quanto da corporação médica, envolveu consultas eventuais na *internet*, como parte do processo de análise do material empírico, na medida em que eram identificados novos materiais ainda não coletados. Documentos institucionais também foram solicitados aos entrevistados na etapa de campo da pesquisa, especialmente aqueles não mais disponibilizados em meio eletrônico, mas que constituem-se como documentos públicos e de livre acesso.

Todo o material levantado e utilizado no âmbito dessa pesquisa está listado, com detalhes quanto ao ano, ementa/título e fonte, nos seguintes apêndices: Apêndice I - Legislação consultada; Apêndice II – Documentos governamentais consultados, exceto legislação; Apêndice III – Documentos das entidades médicas consultados; e Apêndice IV – Notícias de interesse consultadas.

Quanto aos dados secundários, seu uso teve caráter complementar às demais estratégias metodológicas, na medida em que se fizessem necessários cotejamentos de dados mais recentes,

---

<sup>5</sup> O endereço eletrônico do Blog Fala Médico é o [falamedico.wordpress.com](http://falamedico.wordpress.com). As buscas e seleções de material nesse espaço institucional da FENAM foram feitas ao longo de 2017. As matérias (denominadas de “postagens”) de interesse para a pesquisa foram salvas em formato PDF para registro e análise.

não disponíveis na produção científica ou nos relatórios elaborados pelas bases de dados. No geral, foi possível utilizar informações já processadas a partir de dados disponibilizados pela Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, com destaque para o material produzido pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde, vinculada ao Observatório de Recursos Humanos do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Para atualização de informações referentes ao mercado formativo em medicina, foram tabulados alguns dados do Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (SIGRAS), da Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - ObservaRH. As informações estão apresentadas no capítulo 4 da tese (subitem 4.2). Outra fonte relevante de dados foi o material disponibilizado pelo Observatório do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB), para acesso a dados sobre o mercado de trabalho em saúde, obtidos de diversas bases como a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS/MTE) e a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE).

Em relação às entrevistas, o objetivo foi explorar elementos da trajetória pregressa dos atores institucionais, formação, experiência e vínculos profissional e político; a visão deles sobre a política, agenda, desenho, objetos, resultados, avanços e desafios; e a percepção da participação das entidades médicas no ambiente da política nacional. Buscou-se também identificar o conteúdo das agendas da corporação médica, os pontos priorizados e os conteúdos mais recorrentes, bem como as visões dos seus atores sobre a política nacional, os temas ligados ao campo do trabalho e educação na medicina e o sistema de saúde do país. Os atores foram indagados sobre o modo como articularam as demandas institucionais e quais estratégias utilizaram nas arenas decisórias da política. Intencionou-se, com isso, identificar as relações Estado-corporação médica, a existência de permeabilidade e/ou autonomia do Estado no manejo das demandas e interesses dos médicos e seus desdobramentos.

Inicialmente foi realizado mapeamento dos atores governamentais e da corporação médica, incluindo dirigentes da SGTES e seus departamentos entre os anos de 2003 e 2015; e presidentes e ex-presidentes das entidades médicas nacionais das gestões a partir de 1999. Ao longo do trabalho de campo, outros nomes foram mapeados, a partir de informações dos atores já entrevistados ou em decorrência da análise do conteúdo dos documentos. Desse modo, foram incluídos posteriormente alguns nomes de dirigentes do Ministério da Educação, vinculados às diretorias da SESu ou à CNRM; alguns coordenadores dos departamentos da SGTES; e membros de comissões temáticas das entidades médicas.

Ao todo, foram realizadas 24 entrevistas no período de janeiro a novembro de 2017. Desse total, 19 entrevistados eram atores governamentais e 5 eram atores da corporação médica. Houve três recusas e oito desistências em função de impossibilidade de agenda dos entrevistados ao longo do período do trabalho de campo. Os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com o grupo a que pertenciam (atores governamentais – Anexo A; ou da corporação médica – Anexo B). No TCLE, constavam as orientações referentes à entrevista e ao projeto da pesquisa. Todos os entrevistados apresentaram concordância em relação à gravação da entrevista e declararam ciência da possibilidade de identificação indireta dos seus nomes, por se tratarem de cargos públicos ou com notoriedade pública. Concordaram ainda com a identificação dos seus nomes em uma relação geral de entrevistados no âmbito do estudo, que está anexa à presente tese (Anexo C).

Para apoio à realização das entrevistas, estas ocorreram mediante o uso de roteiros com perguntas direcionadas aos sujeitos da pesquisa, acrescidas de outras questões formuladas ao longo da entrevista. Dois roteiros foram elaborados pelo pesquisador, um para cada grupo de atores do estudo, e que estão apresentados como anexos à tese (Anexos D e E).

Os áudios das entrevistas foram transcritos e tiveram o seu conteúdo analisado à luz das questões norteadoras, objetivos, abordagem teórico-metodológica e eixos, categorias e variáveis de análise. A etapa do trabalho de campo foi custeada com recursos próprios do pesquisador e de edital do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da CAPES para apoio ao trabalho de campo lançado pela ENSP-Fiocruz em 2016/2017, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, ao qual o projeto da pesquisa concorreu e foi selecionado.

Os resultados da pesquisa são apresentados considerando os principais aspectos que caracterizam a profissão e o trabalho médico, em diálogo com a produção da sociologia da profissão e do trabalho médicos; os elementos históricos e político-institucionais das entidades médicas nacionais estudadas, com destaque para os fatos referentes às suas origens e das trajetórias de atuação, bem como suas configurações institucionais. Esses aspectos são valorizados como elementos condicionantes da atuação política das entidades médicas. Os resultados focalizam também as características dos mercados de trabalho e de formação em medicina, entendendo que estes se configuram como elementos de contexto no qual a política se inseriu e sobre ela pode produzir efeitos ou pode ser objeto de intervenção estatal, em função da posição que os médicos ocupam nesses mercados.

Os resultados da análise do material empírico são apresentados tendo como aspecto central a descrição e caracterização da interação governo-corporação médica na política

nacional de 2003 a 2010, período que compreende os dois governos Lula, e de 2011 a 2015, abrangendo o primeiro governo Dilma e o primeiro ano do seu segundo mandato. A análise destacou as agendas governamental e corporativa, suas convergências e divergências, compreendendo o modo como a medicina aparece no conteúdo produzido pelos agentes governamentais, e as formas de organização e estratégias de luta corporativa nos variados espaços estatais/governamentais. Optou-se pela subdivisão dos dois períodos mencionados em momentos específicos, identificados segundo a observação de mudanças nas regras institucionais presentes nas interações, na produção da política, ou na agenda corporativa.

Na apresentação dos resultados, um aspecto a mencionar diz respeito a não ter sido feita distinção conceitual entre as palavras “entidades médicas”, “organizações médicas”, bem como foram utilizados os termos “corporação médica” e “movimento médico nacional” para igualmente se referir à atuação conjunta das entidades estudadas. Também se utilizou como sinônimos as palavras “atores” e “agentes”; assim como “arena”, “instância” e “espaço” foram considerados sinônimos para fazer referência às estruturas formais de debate, discussão, negociação e operacionalização da política.

Outro ponto importante diz respeito à opção de utilizar o recurso de nota de rodapé para registrar breve informação sobre os atores governamentais e da corporação médica que ocuparam postos de comando nas organizações estudadas, incluindo os nomes, cargos, vinculação institucional e trajetória. Utilizou-se como fontes dessas informações as entrevistas, documentos e o currículo lattes ou outras versões fornecidas pelos entrevistados ou coletadas nas páginas das organizações aos quais os atores se vinculam. A divulgação dos nomes não foi, no entanto, associada às interpretações provenientes de falas ou atuação individual do ator.

No que concerne às questões éticas, o projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz em maio de 2016, com aprovação em julho do mesmo ano (Parecer CEP/ENSP nº 1.647.249). A pesquisa atendeu aos referenciais da bioética da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, no que tange aos direitos dos participantes, considerando o que dispõe a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 acerca das investigações científicas envolvendo seres humanos. Os sujeitos da pesquisa foram preservados de risco e vulnerabilidade, e foram apresentados aos benefícios coletivos e individuais decorrentes do estudo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).



### 3 A PROFISSÃO MÉDICA E SUAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS NACIONAIS

#### 3.1 ASPECTOS SOCIOLÓGICOS DA PROFISSÃO E DO TRABALHO MÉDICOS

As profissões configuram objeto tradicional de análise do ramo da sociologia das profissões. Santos (2011) registra três modelos teórico-metodológicos que valorizam o papel das profissões na estrutura social. O primeiro refere-se a uma abordagem funcionalista, que enfatiza a formação e o papel das profissões nas sociedades modernas, desenvolvendo funções sociais. A segunda perspectiva é denominada de interacionismo e tem como principal contribuição a preocupação em mostrar que o processo de socialização não se restringe à formação profissional, pois acontece também na atuação, no mercado de trabalho. Ganham destaque a noção de identidades profissionais e as análises que discutem as diferenças no interior de uma dada profissão. Por fim, o terceiro modelo é conhecido como weberianismo e traz para o centro do debate elementos vinculados ao poder profissional, seus projetos e ideologias (SANTOS, 2011).

Na perspectiva weberiana, o conceito de profissão associa-se à oportunidade de satisfação de necessidades materiais e aquisição de posições sociais, títulos e prestígio (aspecto imaterial/simbólico). A profissionalização se constitui como estratégia para conquistar poder, prestígio e renda na sociedade. A produção e a satisfação das necessidades sociais são controladas pelas profissões, com legitimação pelo Estado, seja pelo reconhecimento e legalização de uma profissão, seja na oferta da estrutura estatal para a realização das atividades profissionais (SANTOS, 2011).

A profissão médica, enquadrada em atividade liberal típica, é considerada emblemática por apresentar alto grau de autonomia, tanto técnica quanto econômica, e autorregulação, expressos na combinação de elevado conhecimento científico e controle sobre o seu processo de trabalho. O projeto profissional bem-sucedido da medicina a diferencia das demais profissões, e consiste no estabelecimento de uma notável aliança com o Estado e com a elite, bem como pela aquisição de vasto e sólido conhecimento científico e empírico, transformando a prática médica em ato técnico-científico “complexo e sofisticado” (MACHADO, 1997).

A fonte do poder e do prestígio social da profissão médica não decorre apenas da importância do seu controle sobre o saber, mas também se relaciona com o contexto social mais amplo ao nível do Estado. A medicina configura-se como mediadora de importantes valores sociais que servem aos interesses econômicos, políticos e culturais dominantes. Ela adquire

legitimidade por se posicionar em estreita sintonia com a sociedade e cultura hegemônicas (QUEIROZ, 1991).

A autonomia médica pode ser compreendida com base nas relações com o Estado, o qual concede à profissão a contrapartida para exercer o seu papel no controle da força de trabalho (de organizar o processo de trabalho na saúde) (QUEIROZ, 1991). A capacidade de autorregulação, considerando a medicina moderna do século XX, envolve estratégias de validação social da prestação dos serviços médicos como parte do desenvolvimento da sociedade; a racionalidade científica como fundamento da prática e do conhecimento; e a conformação de uma autoridade técnica e conhecimento especializado, associados ao apelo ético de sua conduta (MACHADO, 1997). A autonomia profissional resulta, portanto, de um processo político e social de concessão legal, que envolve a sociedade e o Estado. Não se configura como “algo que as profissões podem obter por si próprias” (ALMEIDA, 1997).

O exercício da autoridade profissional quase sempre representa o predomínio da opinião do médico, na “relação produtor-consumidor” (médico-paciente), que requer reconhecimento da autoridade e do poder médico, legitimando-a (MACHADO, 1997). Além da autoridade, o médico exerce poder de ação sobre o paciente, restando-lhe pouco espaço para decidir sobre condutas. A relação médico-paciente é informada por uma orientação profissional que faz uso de meios simbólicos de modo que não seja entendida pelo paciente como uma ordem e sim como algo superior a um conselho, legitimando tal autoridade (MACHADO, 1997; PEREIRA NETO, 2000).

A atividade profissional de uma ocupação com prestígio e poder especial (como a medicina) caracteriza-se, do ponto de vista cognitivo, por ser incompreensível por leigos, institucionalizada em estabelecimentos de ensino e cuja legitimidade está relacionada à sua capacidade de resolver problemas reconhecidos como importantes pela sociedade. Do ponto de vista normativo, a atividade regula-se por códigos, treinamentos longos e currículo padronizado, repercutindo na conformação de comunidades profissionais, com “identidade, compromisso pessoal, interesses específicos e lealdade corporativa, permitindo que conquistem, assim, prestígio junto à clientela” (PEREIRA NETO, 2000, p. 400).

Em síntese, o poder médico pode ser entendido pela capacidade da corporação profissional em exercer o controle sobre os processos de formação e ingresso no grupo de novos médicos, bem como sobre a formação de outras profissões da saúde; e de dominar o processo de regulação da autonomia profissional (AZEREDO; SCHRAIBER, 2016).

Uma das particularidades da atividade profissional na medicina reside no fato de o médico entrar em contato íntimo com a vida privada do cliente, e que a condição de doença promove a aceitação do julgamento profissional, respaldando a dependência do cliente (paciente) em relação ao conhecimento e à competência técnica do médico (PEREIRA NETO, 2000). Significa apontar para o exercício de uma autoridade exclusiva sobre a saúde e o adoecer, tanto científica quanto moralmente (SCHRAIBER, 1995).

A autonomia profissional expressa uma conquista impar da medicina moderna, e que confere ao médico liberdade para se colocar no trabalho. Ela não cessa no novo contexto profissional da medicina (empresariamento), mas se redefine em novas bases, de modo a preservar-se, no sentido de um valor essencial para a profissão e central no trabalho médico. (MACHADO, 1997; SCHRAIBER, 1995).

O trabalho médico apresenta natureza especial, consistindo em ato técnico singular, por envolver decisão pessoal do médico na aplicação do conhecimento científico. Desenvolve-se um “re-ajuizamento” desse conhecimento para cada caso em particular, envolvendo “o difícil exercício de um juízo complexo e tomada de decisões arriscadas”, o que denota o caráter reflexivo das decisões médicas (AZEREDO; SCHRAIBER, 2016; SCHRAIBER, 1995). As características desse processo vão se estabelecer em razão do pragmatismo presente na ação do profissional, já que a sociedade exige da medicina sempre uma resposta, ainda que sem amparo científico. Nesse sentido, denota-se a existência de uma dimensão empírica da medicina, combinando, na prática clínica pessoal, um saber científico (saber fazer) e um saber prático, instrumental (SCHRAIBER, 1995)

No contexto atual, novas alterações vêm sendo operadas na natureza do trabalho médico. Azeredo e Schraiber (2016) observam que as tecnologias configuram hoje o referencial da medicina, cumprindo papel de símbolo da prática médica. Sem descartarem a noção de que o trabalho médico esteja orientado pelo uso de recursos técnicos disponíveis, os autores demonstram que o médico passa a exercer a função de mediador para a relação dos pacientes com a tecnologia médica. Da mesma forma, os pacientes se converteram em meios para os médicos na sua relação com o conhecimento, e meios também para “a relação dos médicos com as engrenagens empresariais próprias do exercício da profissão” (AZEREDO; SCHRAIBER, 2016).

### 3.2 AS ENTIDADES MÉDICAS NACIONAIS: ORIGENS, TRAJETÓRIAS E CONFIGURAÇÕES INSTITUCIONAIS

A categoria médica é considerada a primeira profissão liberal a associar-se nas bases do trabalho moderno, tendo como marco a criação do Sindicato Médico Brasileiro (SMB), em 1927 (LABRA, 1993), que foi também o primeiro sindicato de uma categoria profissional de nível superior no país (PEREIRA NETO, 2002). Quase um século antes, em 1829, ocorria a criação da primeira associação médica do Brasil, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, seguida pela Academia Imperial de Medicina, em 1835, com relações estreitas com o poder imperial no campo da medicina e saúde pública e que mais tarde passou a ser chamada de Academia Nacional de Medicina. sempre na busca de estabelecer uma relação da elite médica com “o poder constituído” (PEREIRA NETO; MAIO, 1992; SANTOS NETO, 1993).

A criação do SMB ocorreu no contexto de surgimento do movimento operário e de deslocamento populacional para os centros urbanos, bem como da necessidade de organização dos trabalhadores por melhores condições de vida, incluindo as profissões liberais, como a medicina, na busca por “representação mais atuante no campo econômico”. Sua estruturação foi influenciada pela crescente intervenção estatal no contexto do corporativismo varguista dos anos 1930 (LABRA, 1993; PEREIRA NETO, 2002; SANTOS NETO, 1993).

Na saúde, ganhava destaque uma nova forma de atuação do Estado, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, que expressou nova visão de educação e ação sanitária com o surgimento do médico higienista, associado ao movimento sanitário da época. Outro elemento do contexto consistia nos primeiros sinais de assalariamento médico, dentro do processo denominado de socialização da medicina, prática de assistência coletiva desenvolvida por instituições públicas e privadas. A prática médica à época se transformava, na direção da especialização e tecnificação (alterações na atividade profissional), com demandas que já não estavam em sintonia com a representação da Academia Nacional de Medicina (PEREIRA NETO; MAIO, 1992).

O Congresso Nacional dos Práticos, realizado em 1922, foi arena importante para a criação do referido sindicato, onde as proposições sobre a sua criação se tornaram visíveis. A ideia do sindicato era considerada pela elite profissional médica da época como o meio de defesa do exercício clínico digno, liberal e individualizado. A visão era de que a medicina se encontrava em crise, com redução do espaço de atuação do profissional liberal. A pauta corporativa incluía o combate à prática ilegal (charlatanismo e curandeirismo) e aos diplomas

estrangeiros, pelo entendimento de que médicos estrangeiros apresentavam conhecimentos não reconhecidos pelos profissionais brasileiros; regulação da propaganda profissional; garantia da qualidade da formação; imposição de limites às matrículas em escolas médicas (PEREIRA NETO, 1995; PEREIRA NETO; MAIO, 1992). Com a entidade, buscava-se medidas de normatização da conduta e da ética profissional, assistência médica pública limitada aos comprovadamente indigentes e o estabelecimento pelo Estado de um salário adequado ao exercício da medicina. (NEVES; SIQUEIRA, 2009; PEREIRA NETO, 1998; PEREIRA NETO; MAIO, 1992).

A partir de membros do SMB surgiu a primeira experiência de uma federação de sindicatos médicos, dentro da perspectiva de criação de uma entidade que fomentasse as relações intersindicais face ao surgimento de vários sindicatos pelo país. Esse processo desencadeou a criação da Federação dos Sindicatos Médicos do Brasil, ocorrida no II Congresso Médico Sindicalista (CMS) em 1933, e oficializada em 1938, no âmbito do III CMS. Seu funcionamento associou-se ao do SMB<sup>6</sup>, com quem compartilhava sua estrutura organizacional e administrativa e, embora com ação descontínua que durou, presume-se, até os anos 1950<sup>7</sup>, teve papel importante na constituição do Conselho Federal Provisório de Medicina nos anos 1940 (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2008; NEVES; SIQUEIRA, 2009).

Esse processo conecta-se com as origens das entidades médicas nacionais existentes atualmente e relaciona-se com o formato que adquiriu o associativismo médico no Brasil, estruturado em três principais organizações: sindicato, associação e conselho. No plano nacional, são elas: o Conselho Federal de Medicina (CFM), criado em 1945 e reorganizado em 1957, a Associação Médica Brasileira (AMB), de 1951, e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), entidade sindical superior, fundada em 1973 (LABRA, 1993).

A criação dos conselhos de medicina se associa ao sindicalismo médico, que até 1945 atuou de forma alargada na representação da categoria médica, pelo fato de combinar atuação

---

<sup>6</sup> Em 1941, em decorrência da criação de outros sindicatos pelo Brasil, o SMB passou a ser denominado de Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (NEVES; SIQUEIRA, 2009).

<sup>7</sup> Segundo o texto do livro comemorativo dos 35 anos da FENAM, publicado pela entidade em 2008, não se sabe o ano preciso de encerramento das atividades da Federação dos Sindicatos Médicos do Brasil, mas algumas informações indicam que a entidade ainda funcionava nos anos 1950 (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2008).

sindical com a fiscalização do exercício profissional e cumprimento de princípios éticos<sup>8</sup>. O pleito pela criação de conselhos, assim como discussões sobre a Ordem dos Médicos, surgiu no I Congresso Médico Sindicalista, em 1931, com a proposta de instalação de um Conselho de Disciplina Profissional, seguido de proposição para criação de Conselhos de Disciplina Médica Regionais no II Congresso Médico Sindicalista Brasileiro em 1933<sup>9</sup>, ambos sem oficialização governamental. Na década de 1940, por iniciativa do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (antigo SMB), foi encaminhada reivindicação ao Ministério do Trabalho para a criação do Conselho de Medicina cuja proposta havia sido discutida no IV Congresso Médico Sindicalista, realizado em 1944 (NEVES; SIQUEIRA, 2009; PEREIRA NETO, 1998; SANTOS NETO, 1993).

No ano seguinte, os conselhos de medicina foram criados por meio do Decreto-Lei nº 7955, de 13 de setembro de 1945, e em 1946, foi criado o cargo de membro do Conselho Federal Provisório de Medicina, com o intuito de reunir condições para a eleição do primeiro Conselho Federal de Medicina e para a criação dos conselhos regionais nos estados. No entanto, na prática, apenas dois deles foram implantados: o do Distrito Federal e o do Rio Grande do Sul (SANTOS; SOBRINHO, 2008). Neves e Siqueira (2009) acrescentam a criação, mais adiante, dos conselhos regionais do Ceará, em 1951, e do Pará, em 1952.

Em 1951, ocorreu a criação da Associação Médica Brasileira, idealizada no Congresso do Brasil Central, em Minas Gerais e concretizada durante o III Congresso da Associação Paulista de Medicina (APM). No contexto dos movimentos de médicos da Secretaria Estadual de São Paulo, buscava-se a estruturação de uma entidade nacional voltada para o progresso científico, preservação da ética e desatrelada do sindicalismo de Estado, congregando as diversas associações regionais existentes (NEVES; SIQUEIRA, 2009; REIS, 2011).

O surgimento da AMB se dá também em contraposição às campanhas salariais e a primeira greve de médicos do país, iniciadas pela Associação Médica do Distrito Federal (Rio de Janeiro) que foi criada um ano antes, em 1950 (ESCOREL, 1999). Outro ponto de destaque

---

<sup>8</sup> O escopo representativo alargado consistia na preservação do prestígio profissional por meio do controle do mercado de trabalho, garantia da autonomia, combate ao assalariamento e à intervenção estatal. Buscava exercer influência junto ao Estado na formação médica e articulação parlamentar na formulação de projetos de lei. A promulgação dos códigos de ética médica em 1931 e 1945 foi desdobramento da atuação do SMB no período (PEREIRA NETO; MAIO, 1992; PEREIRA NETO, 1998; SANTOS; SOBRINHO, 2008; NEVES; SIQUEIRA, 2009).

<sup>9</sup> Em 1932, outra evidência da atuação do movimento médico sindical junto ao Estado foi a edição do Decreto 20.931 regulamentando a profissão médica. A partir de então, o exercício profissional ficou restrito aos portadores de diploma registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública e na repartição sanitária do estado em que exercia a profissão (NEVES; SIQUEIRA, 2009).

relacionado à origem da AMB foi o desejo de intervenção na legislação de 1945 dos conselhos de medicina, na tentativa de eliminar a submissão das entidades ao Estado e garantindo autonomia (SANTOS NETO, 1993).

Nesse sentido, a AMB demandou ao poder Legislativo a anulação do Decreto dos conselhos, ao passo que articulou junto ao governo de Juscelino Kubitschek a aprovação de um anteprojeto de lei para modifica-lo e garantir autonomia aos conselhos de medicina. O referido PL foi elaborado no âmbito do Conselho de Medicina do DF (RJ) e tramitou na Câmara dos Deputados, resultando na promulgação da Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957. Este é o modelo institucional dos conselhos de medicina existente até hoje no país. A nova legislação transformou os conselhos em autarquias com autonomia financeira e administrativa, em sintonia com os anseios da corporação, contrária ao intervencionismo estatal, além de prever a adoção do Código de Ética Médica formulado pela AMB em 1953 (NEVES; SIQUEIRA, 2009; PEREIRA NETO, 1998; REIS, 2011; SANTOS; SOBRINHO, 2008)

A fundação da FENAM ocorreu em 1973 no Rio de Janeiro, por iniciativa de membros do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (assim como a Federação idealizada nos anos 1930), no contexto da ditadura militar, com intervenção federal nos sindicatos e cassação do direito de greve. Teve como motivação a unificação das lutas do movimento sindical, que ressurge no período, e fortalecimento da representação do sindicalismo médico no nível nacional, como parte dos movimentos pela redemocratização. A relação próxima com o Sindicato dos Médicos do RJ se expressou pelo fato de as entidades terem o mesmo presidente, o médico Charles Damian, que ficou à frente da FENAM de 1973 a 1985. No ato de sua criação, assinaram adesão à Federação nove sindicatos médicos: Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Pernambuco, Campinas, Campina Grande, Niterói, Porto Alegre e Bahia (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2008, 2014).

No que se refere à trajetória, o Conselho de Medicina do período de 1945 a 1957 teve atuação pouco expressiva e representativa, pela alegada ausência de autonomia administrativa e financeira. O Conselho Federal Provisório de 1946, conforme mencionado, atuou na criação de poucos conselhos regionais e nas eleições para o primeiro CFM. A partir de 1957, com a reestruturação da legislação, o CFM adotou medidas para o fortalecimento dos CRM, promovendo o registro de todos os médicos nos estados, regulação da propaganda médica e organização de eleições para conselheiros regionais, tarefa que ficou a cargo das associações médicas estaduais (NEVES; SIQUEIRA, 2009)

Análises sobre o movimento pela reforma sanitária e a política de saúde nos anos 1970-80 identificaram algumas características das entidades médicas nacionais nesse período, especialmente CFM e AMB. Segundo Lobato (1994), até meados dos anos 1970 observava-se um domínio de direções conservadoras na condução das entidades, expressão da corrente política conhecida como “Kassabismo” em alusão ao médico Pedro Kassab, que esteve à frente da AMB por longo período<sup>10</sup>. O princípio que orientava a atuação das entidades sob essa corrente era a defesa da prática liberal no exercício da medicina tanto no setor público quanto no privado, sendo que a intervenção estatal somente deveria ocorrer de modo a garantir tal prática, afastando a possibilidade de empresariamento e a consequente intermediação do trabalho, que levaria ao assalariamento, perda da autonomia e impossibilidade de fixação do preço pelo produtor (o médico). A denominação dada pela autora a esta corrente foi de ‘Liberal-conservadora’<sup>11</sup>. Sobre a atuação política das entidades nessa corrente:

“[...] era essencialmente institucional. através da burocracia das instituições de saúde ou dos membros da categoria no parlamento. Mesmo reconhecendo mudanças as quais obrigatoriamente deveriam se ajustar, as discussões não alcançavam jamais o espaço público. As entidades eram fechadas e pouco alcançavam a própria categoria, cujas características já se mostravam, principalmente na década de 70, bem diversas das preconizadas pelos "Kassabistas".” (LOBATO, 1994, p. 160).

Entre o fim dos anos 1970 e início dos anos 1980, a atuação da AMB foi orientada por esse viés conservador, enfatizando a prática exclusivamente liberal, da livre escolha, do trabalho autônomo e do segredo profissional. Tinha como propostas a constituição de cooperativas médicas, como medida de combate ao assalariamento e a medicina de grupo, a regulação do valor do trabalho médico autônomo por meio das tabelas de honorários, e o monopólio do saber médico sobre outras profissões de saúde e sobre a sociedade (CAMPOS, 1988; LOBATO, 1994). Sua ação política concentrava-se em acordos e reuniões de gabinete, sem a convocação de grandes mobilizações acerca das questões trabalhistas. Limitava-se a apoiar paralisações e suspensão de atividades dos médicos prestadores de serviços ao INAMPS, além de buscar articulações com parlamentares médicos (CAMPOS, 1988; MENICUCCI, 2007). No CFM, essa orientação política repercutiu em uma atuação, até o fim dos anos 1970, pautada pela omissão aos problemas de saúde e pela prática autoritária do seu grupo dirigente

---

<sup>10</sup> O médico Pedro Salomão José Kassab, de São Paulo, graduado pela Universidade de São Paulo (USP) e especialista em dermatologia, comandou a AMB por seis gestões consecutivas entre 1969 e 1981. Em três gestões anteriores foi Secretário Geral da entidade, abarcando o período de 1963 a 1969 (REIS, 2011).

<sup>11</sup> Lobato (1994) adotou o termo a partir do diálogo com o trabalho de Gastão Wagner Campos (1986), que havia definido a corrente Kassabista como “Movimento de Defesa dos Valores Tradicionais da Profissão Médica”, na dimensão da prática da categoria, ou “Fração Conservadora do Movimento Médico”, na perspectiva do antagonismo dessa corrente aos movimentos médicos opositores.



(LOBATO, 1994). Escorel (1999), ao abordar movimentos grevistas de médicos residentes no fim dos anos 1970, observou como estes confrontaram a denominada aliança AMB-CFM, “de postura liberal, que se opunham às reivindicações trabalhistas e a utilização da greve como mecanismo de pressão” (ESCOREL, 1999, p. 97)

Nesse período, a FENAM recém-criada, tinha atuação informada pelo contexto de renovação sindical, envolvendo-se na criação de muitos sindicatos médicos (cerca de 24 entidades nos primeiros dez anos de sua existência) e com uma agenda de denúncias sobre problemas no sistema de assistência médica da previdência social, no setor privado e na organização de paralisações por melhorias nas condições de trabalho e dos salários<sup>12</sup> (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2014). A prática política da entidade relacionou-se com o Movimento de Renovação Médica (REME), surgido em 1978, primeiramente no Rio de Janeiro e em São Paulo, em oposição ao discurso liberal. O REME almejou a renovação da vida sindical e associativa da medicina, articulada à mudança do sistema de saúde e à redemocratização do país (ESCOREL, 1999; MENICUCCI, 2007)

Na primeira metade dos anos 1980, o avanço do REME nas demais entidades médicas provocou reações da aliança ‘liberal-conservadora’ AMB-CFM, visualizadas nas disputas eleitorais para as diretorias. Buscou-se meios para impugnar, não reconhecer ou impor limites para as chapas do movimento nas eleições para conselhos e associações médicas (ESCOREL, 1999). Entre 1981 e 1983, o REME assumiu a direção da AMB, no contexto de certo enfraquecimento da representação do discurso liberal junto à categoria, demarcando mudança na prática política da entidade, expressa, dentre outros fatos, pela adesão à Campanha Nacional por Melhores Condições de Trabalho, desencadeadas por sindicatos, associações estaduais filiadas à AMB e FENAM (CAMPOS, 1988; ESCOREL, 1999; MENICUCCI, 2007).

De acordo com Lobato (1994), no CFM, a partir de 1984, a entidade passou por um processo de democratização interna, tornando-se mais progressista e mais próximo das questões reivindicatórias dos médicos. Atuou na federalização da sua representação, dando mais voz aos estados em sua composição e estreitando relações com as representações regionais (CRM). Na AMB, após a saída do REME da direção da entidade, sua atuação passou a ser informada por uma corrente política denominada por Campos (1988) de ‘Neoliberal’, que se diferenciava do conservadorismo anterior e que tradicionalmente orientou as atividades da Associação, ao

---

<sup>12</sup> Entre 1977 e 1985, a FENAM teve atuação nas discussões sobre a constituição da Central Única de Trabalhadores, fundada em 1983 pelo movimento intersindical. Atuou nos debates sobre o novo sindicalismo que envolviam o pluralismo e a autonomia sindical (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2008).

reconhecer outras formas de inserção profissional, e não só a prática liberal exclusiva, e a ação política dos médicos, antes negada, na defesa dos seus interesses. Tal orientação foi fruto de uma estratégia de unificação da categoria médica, por meio da modernização do “Kassabismo”, que envolveu algumas dissidências do REME oriundas da APM e da própria AMB (CAMPOS, 1988; LOBATO, 1994).

Em geral o ‘Movimento Médico’<sup>13</sup> atuou nos espaços de questionamento às políticas de saúde, na experiência do SUDS e na elaboração das propostas reformistas, expressando adesão às teses da Reforma Sanitária, no contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde e do processo constituinte de 1987-1988. Gerschman (2004) sinaliza que essa atuação era diferenciada, com os sindicatos tendo um papel essencialmente trabalhista e os conselhos regionais e federal de medicina um papel político na Plenária Nacional de Saúde da Assembleia Constituinte. Segundo a autora, os conselhos de medicina configuraram-se como “centros de mobilização política em torno da proposta da Reforma Sanitária” (GERSCHMAN, 2004, p. 73).

Mais adiante, já no contexto do início dos anos 1990, um estudo de Castro (1992) identificou entraves e conflitos no que denominou de processo de “implementação da reforma”. A partir das visões e posicionamentos de uma diversidade de atores, a autora apontou as reivindicações que conformavam a pauta das entidades médicas no contexto do SUS, envolvendo questões sobre os problemas de financiamento do sistema, atrasos nos repasses, baixo grau de participação nos conselhos de saúde e ausência de política de recursos humanos, havendo especificidade e tratamento prioritário da variedade dos pontos de interesse para cada entidade.

A FENAM reivindicava a criação de um imposto único para a saúde e criticava o repasse por produção, além de criticar a postura de sindicatos de trabalhadores reivindicarem assistência médica privada nas negociações, enfraquecendo a defesa da saúde como um direito (fato considerado pela FENAM à época como o maior entrave do SUS). No caso do CFM e da AMB, a reivindicação era pela definição de fontes de recursos específicas para a saúde nos três níveis de governo e a criação dos fundos de saúde. O CFM defendia o fim do “duplo comando” com a extinção do INAMPS, e a AMB era defensora da centralização dos recursos do SUS na esfera federal (CASTRO, 1992)

---

<sup>13</sup> Gerschman (2004), ao analisar o processo da Reforma Sanitária, definiu o ‘Movimento Médico’ como uma parte do Movimento Social em Saúde e expressou sua opção por estudá-lo por meio da atuação das entidades médicas, incluindo os conselhos, associações e sindicatos.

No que se refere às configurações institucionais, as três entidades médicas nacionais organizam-se sob a forma federativa. O CFM congrega os 27 Conselhos Regionais de Medicina, de abrangência estadual e distrital. A FENAM filia sindicatos médicos de base estadual e regional, totalizando 53 entidades (dados de 2013), além de organizar-se em seis FENAM Regionais, dotadas de orçamento e estatuto próprios, assim distribuídas: Sul Brasileira, São Paulo, Nordeste, Sudeste, Tocantins, e Amazônia e Centro-Oeste. Já a AMB reúne 27 associações médicas estaduais (denominadas Federadas da AMB) e 396 regionais, além de ter 59 sociedades de especialidades filiadas, denominadas estatutariamente de conveniadas (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2016; BRASIL, 1957; FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2013, 2014; REIS, 2011).

Os conselhos de medicina no Brasil são autarquias, pertencentes à administração pública indireta, de personalidade jurídica de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira (BRASIL, 1957; NEVES; SIQUEIRA, 2009; PITTELLI, 2002). Os conselhos, embora sejam “auto administráveis”, “não se constituem em pessoas públicas jurídicas, e, portanto, não tem o poder de legislar”, restando-os o poder normativo do Estado materializado pelas resoluções normativas do CFM (PITTELLI, 2002).

O CFM tem jurisdição nacional, estando os conselhos regionais (estados e distrito federal) subordinados hierarquicamente a ele. É composto por 27 conselheiros titulares (e o mesmo número de suplentes), um de cada estado e um do Distrito Federal, escolhidos em votação secreta e por maioria de votos, com representação de, no mínimo, 20% dos médicos inscritos nos conselhos regionais. Além disso, o CFM é constituído por um representante (e seu suplente) da AMB (BRASIL, 2012, 1957).

O escopo de atuação dos conselhos de medicina compreende a normatização e fiscalização do exercício profissional e a supervisão e julgamento das questões da ética profissional (NEVES; SIQUEIRA, 2009; PITTELLI, 2002). O CFM tem também como atribuição estatutária a normatização do ato médico e sua estrutura organizacional compreende a Diretoria, as comissões e câmaras técnicas e o Tribunal Superior de Ética, além do Conselho Pleno Nacional dos Conselhos de Medicina, órgão de assessoria política do CFM. O mandato dos conselheiros é de cinco anos, sendo permitida a reeleição. A diretoria da autarquia é constituída pelo Presidente, 1º, 2º e 3º vice-presidentes, secretário-geral, 1º e 2º secretários, 1º e 2º tesoureiros, corregedor e vice corregedor; é eleita a cada 30 meses por maioria absoluta dos conselheiros efetivos, por candidatura individual ou chapa; e estrutura-se em departamentos

que ficam sob gestão dos vice-presidentes e a corregedoria, a cargo do conselheiro corregedor (BRASIL, 2012)

A AMB é uma sociedade civil sem fins lucrativos de direito privado e que atua na concessão do título de especialista aos médicos e em processos de atualização profissional (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2016). Os médicos podem se filiar à AMB por meio das associações médicas nos estados e no Distrito Federal. As entidades federadas da AMB mantêm sua autonomia administrativa, econômica e associativa, mas comprometem-se pelo repasse de parcela da receita das anuidades dos seus filiados à AMB. Sua estrutura organizacional reúne espaços superiores de tomada de decisão, como a assembleia de delegados e o conselho deliberativo; arena executiva, representada pelos cargos da diretoria (presidente, vice-presidentes regionais, secretários e diretores específicos); o conselho fiscal; o conselho de especialidades; a diretoria científica; e uma série de comissões consultivas permanentes (BRASIL, [s.d.]).

A diretoria da AMB é composta pelo presidente, 1º e 2º vice-presidentes, cinco vice-presidentes regionais, secretário geral, 1º Secretário, 1º e 2º Tesoureiros, Diretor de Relações Internacionais, Diretor Científico, Diretor de Defesa Profissional, Diretor de Atendimento ao Associado, Diretor Cultural, Diretor Acadêmico e Diretor de Assuntos Parlamentares<sup>14</sup>. É eleita por voto secreto e direto dos seus associados, em pleitos ocorridos em agosto, com posse no mês de janeiro do ano seguinte. O mandato da diretoria é de 3 anos, com possibilidade de reeleição consecutiva uma única vez (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2016).

As sociedades de especialidades médicas no Brasil tendem a reproduzir a estrutura da AMB, compostas por diretoria/secretaria executiva eleita a cada dois anos e que conta, na maioria das sociedades nacionais, com um conselho diretivo composto pelos presidentes estaduais/regionais das sociedades. A organização federativa também está presente nas relações das sociedades nacionais e suas afiliadas, e a principal forma de financiamento é também o repasse de parte dos recursos arrecadados dos médicos filiados, acrescida da receita vinculada à promoção de eventos científicos realizados pela entidade. No que se refere ao quadro associativo, com algumas variações em termo de hierarquia (mais forte nas sociedades de especialidades cirúrgicas), este é composto por membros associados (indicados por outros membros da sociedade; sem direito a voz e voto, nem podem ocupar cargos diretivos), membros titulares (membros plenos, com direito a voz e voto; podem ser eleitos), membro aspirante

---

<sup>14</sup> Por regra estatutária, os cargos de Secretário-Geral, 1º Secretário, 1º e 2º Tesoureiros somente podem ser ocupados por médicos que residem ou exercem a profissão na cidade de São Paulo, sede da AMB.

(residente ou estagiário), membros honorários e membros beneméritos, além dos membros correspondentes ou colaboradores, normalmente médicos do exterior (BRASIL, [s.d.]).

A FENAM é uma entidade sindical superior reconhecida por carta sindical emitida pelo Ministério do Trabalho, de direito privado. Seu quadro dirigente congrega quatro órgãos: o Congresso, o Conselho Deliberativo, a Diretoria Executiva e o Núcleo Executivo. O Congresso configura-se como órgão soberano de resoluções, reúne-se, em caráter ordinário, a cada 3 anos. O Conselho Deliberativo é composto por um delegado de cada sindicato, um delegado por FENAM Regional e toda a Diretoria Executiva; reúnem-se a cada seis meses, ordinariamente, para apreciarem e deliberarem sobre assuntos sindicais e sobre os balanços orçamentários, financeiros e patrimoniais da FENAM. Já a Diretoria Executiva é composta pelo presidente e vice-presidente da entidade e outros 28 cargos, entre diretores e secretários, incluindo os Secretários Regionais (Presidentes das FENAM Regionais). A diretoria é responsável por definir as diretrizes sindicais da Federação e pelas atividades executivas, juntamente com o Núcleo Executivo (órgão mais operacional) (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2013).

A Diretoria Executiva e o conselho fiscal da FENAM são eleitos, por meio de inscrição de chapa, a cada três anos, na ocasião da realização do Congresso. O preenchimento do cargo de presidente é feito por indicação das FENAM Regionais, em rodízio estabelecido em estatuto. Obrigatoriamente, o vice-presidente deve ser indicado pela regional que será a próxima do rodízio a indicar o presidente. A distribuição dos cargos da chapa candidata a Diretoria Executiva deve ser feita de forma a garantir igual representação de todas as FENAM regionais (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2013).

Suas prerrogativas consistem, dentre outras, na ampla representação do trabalhador médico e na adoção de medidas de defesa da corporação, nos setores público e privado da saúde. Esta representação inclui a prática sindical de celebração dos contratos, acordos e convenções coletivas de trabalho e a mediação junto aos órgãos de fiscalização do trabalho, no poder Executivo, e da justiça do trabalho, no plano nacional, bem como a atuação em prol da regulação do direito de greve (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2013).

As entidades definem também atribuições mais amplas, direcionadas à política e ao sistema de saúde, à saúde da população e ao papel do Estado na regulação do trabalho e da formação médica. Preveem também o estabelecimento de parcerias com outras entidades representativas da sociedade civil.

A AMB e o CFM estruturam comissões e câmaras técnicas, transitórias ou permanente, voltadas para a formulação de posicionamentos e o debate de temas ligados à medicina e à saúde. O funcionamento dessas instâncias alinha-se às diretrizes institucionais e subsidia a implementação dos projetos e programas das entidades (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015; REIS, 2011). Na FENAM, organizam-se secretarias e diretorias temáticas, predominantemente ligadas às questões sindicais e trabalhistas (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2015).

O quadro 2 resume os principais elementos das origens, as características das trajetórias de atuação e os elementos de configuração institucional das entidades médicas nacionais.

Quadro 2 - Elementos referentes às origens, trajetórias de atuação e configuração institucional atual da FENAM (SMB), AMB e CFM

| Entidade              | Elementos da origem   | Características da trajetória  | Configuração institucional  |
|-----------------------|---|--|---|
| <b>SMB/<br/>FENAM</b> | <p><u>SMB</u><br/>Data de criação:1927 (RJ).<br/>Contexto e motivações iniciais: movimento operário, urbanização, corporativismo varguista, mudanças na prática médica e intervenção estatal na saúde.</p> <p><u>FENAM</u><br/>Data de criação:1973 (Rio de Janeiro)<br/>Contexto e motivações iniciais: regime militar; busca pela unificação do movimento médico sindical e fortalecimento da representação nacional.</p> | <p><u>SMB</u><br/>Até meados dos anos 1940, acúmulo de funções e escopo de atuação alargado; preservação do prestígio profissional.<br/>Códigos de Ética Médica promulgados em 1931 e 1945.</p> <p><u>FENAM</u><br/>Criação de 24 sindicatos médicos na primeira década. Influência do REME no final dos anos 1970: oposição ao discurso liberal.<br/>Anos 1980 e 1990: atuação na reforma sanitária, no processo de redemocratização e de implantação do SUS.</p> | <p>Organização federativa, 53 sindicatos médicos de base estadual ou regional; 6 FENAM Regionais;<br/>Sociedade civil sem fins lucrativos; direito privado; entidade sindical superior reconhecida pelo Ministério do Trabalho;<br/>Atribuição: celebração de contratos, acordos e convenções coletivas; mediação junto à fiscalização e à justiça do trabalho.</p> |
| <b>CFM</b>            | <p>Data de criação:1945.<br/>Contexto e motivações iniciais: articulação dos médicos junto ao Estado e debates nos Congressos Médicos Sindicalistas; busca por órgão voltado para a ética profissional, fiscalização e aplicação de sanções.<br/>Reorganizado em 1957: articulação CRM DF e AMB; maior autonomia em relação ao Estado.</p>  | <p>1945 a1957: atuação pouco expressiva e representativa. 1946 – Conselho Federal Provisório: criação de poucos CRM e eleições para primeiro CFM.<br/>Pós 1957: fortalecimento dos CRM; aliança liberal-conservadora CFM-AMB até final dos anos 1970.<br/>A partir de 1984: renovação do CFM, democratização interna, federalização da representação, aproximação com questões médicas.</p>  | <p>Formato federativo. 27 (CRM), de abrangência estadual/distrital.<br/>Autarquia federal especial, direito público; autonomia administrativa e financeira;<br/>Atribuição: normatização e fiscalização do exercício e da ética profissional</p>  |
| <b>AMB</b>            | <p>Data de criação:1951.<br/>Contexto e motivações iniciais: movimento dos médicos da SES SP; busca por entidade nacional para progresso científico, defesa da ética e desvinculada do Estado; intervenção na legislação dos conselhos e contenção de movimento médico no Rio de Janeiro.</p>   | <p>Até anos 1980: conservadorismo, defesa da prática liberal exclusiva, livre escolha, autonomia e segredo profissional.<br/>Entre 1981 e 1983: AMB dirigida pelo REME – mudança na prática política.<br/>A partir de 1983: orientação política neoliberal, defesa da prática liberal com reconhecimento das outras formas de inserção no mercado e da ação política dos médicos.</p>  | <p>Formato federativo. 27 associações médicas estaduais e 396 regionais (unidades federadas). 53 sociedades médicas de especialidades (unidades conveniadas)<br/>Sociedade civil sem fins lucrativos; direito privado;<br/>Atribuição: concessão do título de especialista; processos de atualização profissional.</p>  |

Fonte: O autor, 2016.

Nota: Quadro atualizado em fevereiro de 2018.

## 4 CONFIGURAÇÕES DOS MERCADOS DE TRABALHO E FORMATIVO EM MEDICINA NO BRASIL

### 4.1 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE TRABALHO MÉDICO

O Brasil registra historicamente crescimento da população de médicos, conforme apontou o estudo do Conselho Federal de Medicina “Demografia Médica no Brasil 2015”. Em outubro de 2015, o Brasil contava com 399.692 médicos, com uma razão de 1,96 médicos por mil habitantes.<sup>15</sup> Entre os anos 1970 e 2015, a evolução do número de médicos registrou um crescimento de 633%. A taxa de crescimento desde 1985 foi sempre superior à da população, em geral duas vezes mais alta. Em 2015, enquanto a população cresceu 5,4%, os registros de médicos cresceram 14,9% (SCHEFFER et al., 2015).

Quanto ao número de médicos especialistas, em 2011, o Brasil apresentava quantitativo expressivo<sup>16</sup>, com percentual de 55,1% dos profissionais atuantes no país. Esse percentual subiu para 59% em 2014 (228.862), e dentre os especialistas, pouco mais de 64 mil tem duas ou mais especialidades. Os médicos especialistas se concentram na faixa etária dos 31 aos 60 anos (70,2%); em ambos os sexos, o percentual de especialistas não difere, registrando 58,9% do total de médicas e 59% do total de médicos (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013; SCHEFFER et al., 2015).

No que se refere à distribuição dos médicos brasileiros, observa-se uma situação de grandes desigualdades, coexistindo a saturação de profissionais nos grandes centros urbanos e regiões mais ricas do país e a extrema carência de médicos em determinadas localidades. Dados de 2009 registravam que 7% dos municípios brasileiros não contavam com médicos e 42% da população eram residentes de cidades que apresentavam relação de menos de um médico para cada quatro mil habitantes (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Considerando as regiões brasileiras, as desigualdades são expressivas entre o Norte, com 4,3% de médicos e 8% da população, e o Sudeste com 42,3% dos habitantes e mais da metade de todos os médicos do Brasil (54,7%), para o ano de 2009 (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009). Em 2001, as discrepâncias regionais eram ainda maiores, com o Sudeste concentrando quase 60% do total de profissionais (PÓVOA; ANDRADE, 2006). O panorama

---

<sup>15</sup> O estudo também contabilizou os registros nos CRM que, para 2015, eram 432.870. Esse número é superior ao de médicos pois engloba os registros secundários de profissionais que atuam em mais de um estado da federação (SCHEFFER, 2015).

<sup>16</sup> Os autores consideraram como especialistas os médicos que obtiveram o título por conclusão da residência médica ou junto às sociedades de especialidades. Denominaram de generalistas aqueles sem titulação.



se mantém em 2014, com as regiões Norte e Nordeste apresentando razão de médico por mil habitantes abaixo da razão nacional. O Pará e o Maranhão eram as Unidades da Federação com menor número de médico por 1000 habitantes, 0,91 e 0,79, respectivamente (estas são as razões mais baixas do país). Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam razão acima da nacional (2,09 médicos por mil habitantes<sup>17</sup>), estando o Sudeste na frente com a maior razão de médicos por mil habitantes do Brasil, 2,75. Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo eram os estados com a maior quantidade de médicos em razão da população em 2014. Nesse ano, o Sudeste concentrava 55,3% dos médicos do país e 42% da população; o Norte registrava 4,4% dos médicos e 8,4% da população, padrão idêntico ao de 2009 (SCHEFFER et al., 2015).

As 27 capitais brasileiras reuniam em 2014 mais da metade dos médicos do país (55,24%), mas concentravam apenas 23,80% da população. Já o interior do país tem 44,76% dos médicos e 76,2% da população. Em consequência, a razão de médicos por mil habitantes nas capitais é quatro vezes maior. As desigualdades também se evidenciam entre as capitais: em 2014, Rio Branco, no Acre tinha 2,03 médicos por mil habitantes (menor que a razão nacional e menor de todas as capitais); na outra ponta estava Vitória, no Espírito Santo, com uma razão de 11,9 médicos por mil habitantes. No que se refere ao interior do Brasil, sua razão era de 1,23 médico por mil habitantes em 2014. No interior das Regiões Norte e Nordeste encontravam-se as piores razões, 0,42 e 0,46, respectivamente. Por estado, o interior de Alagoas tinha razão de 0,1 e o de Sergipe apresentava 0,12 médico por mil habitantes.<sup>18</sup> (SCHEFFER et al., 2015).

Póvoa e Andrade (2006), a partir de dados de 2001, identificaram uma relação positiva entre o número de médicos e o PIB per capita dos estados brasileiros, ou seja, estados com maior PIB per capita abrigam também maior número de médicos. No topo dessa relação encontrava-se, em 2001, o Distrito Federal (5,54 médicos/mil hab.; PIB per capita de R\$ 14.425,00), e no outro polo, o estado do Maranhão (0,65 médicos/mil hab.; PIB per capita R\$ 1.629,00).

---

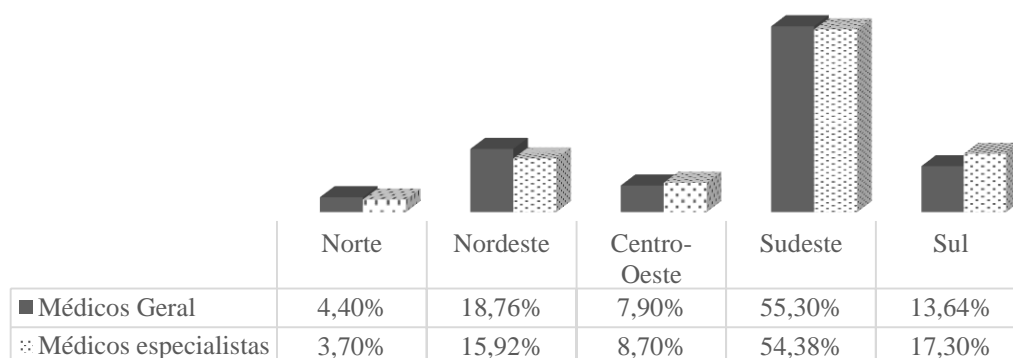
<sup>17</sup> O estudo de Scheffer et al. (2015) considerou, nesse caso, o total de registros médicos em 2014, incluindo os secundários. O valor da razão nacional considerando o número de médicos de 2014 é 1,91 médico por mil habitantes.

<sup>18</sup> O estudo de Scheffer et al. (2015) apresenta maior detalhamento do padrão de distribuição dos médicos pelo território nacional, considerando porte populacional e recortes regionais. Os autores identificam a carência de profissionais nos municípios de estrato populacional 5 a 10 mil habitantes e de 50 a 100 mil habitantes, com diferenças entre as regiões. Estes aspectos não serão apresentados no âmbito desse estudo por não ser este o escopo principal da análise.

Assim como na população médica em geral, há diferenças regionais na proporção de especialistas, em relação aos generalistas. No Brasil a razão especialista/generalista era de 1,41 especialistas para cada generalista em 2014. A maior razão era encontrada no Sul (2,11), seguida pelo Centro-Oeste (1,96)<sup>19</sup>, Sudeste (1,38), Nordeste (1,17) e Norte (0,94). Uma razão abaixo de 1 especialista por cada generalista foi observada em seis estados: Rio de Janeiro (único do Sudeste), Pará, Maranhão, Pernambuco, Tocantins e Rondônia (SCHEFFER *et al.*, 2015).

A concentração dos médicos especialistas em comparação com a concentração dos médicos em geral evidenciava comportamento semelhante em 2014. Juntos, Sul e Sudeste reuniam 70% dos médicos em geral e 71,63% dos especialistas. O gráfico 1, elaborado a partir de informações disponíveis na pesquisa do CFM (2015), ilustram essa situação para as demais regiões do Brasil

Gráfico 1 - Percentuais de médicos em geral e médicos especialistas por região, Brasil, 2014



Fonte: Scheffer *et al.* Demografia Médica no Brasil 2015. CFM

Em relação às especialidades médicas, do total das 53 oficialmente reconhecidas no Brasil, seis delas agrupavam 49% dos especialistas em 2014: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia e Cardiologia. A Clínica Médica representava 10,6% de todos os títulos de especialista. Considerando as 6 especialidades elencadas como básicas (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade e Medicina Preventiva e Social), em 2014, estas reuniam 40,3% dos especialistas. Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a 20ª especialidade em número de títulos, representando 1,5% do total.

<sup>19</sup> A razão apresentada para o Centro-Oeste tem alto valor pelo fato de incluir o Distrito Federal, para o qual a razão é de 2,44 especialistas para cada generalista (SCHEFFER *et al.*, 2015).

Quanto à participação das mulheres no mercado de trabalho médico, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE), para os anos de 1988, 1993, 1998 e 2003, revelaram tendência de ampliação do número de profissionais mulheres, saltando de 30,9% em 1988 para 47,6% em 2003 (LUIZ; BAHIA, 2009). Scheffer e Cassenote (2013) descreveram a evolução da participação feminina na medicina no Brasil, considerando a série histórica de 1 século (1910 a 2010). Como resultado, identificaram tendência consistente de feminilização ao longo das últimas décadas e que se intensificou no período mais recente da análise dos autores.

Considerando os registros de médicos, as mulheres passaram a ser o maior número de novos registros em 2009 (7.301 médicas e 7.235 médicos)<sup>20</sup>. Em 2014, dos novos registros, as mulheres representavam 54,8%. No mercado, a profissão em 2010 ainda era predominantemente masculina, com os médicos homens representando 60,09% do total, valor que cai para 57,5% em 2014. A tendência de maior participação feminina se nota na distribuição dos médicos por idade. As mulheres médicas já eram maioria em 2014, na faixa etária de até 29 anos, com 56,2% de participação. Por especialidade, as mulheres apresentavam maior número em 13 especialidades. Nas seis consideradas as especialidades básicas, as mulheres são maioria em cinco delas: “Pediatria (70,0%), Ginecologia e Obstetrícia (51,5%), Clínica Médica (54,2%), Medicina de Família e Comunidade (54,2%) e Medicina Preventiva (50,3%)” (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013, p. 272; SCHEFFER et al., 2015).

Em relação aos postos de trabalho médicos, a partir de dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE, Nogueira (2014) observou uma taxa de crescimento de 36,5% nos postos de trabalho da categoria entre 2002 e 2009. Do total de postos de trabalho em estabelecimentos de saúde no Brasil, 57,6 eram de médicos em 2009. Embora seja proporcionalmente a maior parte, esse percentual em 2002 era de 63,9%.

Entre os postos em estabelecimentos públicos e privados, a variação 2002-2009 foi de crescimento de 34% nos postos públicos e de 38,4% nos privados, ligeiramente maior. Quanto à esfera administrativa dos postos de trabalho de médicos nos estabelecimentos públicos, a maior parte deles era referente à esfera municipal, com mais de 187 mil postos em 2009. Os postos estaduais eram 70.442 e os federais apenas 23.386, para o ano de 2009 (NOGUEIRA, 2014). A concentração dos postos de trabalho na esfera municipal também foi observada em outros trabalhos, como o de Luiz e Bahia (2009), que utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios para os anos de 1993 e 2003. Segundo esses autores, os médicos

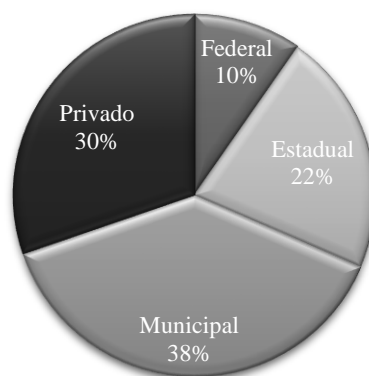
---

<sup>20</sup> Considerando o número de médicos, e não os registros, a participação feminina passa a ser maioria a partir de 2011, com 9.420 médicas e 8.480 médicos com registro principal emitido naquele ano (SCHEFFER *et al.*, 2015)

empregados no setor público deslocaram-se, ao longo do período, principalmente, da esfera federal (23,6% em 1993; 12,5% em 2003) para a esfera municipal (16,2% em 1993; 34,5% em 2003), revelando os efeitos da descentralização político-administrativa do SUS no mercado de trabalho (LUIZ e BAHIA, 2009).

De acordo com dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego, entre 2003 e 2012, os vínculos de trabalho de médicos cresceram 36,1%. No setor privado, os vínculos de médicos cresceram de forma relevante no período, 64%, bastante superior ao crescimento de vínculos nos segmentos do setor público. Na esfera federal, o crescimento foi de 5,7%; na estadual, 9,4% e no segmento municipal, 31,5%. Pelas taxas de crescimento, é possível observar que os segmentos privado e público municipal são os que impulsionaram a expansão dos vínculos de trabalho de médicos no período (NOGUEIRA, 2014). O gráfico 2 apresenta a distribuição percentual dos vínculos médicos para o ano de 2012, confirmando a forte participação do segmento público municipal e do setor privado em 2012.

Gráfico 2 - Distribuição dos vínculos de trabalho de médicos, Brasil, 2012



Fonte: Dados da RAIS/MTE disponíveis em Nogueira (2014).

No que se refere à remuneração<sup>21</sup>, considerando os setores público e privado, os médicos foram os profissionais que obtiveram os maiores ganhos entre 2007 e 2012: 103,3%. A variação da remuneração nominal média passou de R\$ 5.767 para R\$ 11.515 no período. Nas unidades da federação, houve aumento de mais de 100% na remuneração do médico em 15 estados. Em outros 12, o crescimento remuneratório variou de 50 a menos de 100%. No setor público, os ganhos dos médicos foram da ordem de 96,8% entre 2007 e 2012, de R\$ 5.664 para R\$ 11.023. O aumento foi registrado em mais de 100% em 14 estados. No setor privado, o percentual de

<sup>21</sup> Informações a partir de microdados da RAIS/MTE. Padronizou-se uma jornada mensal de trabalho de 200 horas para cálculo das remunerações médicas (NOGUEIRA E RODRIGUES, 2014).

crescimento da remuneração foi mais elevado, de 145,4%, passando de R\$ 5.696 para R\$ 13.398. Os ganhos foram superiores a 100% em 18 unidades da federação. As maiores remunerações médias do médico (setor público e privado), em 2012, eram encontradas em geral nos estados do Sul e Sudeste; e as menores no Nordeste (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2014).

Outras análises para períodos anteriores, especialmente dos anos 1990 e do início dos anos 2000, também aportaram conhecimento acerca da remuneração de médicos. Luiz e Bahia (2009), a partir de dados das PNAD de 1993, 1998 e 2003, observaram que em relação às fontes dos rendimentos dos médicos não houve grandes variações no período, com maior participação proporcional os rendimentos advindos de fonte exclusivamente privada (cerca de 40% nos anos em destaque), seguido pela fonte mista (público e privada), que foi de aproximadamente 30%, mesmo percentual para fonte exclusivamente pública. No que se refere ao setor de emprego, os médicos empregados no setor privado, nestes anos, correspondiam a aproximadamente 32%.

Os maiores rendimentos foram observados para os médicos situados na condição mista de empregado e empregador, ainda que entre 1993 e 2003 tenha havido redução nos rendimentos desses profissionais, segundo Luiz e Bahia (2009). Silva e Dedecca (2006), analisando o ano 2000, observaram diferenças nos rendimentos dos médicos, de acordo com a posição que ocupavam no mercado de trabalho. Médicos na condição de empregadores apresentavam rendimentos 56% maiores do que a média do rendimento da categoria. Os com menor rendimento eram aqueles do setor privado sem carteira assinada (30% menor que a média), seguido pelos médicos do setor público (rendimento 25% menor) e pelos empregados do setor privado com carteira assinada (18% inferior à média) (SILVA; DEDECCA, 2006).

No geral, os médicos apresentam patamares de renda bem mais elevados quando em comparação com os da população economicamente ativa e a população ocupada com mais de 12 anos de estudo. Os autores destacaram que, a partir de 1993, enquanto segmentos populacionais apresentavam declínio dos seus rendimentos, tal fato não ocorreu com a categoria médica. No país, o trabalho do médico adquire alto valor, simbólico ou material, representado pelo fato de sua renda média ser 8,7 vezes maior do que o PIB *per capita* (LUIZ; BAHIA, 2009). No ano 2000, os médicos eram a ocupação do núcleo do setor saúde cuja remuneração era quase sete vezes maior do que a média do mercado de trabalho brasileiro (SILVA; DEDECCA, 2006).

A medicina era a categoria do setor saúde com maior proporção de profissionais ocupados na própria profissão, com elevação do percentual entre 2000 e 2010, de 68,3% para 80,5%. Tal fato configura a medicina como uma profissão essencialmente ligada à prestação da

assistência direta à saúde, juntamente com a odontologia, que também apresenta alto percentual de profissionais ocupados na própria profissão. Acrescente-se que, em 2010, a medicina apresentava um percentual de desocupação de 0,5%, segundo dados do Censo Demográfico do IBGE, reproduzidos em relatório da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde da UFMG (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2014).

Entre 2000 e 2010, verificou-se formalização do trabalho médico, em função do aumento da participação dos estatutários (de 14,9% para 19,2%) e dos empregados com carteira assinada (de 35,1% para 38%). Já os médicos na posição de empregador, houve redução do percentual de participação, saindo de 12,1% em 2000 para 6,1% em 2010. Os profissionais na posição ‘por conta própria’ mantiveram-se com percentuais em torno de 26% nos dois anos (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2014). Com dados da PNAD, Luiz e Bahia (2009) registraram aumento na proporção de médicos empregadores, pulando de 6,3% em 1988, para 15,4% em 2003, relacionando o aumento ao fenômeno de “adesão ao empreendedorismo privado” possivelmente para assegurarem rendimentos elevados, junto aos estabelecimentos de saúde privados e empresas de planos de saúde, em um contexto de subfinanciamento do SUS (LUIZ e BAHIA, 2009).

Dados de uma pesquisa do CFM de 2014<sup>22</sup> revelaram que para aquele ano, os médicos apresentavam, em geral, múltiplos vínculos de trabalho, sendo que 48,5% deles tem três vínculos ou mais. Apenas 22% tinham somente 1 vínculo. No que se refere à jornada de trabalho, cerca de 1/3 dos médicos afirmaram trabalhar mais de 60 horas semanais; e 75,5%, mais de 40 horas por semana. No país, 1 em cada 6 médicos afirmaram trabalhar mais de 80 horas por semana (SCHEFFER et al., 2015).

No que se refere ao setor de atuação, mais da metade dos médicos se vinculavam, em 2014, tanto ao setor público quanto ao setor privado. Exclusivamente no setor público, atuavam 21,6%; já exclusivamente no privado eram 26,9% naquele ano. O estudo do CFM evidenciou haver uma tendência no mercado de trabalho médico de maior concentração de profissionais nos serviços privados, atuando junto a “populações e clientela restritas, formadas por pacientes particulares e conveniados a planos de saúde” (SCHEFFER et al., 2015, p. 118).

Em síntese, é possível observar que o mercado de trabalho médico se caracteriza pelo aumento da sua população de profissionais, generalistas e especialistas, com avanço na

---

<sup>22</sup> Trata-se de uma pesquisa com dados primários coletados por meio da realização de 2.400 entrevistas com médicos em inquérito nacional com amostra probabilística. Faz parte do projeto Demografia Médica no Brasil 2015 (SCHEFFER et al., 2015).

participação feminina e importante desigualdade na distribuição dos médicos pelo território nacional. Verifica-se concentração nas capitais e nas regiões de maior desenvolvimento econômico, como Sudeste e Sul. Em relação à esfera de atuação, o mercado revela tendência de crescimento maior de postos de trabalho do setor privado na comparação com o ritmo de crescimento no público, para o qual a maior parte dos vínculos são com o segmento público municipal (efeitos da descentralização do SUS).

O mercado de trabalho médico expressa a dupla militância dos profissionais, com maioria exercendo a profissão concomitantemente nos setores público e privado, bem como a tendência em terem múltiplos vínculos (3 ou mais, em geral). Outra característica desse mercado é não apresentar situação de desemprego e o padrão de remuneração ser elevado quando comparado com outras profissões da saúde e com o mercado de trabalho em geral. As maiores remunerações são encontradas para os profissionais que estão nas posições ‘empregador’ e mista ‘empregado e empregador’ e, no geral, tem crescido em ritmo maior no setor privado.

#### 4.2 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO MERCADO FORMATIVO EM MEDICINA

O ensino médico integra e espelha o desenvolvimento do sistema educacional no Brasil cuja trajetória é informada pelo predomínio do viés econômico, por vezes fomentado como política de Estado. O mercado, nesse sentido, cumpre papel na geração de demanda pela criação de novos cursos e vagas, em contraste com a noção do ensino como uma necessidade social (HADDAD et al., 2009; PIERANTONI; FRANÇA; VARELLA, 2006; VIEIRA et al., 2004). Análises sobre o mercado formativo em medicina, com foco em diferentes períodos, desde os anos 1990, indicaram a dinâmica do crescimento de cursos e vagas de graduação, registrando variações quanto ao ritmo desse crescimento, os aspectos da concentração geográfica e da natureza jurídica, se público ou privado.

Pierantoni, Varella e França (2006) analisaram a expansão do ensino da medicina entre 1991 e 2004 e observaram uma taxa de crescimento de cursos de 72%, passando de 79 para 136 cursos. Estudo de Vieira et al. (2004) revelou que entre 1995 e 2001 os cursos cresceram 24,7%, de 85 para 106; e as vagas tiveram incremento de 73,1% (VIEIRA et al., 2004).

De 1991 a 2004, houve aumento da participação privada na medicina, que alcançou 50% da oferta total de cursos (em 1991 era 43%). O número total de vagas cresceu em torno de 81% nesse período, notadamente a partir de 1997, puxado pelo setor privado que cresceu 80% ante os 23% do crescimento das vagas públicas. Em relação aos concluintes do curso, os números

indicaram quantitativo estável até 2002, com aumentos nos anos de 2003 e 2004, tendo o setor público ainda como responsável pelo maior número de egressos. O período estudado indicou que a graduação em medicina tinha pouca evasão, ao se comparar as vagas de 1998 e os egressos de 2004, cujos números eram muito próximos. As autoras também identificaram uma reconfiguração geográfica das vagas públicas de medicina com redução da participação do Sudeste (em 1995 era 36,7% das vagas públicas; em 2004, passou para 29,9%), como resultado do aumento de instituições públicas nas demais regiões, principalmente Norte e Nordeste (PIERANTONI, VARELLA; FRANÇA, 2006; HADDAD et al., 2009).

A análise de Pierantoni et al. (2012) apresentou um panorama do mercado no período de 2000 a 2010, encontrando o esperado crescimento do número de cursos de medicina, com variações segundo a natureza jurídica. Os cursos privados no Brasil passaram a ser a maioria a partir de 2006, pelo fato de, na década, o ritmo do aumento de cursos privados (134%) ter sido superior ao crescimento no setor público (57%). Em relação à distribuição dos cursos por região do país, os autores observaram também reconfiguração geográfica, com o Sudeste mantendo o maior número de cursos, mas apresentando menor taxa de crescimento entre 2000 e 2010. O número de cursos teve incrementos nas regiões Norte (375%) e Nordeste (216%), seguidas pelo Centro-Oeste (171%). O Sudeste e o Sul tiveram 62% e 47%, respectivamente (PIERANTONI et al., 2012).

Quanto às vagas, o crescimento no período (2000-2010) foi de 76%, com o privado ultrapassando o público entre 2003 e 2004. Na distribuição regional das vagas, a concentração no Sudeste também foi visualizada: 51% do total da oferta no país em 2010, bem como o menor ritmo de crescimento na década de 2000 (51%), inferior a todas as demais regiões: 269% no Norte, 168% no Centro-Oeste, 142% no Nordeste e Sul (65%). (PIERANTONI et al., 2012). Estudo posterior confirmou algumas tendências: em 2013, as vagas privadas mantiveram-se como a maioria (12.180), contabilizando 58,9% da oferta total; e a região Sudeste manteve-se concentrando vagas, mas a sua oferta foi de 48,6% do total de vagas de medicina (menos da metade) (PIERANTONI et al., 2015).

A concentração de vagas de medicina no Sudeste é também visualizada pelo cálculo da razão de vagas por 10 mil habitantes. Em 2010, o valor da razão para o Brasil era de 0,9 vagas/10 mil habitantes, mesmo valor para a região Norte. O Nordeste registrava 0,6; Centro-Oeste 0,7; e Sul 0,8, ao passo que para o Sudeste a razão era de 1,1 vagas por 10 mil habitantes (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2012a).



O maior crescimento da participação do privado se refletiu no número de concluintes, segundo a natureza jurídica do curso. Em 2000, a diferença de concluintes entre as esferas pública e privada era de quase o dobro, com maior número de egressos oriundos dos cursos públicos. Tal realidade se inverteu a partir de 2009, em função da taxa de crescimento de concluintes do setor privado ter sido maior (126%) do que na pública (40). Segundo as regiões do Brasil, os concluintes se concentravam no Sudeste, mas o período foi marcado por taxas de crescimento maiores para as regiões Centro-Oeste (216%) e Norte (200%), assim como ocorreu com os indicadores de número de cursos e as vagas de medicina (PIERANTONI et al., 2012).

É comum às análises do mercado de formação em medicina o registro de baixa evasão do curso e conseqüente alta ocupação das vagas. Ou seja, a evolução do ingresso no curso médico acompanha a criação de novas vagas, não havendo ‘desperdício’. Pelo contrário, há demanda. Em medicina, a comparação entre o número de ingressos e egressos em um intervalo de seis anos, em geral, sinaliza para valores bem próximos, indicando que a maior parte dos estudantes concluem o curso no tempo previsto, havendo bom aproveitamento entre oferta e demanda de vagas.

A variação percentual de não concluídos é pouco significativa, embora tenha sido registrado aumento a partir de 2007 (6%), com maiores patamares apresentados em 2008 e 2010 (9%, em cada ano), na série histórica de 1993 a 2010 do Boletim Especial da EPSM. Esse percentual foi de 7% em 2014<sup>23</sup> (EPSM/NESCON/UFMG, 2012). Em 2008, a taxa de ocupação de vagas na medicina foi de 98,9% (HADDAD et al., 2009).

A intensa procura pela profissão se expressa pelas altas relações candidato/vaga nos processos de seleção para ingresso em medicina. No período de 2000 a 2013, a menor relação candidato/vaga foi em 2006, com taxa de 19,8 candidatos/vaga. Já as maiores concorrências foram observadas em 2011 (41,3) e em 2013 (47,4) (PIERANTONI et al, 2015). A concorrência nos cursos públicos é superior à dos privados. Em 2008, essa diferença foi de 4 vezes: 40,4 candidatos/vaga nos públicos e 10,8 nos privados (HADDAD et al., 2009).

O processo de feminilização visualizado no mercado de trabalho também se apresenta no mercado formativo. As mulheres passaram a ser maioria entre os ingressantes (56,3%) e concluintes (54,7%) dos cursos de medicina no ano de 2007 (HADDAD et al., 2009). Em 2014,

---

<sup>23</sup> A informação do percentual de não concluídos de 2014 foi extraída da página eletrônica da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da UFMG, link para o Atlas das Profissões. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Atlas\\_Profissoes/Medicos.html](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Atlas_Profissoes/Medicos.html). Acesso em: 04 de fevereiro de 2018.

a tendência se manteve, com 8.859 médicas concluintes, correspondendo a 55% do total de egressos. Entre as matrículas de 2014, 56% eram de estudantes do sexo feminino.

Outro aspecto relevante desse mercado foi apresentado em documento da EPSM, que comparou o número de egressos de medicina com as admissões e salários por primeiro emprego, no mercado formal<sup>24</sup>. Entre 1998 e 2009, os egressos passaram de 7.758 em 1998 para 12.982. Já as admissões por primeiro emprego saíram de 5.345 em 1999 para 19.361 em 2010, expressando um aumento muito maior do emprego do que a evolução de egressos. O mesmo ocorreu com os salários médicos, valorizados em 38,6% em 2010. Em síntese, o aumento do número de egressos (novos profissionais no mercado) veio acompanhado de maior oferta de empregos novos e com melhoria de salários (período até 2010), o que, em geral, potencializa a atratividade da profissão (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2012)

No tocante à privatização da educação médica, Pierantoni et al. (2012) identificaram o período de 2000 a 2004 como o de um novo ciclo (o anterior se deu no período de 1965 a 1975), marcado por investimentos públicos na expansão do setor privado. Vieira et al. (2004) discutiram o tema indicando os desdobramentos da política de educação superior brasileira dos anos 1990 na ampliação do número de escolas médicas privadas; mencionaram como evidências a “flexibilização e a autonomia das instituições de ensino” segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996.

Scheffer e Dal Poz (2015) discutiram a temática à luz do processo de privatização da educação em geral no Brasil, envolvendo um mercado que cresceu em função do aumento do emprego e dos níveis de salário nos anos 2000, e da presença de incentivos governamentais ao desenvolvimento do setor privado no período, alinhado ao fenômeno da financeirização e do aumento da participação do capital estrangeiro no setor (SCHEFFER; DAL POZ, 2015).

Os autores pontuaram, em perspectiva histórica, que o processo de privatização da educação médica se evidenciou nos anos 1960, com consolidação em meados dos anos 2000, momento em que o número de escolas privadas superou o das públicas (2004). Nos anos 1960, apenas 4 de 29 cursos eram privados. O primeiro período de expansão do setor privado na medicina ocorreu entre 1960 e 1979, com 50 novas escolas, 26 privadas, e concentradas no Sudeste. O segundo se verificou no período de 1987 a 2007, com a abertura de 93 cursos, 65 privados; e o terceiro tem início em 2011 com a criação de 64 novos cursos em 3 anos e meio

---

<sup>24</sup> Considera-se o mercado formal do país, a partir de dados da Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego, segundo informação do Boletim Especial “Evolução do mercado formativo de médicos, dentistas e enfermeiros

(de 2011 a julho de 2014), 36 privados. Os autores mencionam também dois períodos: 1980 a 1986, quando não houve criação de cursos médicos; e 2008 a 2010, no qual houve redução do ritmo de abertura, com 7 cursos criados, 3 privados (SCHEFFER; DAL POZ, 2015).

Os estudos mencionados concentraram-se em aspectos do mercado formativo em medicina nos anos 1990 e início dos anos 2000 e na primeira década de 2000, com alguns apontamentos relativos ao ano de 2013, expresso na nota técnica “Formação médica em nível de graduação: análise do período 2000-2013”, da pesquisa Região e Redes (PIERANTONI *et al.*, 2015). Considerando o recorte temporal desse estudo e os dados disponíveis no Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (SIGRAS), oriundos do INEP, desenvolveu-se a análise do período de 2003 a 2014 (último ano disponível), a seguir apresentada.

Tabela 1. Evolução do número de cursos de medicina, vagas, inscritos no vestibular, ingressos, matriculados e egressos, Brasil 2003 a 2014

| Ano  | Cursos | Vagas  | Inscritos no vestibular | Ingressos | Matriculados | Egressos |
|------|--------|--------|-------------------------|-----------|--------------|----------|
| 2003 | 125    | 12.081 | 321.502                 | 13.536    | 60.900       | 9.113    |
| 2004 | 136    | 14.102 | 334.431                 | 14.672    | 64.965       | 9.339    |
| 2005 | 149    | 14.661 | 313.683                 | 15.804    | 68.834       | 10.004   |
| 2006 | 160    | 15.278 | 303.076                 | 17.754    | 74.034       | 10.381   |
| 2007 | 170    | 16.241 | 364.108                 | 18.143    | 79.246       | 10.133   |
| 2008 | 177    | 17.504 | 379.590                 | 19.650    | 85.567       | 10.825   |
| 2009 | 184    | 16.646 | 390.615                 | 18.601    | 97.962       | 11.881   |
| 2010 | 181    | 16.468 | 542.007                 | 18.473    | 103.312      | 12.982   |
| 2011 | 187    | 16.752 | 692.229                 | 18.154    | 108.033      | 14.634   |
| 2012 | 206    | 17.931 | 850.674                 | 20.203    | 111.530      | 16.354   |
| 2013 | 214    | 20.670 | 974.065                 | 21.182    | 111.934      | 16.495   |
| 2014 | 251    | 26.804 | 1.082.391               | 27.057    | 119.296      | 16.110   |

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH – IMS/UERJ 2014. Disponível em:

[http://www.neonet.com.br/sigras\\_new\\_mapa/home.php](http://www.neonet.com.br/sigras_new_mapa/home.php). Acesso em: 04 de fevereiro de 2018

Acesso em: 04 de fevereiro de 2018

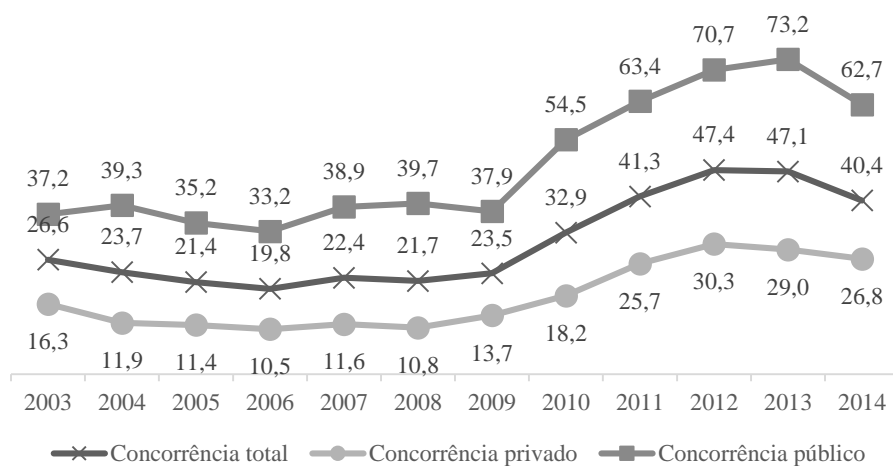
Em 2014, o Brasil apresentava 251 cursos de graduação em medicina, registrando pouco mais que o dobro em relação a 2003 (125 cursos). A oferta de vagas saltou de 12.081 para mais de 26 mil no período, aumento de 121,9%. De 2011 a 2014, o crescimento no número de cursos foi de 34,5%, inferior aos 45% de 2003 a 2010. Já as vagas tiveram crescimento de 60% entre 2011 e 2014, maior do que entre 2003 e 2010: 36,3% (Tabela 1).

A procura pelo curso de medicina se acentuou fortemente. Os inscritos no vestibular em 2003 eram 321.502, subindo para mais de 1 milhão em 2014, crescimento de 336,7%. De 2003 a 2010, as inscrições aumentaram 59,3%. Já entre 2011 e 2014, ocorreu maior procura pelo vestibular da área, com crescimento dos inscritos de 64%. Durante todo o período, registrou-se alta ocupação das vagas de medicina, expressa pela proximidade entre os valores de número de

vagas e o número de ingressos, reforçando a característica de não haver ociosidade de vagas (Tabela 1).

Em termos de concorrência, as relações candidato/vaga confirmaram a tendência pela alta procura, com crescimento mais acentuado a partir de 2010. O ano de 2012 registrou a maior relação geral candidato/vaga do período: 47,4. O maior valor foi de 73,2 candidatos para uma vaga pública em 2013. Os cursos públicos, como esperado e em diálogo com as demais análises, apresentaram maior concorrência do que os privados, embora seja observada menor diferença entre as esferas a partir de 2009. A relação candidato/vaga nos cursos privados, a partir de 2011, ficou em um patamar nunca inferior a 25 candidatos/vaga (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Relação inscrições/vagas de medicina, Brasil, 2003 a 2014

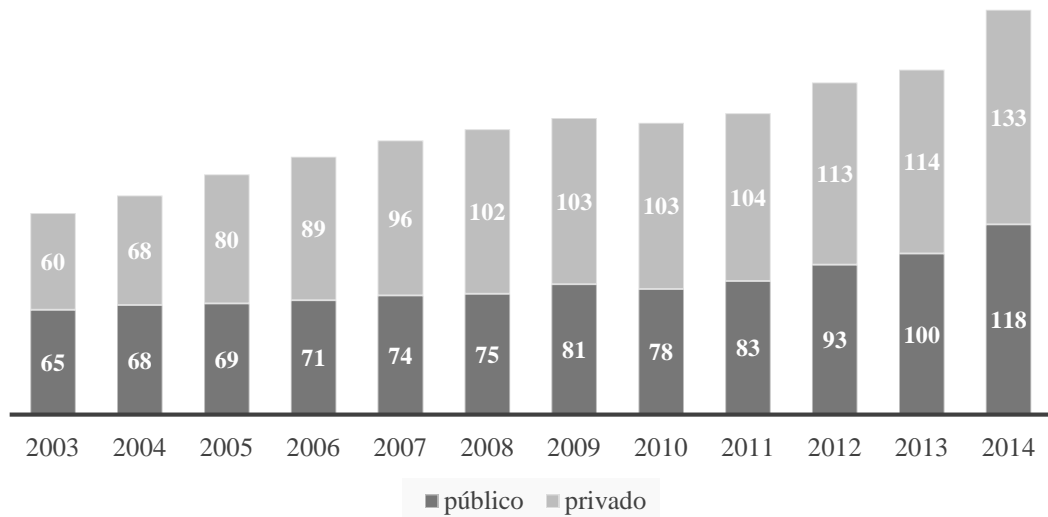


Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH – IMS/UERJ 2014.

Disponível em: [http://www.neonet.com.br/sigras\\_new\\_mapa/home.php](http://www.neonet.com.br/sigras_new_mapa/home.php). Acesso em: 04 de fevereiro de 2018.

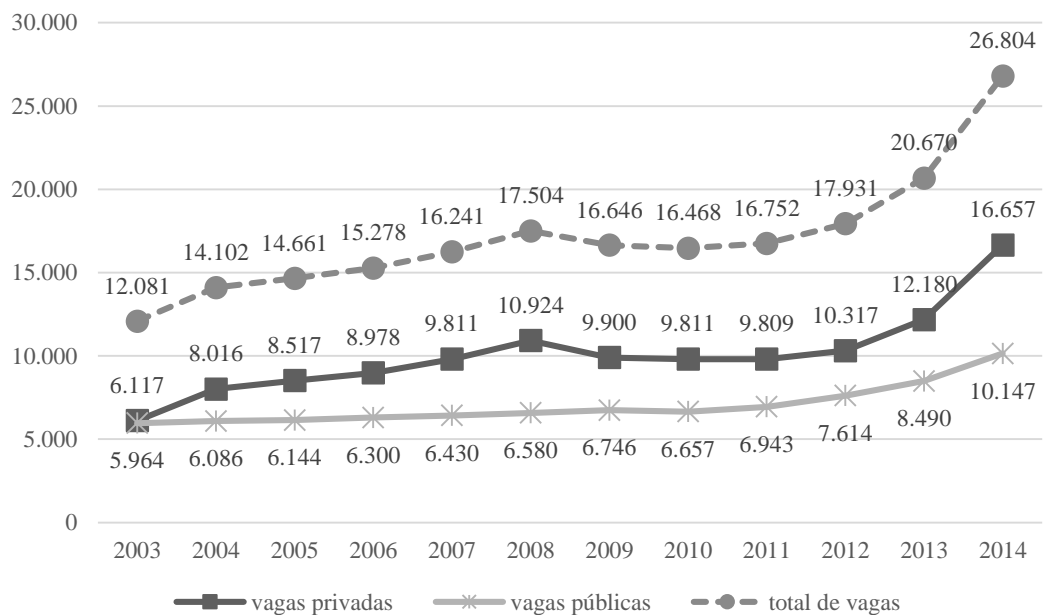
Segundo a natureza jurídica, a partir de 2005, os cursos médicos privados ultrapassaram o total de cursos públicos, representando 59,7% do total de cursos. Em 2014, os cursos privados eram 53% registrando uma redução no percentual, mas mantida a sua participação majoritária. Entre 2003 e 2014, os cursos privados tiveram uma taxa de crescimento de 121,6%, enquanto o ritmo de crescimento dos públicos foi de 81,5%. Um aumento mais acentuado dos cursos públicos se verificou a partir de 2011, registrando 35 novos cursos em quatro anos. Os privados, no mesmo período, contribuíram com 29 novos cursos (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Evolução do número de cursos de medicina, segundo natureza jurídica, Brasil, 2003 a 2014



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObserveRH – IMS/UERJ 2014. Disponível em: [http://www.neonet.com.br/sigras\\_new\\_mapa/home.php](http://www.neonet.com.br/sigras_new_mapa/home.php). Acesso em: 04 de fevereiro de 2018.

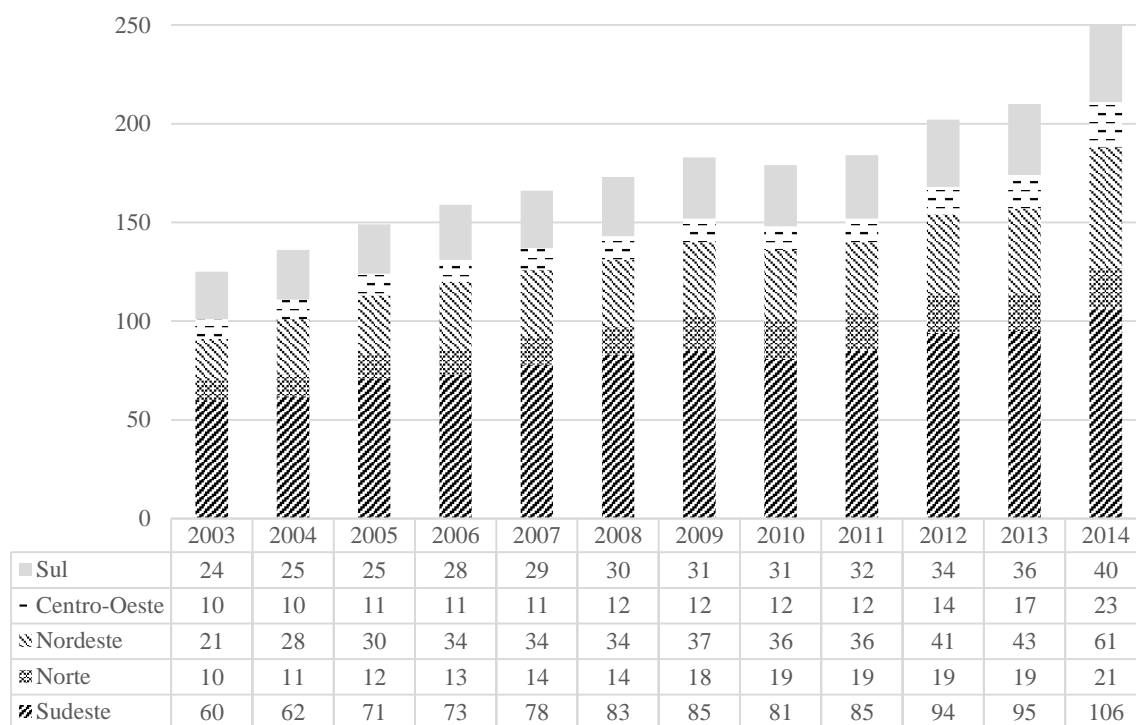
Gráfico 5 - Evolução das vagas de medicina, total e segundo natureza jurídica, Brasil, 2003 a 2014



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObserveRH – IMS/UERJ 2014. Disponível em: [http://www.neonet.com.br/sigras\\_new\\_mapa/home.php](http://www.neonet.com.br/sigras_new_mapa/home.php). Acesso em: 04 de fevereiro de 2018.

Em relação às vagas, segundo natureza jurídica, o setor privado teve maior oferta do que o setor público desde 2004. A distância entre as esferas se ampliou em 2014, com o privado respondendo por 62% das vagas, indicando ampliação do processo de privatização na expansão do ensino médico no país. Em 2011, esse percentual era de 58% (Gráfico 5).

Gráfico 6 - Evolução do número de cursos de medicina, segundo regiões, Brasil, 2003 a 2014



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH – IMS/UERJ 2014.

Disponível em: [http://www.neonet.com.br/sigras\\_new\\_mapa/home.php](http://www.neonet.com.br/sigras_new_mapa/home.php). Acesso em: 04 de fevereiro de 2018.

A distribuição geográfica do número de cursos, segundo as regiões do Brasil, aponta para uma participação percentual do Sudeste menor em 2014: 42,4%. Em 2003 era 48% e em 2010 era pouco mais de 45%. Em todo o período, a participação do Sudeste ficou abaixo dos 50%. A região sul também reduziu a sua participação no período: em 2003, abrigava 19% dos cursos, caindo para 15,9% em 2014. Por outro lado, a região Nordeste ampliou a sua participação no período, saindo de 21 cursos em 2003, para 61 em 2014, crescimento de 190% (Gráfico 6).

Em síntese, o mercado formativo em medicina se caracteriza pelo crescimento da oferta de cursos e vagas de graduação ao longo dos anos, com destaque para a sua privatização, acelerada em alguns momentos históricos. Observa-se manutenção dos padrões de distribuição das vagas, concentradas no Sudeste, embora com redução no ritmo de crescimento nessa região, em comparação com o Nordeste, por exemplo. O curso médico é bastante concorrido, apresentando importante quantitativo de candidatos na disputa por uma vaga no curso, especialmente nas escolas públicas. A formação registra baixa evasão e em geral a graduação é concluída dentro do tempo previsto (6 anos), além de os concluintes apresentarem situação favorável quanto ao ingresso no mercado de trabalho, já que o total de egressos de medicina é sempre inferior ao total de vagas de primeiro emprego criadas no mercado formal de trabalho.

#### 4.3 NOTAS SOBRE A OFERTA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

No que se refere à formação de médicos especialistas na modalidade Residência Médica (RM), as análises produzidas apresentam relevante variação metodológica com fonte distintas dos dados utilizados, não sendo possível o exame comparativo da evolução cronológica do número de vagas e programas de residência médica no Brasil, nem da sua distribuição geográfica ou por natureza jurídica da instituição sede do programa.

De acordo com relatório da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) da Universidade Federal de Minas Gerais, entre 1982 e 2007 observou-se crescimento do número de vagas de Residência Médica (RM), saindo de cerca de 3 mil vagas em 1982 para quase 11 mil vagas de RM em 2007. Esse crescimento veio acompanhado do aumento de instituições com programas de RM (PRM) no país, passando de 187 instituições em 1985 para 407 em 2007. Dados para o ano de 2008 registraram que o Brasil apresentava 3.827 PRM, com 27.781 vagas de residência, 10.775 destinadas ao primeiro ano (R1) (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2009).

Segundo outro relatório da EPSM, para 2010, existiam 35.723 vagas, para um contingente de 21.345 residentes, o que representava 60% de aproveitamento das vagas (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2012b). Em outras análises, números para 2010 apontavam para a existência de aproximadamente 3.500 PRM reconhecidos pelo MEC, com a oferta de 28.500 vagas. (LÓPEZ-VALCAREL; PÉREZ; VEGA, 2011; RIBEIRO, 2011). Chaves *et al.* (2013) analisaram a distribuição das vagas de RM no Brasil no ano de 2011, por meio da consulta de editais abertos naquele ano e disponíveis no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SIS-CNRM). Os resultados indicaram que em um universo de 362 instituições de ensino, foram ofertadas 7.931 vagas de R1. Para 2014, a partir de dados do SIS-CNRM relativos a agosto, as vagas de R1 contabilizavam o montante de 21.110 vagas (ALESSIO; SOUSA, 2016).

A maior parte dos PRM no Brasil vinculavam-se às instituições públicas. Em 2008, 35% das vagas de RM eram oferecidas por instituições estaduais, 30% por instituições federais e 8% por municipais. Instituições privadas respondiam por 27%. Em termos de financiamento, a maior parte das vagas privadas de RM são custeadas pelo poder público, havendo, portanto, notório predomínio do financiamento público da formação de médicos especialistas no Brasil (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2009; LÓPEZ-VALCAREL; PÉREZ; VEGA, 2011).

Em relação à distribuição geográfica das vagas de residência médica, em 2003, 80% estavam localizadas no Sul e Sudeste, o que estimula a migração, e por vezes a permanência,

de médicos nestas regiões. (PÓVOA; ANDRADE, 2006). Em 2008, 16.729 vagas estavam na região Sudeste (2.204 PRM), 4.405 na região Sul (665 PRM), 3.608 na região Nordeste (530 PRM), 1.962 na região Centro-Oeste (300 PRM) e 1.077 na região Norte (128 PRM). A região Sudeste representava, em 2008, cerca de 60% do total de vagas (redução ante 2003). Para as vagas R1, o Sudeste concentrava mais de 6 mil vagas, enquanto que as demais regiões do país respondiam por menos de 2 mil vagas cada, estando o Norte com a menor oferta (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2009).

Em 2010, a região Sudeste concentrava 59,4% das vagas e 71,3% dos residentes. O extremo oposto era a região Norte, com 3,2% de vagas e 3,7% de residentes. Na distribuição por unidade da federação, os estados com maior razão (vagas por 10 mil habitantes) foram Distrito Federal (5,12), Rio de Janeiro (3,21), São Paulo (3,04) e Rio Grande do Sul (2,76). Já os estados em pior situação foram Tocantins e Piauí (0,44), Sergipe (0,41), Rondônia (0,37) e Maranhão (0,29) (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2012b).

Em termos gerais, o Brasil registrou em 2011 número de vagas de residência médica (R1) superior ao número de concluintes de medicina do ano anterior (potenciais residentes). Foram 13.840 vagas de RM ofertadas contra 12.982 concluintes. A razão “vagas R1 por egresso” no período foi alta para nove estados, dentre os quais: Bahia, São Paulo, Distrito Federal, Rio Grande do Norte e Pernambuco. As menores foram Roraima e Amapá, com razões próximas a zero (menor que 0,01) (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2012b). Denota-se, com isso, que o ‘mercado’ de RM no Brasil apresenta concentração da oferta e ociosidade de vagas. Há necessidade de aprofundamento para identificar as especialidades nas quais ocorre o baixo aproveitamento das vagas.

No caso dos editais de RM de 2011, Chaves et al. (2013) encontraram concentração na região Sudeste (42,8% dos editais abertos e 66,7% das vagas ofertadas – 4.493 vagas); seguida pelas regiões Nordeste e Sul com 1.299 (16,4%) e 1.189 (15,0%) vagas, respectivamente. “As regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram apenas 8,8% e 7,2% dos editais, com 7,2% e 4,8% das vagas.” (CHAVES et al., 2013). Para 2014, os dados apontaram que, proporcionalmente à população, a região Norte apresenta quatro vezes menos vagas com exigência de pré-requisito (chamadas também de vagas de acesso indireto) do que a média nacional; e o Nordeste, duas vezes menos vagas de acesso direto (ALESSIO; SOUSA, 2016). Por estado os estudos evidenciaram, para os diferentes períodos e enfoques, que os maiores números de vagas se encontravam em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2009; LÓPEZ-VALCAREL; PÉREZ; VEGA, 2011; CHAVES et al., 2013). Os maiores



números de editais de RM foram em São Paulo e Rio de Janeiro em 2011. Por outro lado, Acre e Tocantins registraram apenas 1 edital cada (CHAVES *et al.*, 2013).

No que se refere às vagas das especialidades consideradas básicas (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Medicina de Família e Comunidade), estas representavam 40,9% do total de vagas de RM em 2008 (11.384 de 27.781), o restante (59,1%) são divididas em especialidades de acesso direto e indireto (dentro do grupo denominado 'outras especialidades'). No período de 2002 a 2008, a evolução do número de vagas de RM indicou tendência de crescimento, sendo mais expressivo nas áreas mais especializadas (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2009).

Clínica Médica, Cirurgia Geral e Pediatria eram as especialidades básicas com maior número de vagas em 2008. Já Medicina de Família e Comunidade (MFC) e Medicina Preventiva registravam em 2008 os menores números de vagas, 563 e 69, respectivamente, segundo o relatório da EPSM de 2009. Juntas, as duas especialidades representavam 5,9% do total de vagas de residência médica naquele ano, mesma situação dos editais abertos em 2011 (MFC e Medicina Preventiva representaram menos de 6% do total de vagas, com concentração nas regiões Sudeste e Nordeste) (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2009; CHAVES *et al.*, 2013). A distribuição regional em 2008 de vagas de MFC indicou também predomínio de vagas no Sudeste, seguida por Nordeste e Sul. O relatório da EPSM mostrou que, embora a especialidade apresente baixo número de vagas, sua evolução de 2003 a 2008, para R1, apresentou tendência de aumento (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2009).

Em 2010, as especialidades básicas representaram 46,3% das vagas de residência médica ocupadas (aumento em relação a 2008), e 38,1% dos titulados no país. (RIBEIRO, 2011). Estas especialidades são as de maior oferta de vagas e coincidem com as maiores demandas de formação especializada de médicos, tendendo a ter maior aproveitamento (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2012). Para 2011, quatro especialidades concentraram 57,4% das vagas dos editais daquele ano: Clínica Médica (20,0%), Pediatria (13,9%), Cirurgia Geral (13,6%) e Ginecologia/Obstetrícia (10%) (CHAVES *et al.*, 2013)

Segundo as informações do relatório de 2009 da EPSM, a distribuição percentual de vagas de RM em 2008, por região do país, era semelhante à distribuição percentual de médicos em atividade, por região. Predominavam, assim, as vagas e profissionais no Sudeste (60% e 54%, respectivamente). Tal fato diz respeito à importância do mercado de trabalho como determinante no estabelecimento de programas e vagas (EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2009). A partir de dados de 2010 e 2011, relação semelhante foi observada no estudo Demografia

Médica no Brasil (SCHEFFER et al., 2011), para a distribuição percentual das vagas de RM em 2010 e a distribuição de especialistas titulados. Registrou-se concentração de vagas de RM no Sudeste (63,5%) e de especialistas titulados (54,97%). O estudo do CFM sugere que a Residência Médica parece se concentrar onde estão os médicos em geral e onde também se concentram os especialistas (SCHEFFER et al., 2011).

Há ainda uma correlação dos percentuais da distribuição da ocupação das vagas de RM segundo especialidades básicas (denominadas de ‘gerais’ pelo estudo do CFM) e outras especialidades com os percentuais de distribuição dos especialistas titulados nas básicas e nas demais. Em síntese: em 2010/2011, 46,3% das vagas de RM foram ocupadas nas especialidades básicas ao passo que, no período, 38,07% dos médicos especialistas tinham título de especialidade básica, confirmando que há maior oferta e ocupação dessas especialidades (SCHEFFER et al., 2011).

## **5 AS ENTIDADES MÉDICAS E A POLÍTICA NACIONAL DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO PERÍODO DE 2003 A 2010**

O exame da interação entre as entidades médicas e os agentes governamentais no contexto da política nacional de trabalho e educação na saúde evidenciou três momentos principais no período de 2003 a 2010, considerando as agendas governamental e corporativa da medicina, além dos processos e relações estabelecidos entre estes atores.

O primeiro momento, compreendido entre 2003 e meados de 2005, registrou interações ‘governo-corporação médica’ demarcadas pelo contexto de estruturação da política em um patamar estratégico no âmbito do governo federal, por conta da criação da SGTES; e pelos desdobramentos de uma aliança política e programática estabelecida entre CFM e AMB em 1999, cujo objetivo era a unidade nacional da representação dos médicos. A produção do conteúdo da política apresentou caráter não-programático e conferiu tratamento inespecífico, sem direcionamento particular a alguma das profissões da saúde. Por outro lado, seu desenho valorizou a conformação de espaços de negociação e decisão por meio dos quais as entidades médicas buscaram apresentar sua pauta de reivindicações unificada e manter as intervenções nas discussões e propostas de mudanças gestadas no interior da SGTES.

No segundo momento, que se iniciou em julho de 2005 e foi até junho/julho de 2007, foram visualizadas mudanças na atuação governamental em torno da política, resultando em um conteúdo de caráter programático e com ações específicas cujo conteúdo enfatizou a medicina. O período compreendeu a consolidação da aliança CFM-AMB, com incorporação formal da FENAM na perspectiva da unificação da representação médica nacional, e o desenvolvimento de ações institucionais de fortalecimento da atuação das entidades, principalmente no Congresso Nacional. As interações foram marcadas pelo avanço da participação das entidades nos espaços da política, especialmente nos temas da abertura de cursos de graduação em medicina, revalidação de diplomas estrangeiros e planos de carreira.

O terceiro momento, demarcado pelo período de junho/julho de 2007 a 2010, evidenciou inovações institucionais no âmbito da política nacional, especificamente na gestão da educação na saúde, que conferiram centralidade da medicina em muitos programas da SGTES e a conformação de espaços próprios de formulação de propostas para a formação, educação e trabalho médicos. As interações com o governo se desenvolveram em um contexto de mobilizações do movimento médico cuja agenda deu ênfase e reuniu pautas referentes à medicina no SUS, tendo como pano de fundo as discussões referentes à regulamentação da

Emenda Constitucional nº 29<sup>25</sup>. O período compreendeu importantes vitórias para as entidades, com reversão de medidas governamentais, acolhimento de pontos prioritários da sua agenda pelo MS e MEC e avanços na tramitação de propostas no Poder Legislativo.

### 5.1 FORTALECIMENTO E UNIDADE MÉDICA NACIONAL NO CONTEXTO DE UM NOVO PATAMAR DE ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE (2003 A JUNHO DE 2005)

O período iniciado em 2003 foi informado por um contexto de mudanças na política nacional de saúde, em decorrência do início do governo Lula. Observaram-se transformações para a área de recursos humanos no SUS, expressas na estruturação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e no desenvolvimento da política da área no Ministério da Saúde (MS). Os anos iniciais da década de 2000 também compreenderam um cenário de reorganização do movimento médico brasileiro, orientada pelo desejo de fortalecimento da unidade nacional da representação da profissão, que culminou em uma aliança política e programática entre as entidades médicas nacionais a partir de 1999 e sua consolidação gradativa nos anos seguintes.

No âmbito governamental, desencadeou-se uma reforma no MS, que incluiu a revisão do seu papel e de sua estrutura organizacional, de modo a encaminhar as novas propostas para o setor. A reestruturação empreendida objetivava redefinir os campos de atuação federal na saúde e fortalecer políticas que não ocupavam posição de destaque na agenda do Ministério da Saúde até então (MACHADO; BAPTISTA, 2012, p. 153). A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) é criada nesse contexto, conferindo importância estratégica ao tema dos recursos humanos no SUS ao elevá-lo ao primeiro escalão da estrutura ministerial (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008; MACHADO, 2005; PIERANTONI et al., 2008; PIERANTONI; VIANA, 2010; TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012). Buscava-se, assim, que o MS assumisse efetivamente o ordenamento da formação e gestão da força de trabalho no SUS, alinhado à prerrogativa constitucional e legal, com atuação que assegurasse os princípios do sistema, dada a centralidade da temática na implementação do mesmo.

---

<sup>25</sup> A Emenda Constitucional nº 29, aprovada no ano de 2000, estabeleceu os percentuais mínimos de recursos a serem aplicados pela União, estados e municípios em saúde. No caso da União, ficou estabelecida uma regra temporária até que uma lei complementar fosse promulgada para definir o seu percentual de aporte. O movimento médico nacional atuou, juntamente com outros segmentos sociais vinculados ao setor saúde, na defesa da aprovação da lei de regulamentação da EC, na perspectiva de luta por maior aporte de recursos para o sistema público de saúde.

A constituição formal da SGTES ocorreu em junho de 2003, estruturando-se em dois departamentos principais: o DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde; e o DEGERTS – Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Estes passaram a conduzir a formulação de iniciativas sobre o tema, abrigando, ainda, as ações de formação e qualificação profissional para o SUS, dispersas até então em diferentes setores do Ministério<sup>26</sup>, e que teriam sua viabilidade analisada em termos de adequação aos objetivos da nova estrutura<sup>27</sup>.

A agenda da Secretaria<sup>28</sup> no desenvolvimento da política nacional de trabalho e educação na saúde compreendeu a proposição de um conjunto diversificado de iniciativas de formação e educação permanente dos profissionais do SUS, e de valorização e democratização das relações de trabalho na saúde (BRASIL, 2011). Empreenderam-se distintas formas de “investimentos técnicos, políticos e financeiros” (PIERANTONI et al., 2008); parcerias na formação de projetos interinstitucionais, em especial com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), universidades, escolas técnicas e de saúde pública; e articulações interministeriais, predominantemente com o Ministério da Educação (MEC).

A estratégia governamental valorizou a constituição de arenas de decisão e negociação, com vistas à participação de variados segmentos mobilizados no âmbito do SUS, incluindo: representações dos gestores municipais e estaduais da saúde, conselhos de classe, associações profissionais e de ensino, sindicatos e movimentos sociais. Buscava-se, adicionalmente, maior

---

<sup>26</sup> Em relação à educação e trabalho em saúde, destacavam-se alguns projetos em curso no Ministério da Saúde antes de 2003: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para os Cursos de Medicina (PROMED); Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); Especializações, residências e mestrado profissional, além de capacitações diversas, principalmente para profissionais do PSF e gestores do SUS. No nível médio, estavam em implementação o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR) (SGTES, Relatório de Gestão, 2003).

<sup>27</sup> No geral, as ações em curso foram mantidas até o encerramento de sua vigência. No caso do PROMED, houve incentivo para que suas ações fossem discutidas, pelas escolas médicas participantes, no âmbito dos Polos de Educação Permanente, proposta recém-estruturada pelo DEGES. No caso do PITS, acórdão do Tribunal de Contas da União considerou irregular o convênio do MS com o CNPq que operacionalizava o Programa, resultando no seu encerramento. Os projetos voltados para profissionais de nível médio-técnico foram aperfeiçoados e mantidos, associados a novas propostas para outras áreas, como a da formação de Técnicos de Higiene Dental e a dos Agentes Comunitários de Saúde (SGTES, Relatório de Gestão, 2003).

<sup>28</sup> O cargo de secretário da SGTES foi ocupado por Maria Luiza Jaeger, socióloga, com atuação na gestão municipal da saúde em Porto Alegre no final dos anos 1980 e início dos 1990, e na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, entre 1999 e 2002. No contexto do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, participou da Assembleia Nacional Constituinte, compondo a delegação da Central Única de Trabalhadores (CUT), e da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, entre 1986 e 1988. Destaca-se seu papel nas discussões do Setorial Nacional de Saúde do Partido dos Trabalhadores (PT), que deram origem às propostas para o setor saúde, apresentadas na campanha presidencial de Lula, em 2002. Nestas, já constavam estratégias de fortalecimento do papel do governo federal na área de recursos humanos em saúde (JAEGER, 2008).

participação do Ministério da Saúde nas instâncias já existentes no SUS, como por exemplo, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CIRH/CNS), e melhor articulação com o Ministério da Educação (MEC), com destaque para a Secretaria de Ensino Superior e, vinculada a esta, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

A atuação do DEGES partiu do entendimento de que as políticas anteriores apresentavam potencial limitado, apenas com “mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde”, e manutenção de uma lógica programática na organização das iniciativas do governo federal na área, com fragmentação e frágil articulação, em parte desencadeada pela heterogeneidade de conceitos utilizados (BRASIL, 2003c). Dessa forma, o departamento propôs iniciativas de educação permanente dos trabalhadores do SUS, expressas na constituição, em 2003, dos Polos de Educação Permanente em Saúde, principal dispositivo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), formalizada em portaria ministerial de 2004<sup>29</sup>. A gestão nacional da PNEPS era realizada por uma Comissão de Avaliação que contava, dentre outras, com a participação da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e da Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM).

Desencadearam-se, também, variadas ações de mudanças na formação técnica e de educação popular<sup>30</sup>, de graduação e pós-graduação, implementando, dentre outros, o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) para estudantes das graduações em saúde<sup>31</sup>, e o ‘Aprender-SUS, direcionado à qualificação de docentes, avaliação das graduações e experiências de integralidade na formação em saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). No contexto de aproximação com o MEC, foram idealizadas mudanças na regulação de residências em saúde (médica, multiprofissionais e em área profissional da saúde); e ampliação e

---

<sup>29</sup> Com foco na Atenção Básica à Saúde, caberia aos Polos, dentro de uma realidade loco regional, a formulação colegiada dos processos de formação dos trabalhadores do SUS, valorizando as práticas cotidianas nos serviços, em perspectiva transdisciplinar e ascendente. Os polos expressariam o “encontro das práticas formativas com as práticas de atenção e gestão no setor” (Relatório de Gestão SGTES, 2004). Os Polos reuniam múltiplos atores: gestor estadual e gestores municipais, universidades, instituições ligadas à formação em saúde pública, conselhos de saúde, entidades profissionais, movimento estudantil e movimentos sociais (BRASIL, 2003a);

<sup>30</sup> No caso das ações voltadas para a educação popular em saúde, estas foram posteriormente incorporadas pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

<sup>31</sup> O VER-SUS teve como inspiração uma experiência da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, que foi dirigida pelo diretor a frente do DEGES entre 2003 e meados de 2005, o enfermeiro Ricardo Burg Ceccim, docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com formação pós-graduada nas áreas da Educação, Saúde Pública, Psicologia e Antropologia Médica. Teve atuação no grupo de trabalho sobre recursos humanos em saúde, constituído no contexto da transição governamental de 2002-2003, e que indicou tanto a criação da SGTES como os pontos da agenda da área no momento inicial do Governo Lula.

qualificação dos programas das distintas modalidades de especialização, considerando as necessidades de formação de especialistas para o SUS e a perspectiva do trabalho multiprofissional.

O DEGERTS<sup>32</sup> concentrou-se em discussões sobre regulação profissional, relações de trabalho e planos de carreira no SUS, reconhecendo-os como historicamente importantes, mas nem sempre valorizados nas agendas dos governos. Avaliava-se o impacto da precarização do trabalho no setor público de saúde, dada a significativa parcela de profissionais do SUS em situação de precariedade de vínculos trabalhistas, em especial os atuantes no Programa de Saúde da Família (PSF), contratados pelos municípios. As limitações de gasto impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000<sup>33</sup>) e os processos de reforma do aparelho do Estado, desencadeados nos anos 1990, com enxugamento de quadros de servidores públicos e ‘secundarização’ da agenda voltada para a implantação de um Plano Nacional de Carreira no SUS, conformavam elementos do contexto sobre o qual buscou-se intervir (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, o Departamento estruturou, a partir de 2003, a Comissão Especial para elaboração de diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS); a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), instância consultiva e colegiada, voltada para a proposição de normas e recomendações sobre a regulação profissional na saúde; e o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, instituído como primeira etapa de um futuro Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS<sup>34</sup>, para propor políticas nacionais e apoiar a conformação de comitês de desprecarização nos estados e municípios.

---

<sup>32</sup> A direção do DEGERTS, entre 2003 e 2010, foi ocupada por Maria Helena Machado, professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz); socióloga com notoriedade acadêmica no estudo das profissões, com destaque para pesquisa sobre os médicos brasileiros, desenvolvida nos anos 1990. Atuou no movimento sindical da categoria dos sociólogos e compôs a primeira direção da CUT Nacional. Entre 2001 e 2002, ocupou cargo na gestão estadual da saúde do Rio de Janeiro, como subsecretária de recursos humanos. Anteriormente ao DEGERTS, envolveu-se nas discussões que resultaram na elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB-RH SUS) e foi representante da Fiocruz na CIRH/CNS, experiências que influenciaram a sua condução à frente do Departamento. Vale também destacar sua atuação no grupo que desenvolveu o programa para a saúde no governo Lula, desde 2002.

<sup>33</sup> A Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, estabeleceu limites percentuais de gasto público com pessoal em proporção à receita corrente líquida dos entes governamentais.

<sup>34</sup> A proposta do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS foi discutida em Seminário Nacional organizado pelo DEGERTS e realizado em agosto de 2003. Na ocasião, ficou definido que, preliminarmente à criação do programa, seria instituído o comitê nacional de desprecarização como forma de aprofundar as discussões e reunir informações que subsidiassem o desenho do Programa. Uma informação a destacar foi a participação do Conselho Federal de Medicina no evento (BRASIL, [s.d.]).

O CFM e a AMB passaram a ter representantes na CRTS e a FENAM/CMB<sup>35</sup> teve assegurado assento da bancada dos trabalhadores na Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS), reinstalada pelo departamento em 2003, em um processo que veio acompanhado de proposta de alteração da sua composição<sup>36</sup>, ratificada pelo CNS (BRASIL, 2003b). A bancada dos trabalhadores da MNNP indicava representantes para as demais instâncias criadas pelo DEGERTS (Comissão Especial do PCCS-SUS, Comitê de Desprecarização e CRTS), em sintonia ao princípio de ampla participação que orientava a produção da política na SGTES.

Concomitante às mudanças no âmbito da política governamental, o movimento médico nacional também vinha passando por transformações em sua organização, desencadeadas a partir de 1999, fruto de um alinhamento estratégico das gestões do CFM e da AMB, que iniciaram mandatos naquele ano<sup>37</sup>. Formalizou-se uma parceria interinstitucional considerada histórica pelos seus dirigentes e que culminou na definição de uma agenda estratégica conjunta de defesa dos interesses dos médicos brasileiros. Um dos objetivos principais era o alcance da unidade nacional e o fortalecimento da representação da profissão, vislumbrando-se, inclusive,

---

<sup>35</sup> Em 1998, a representação sindical dos médicos passou a ser dividida entre a FENAM e a Confederação Médica Brasileira (CMB), que surgiu após divergências no processo eleitoral da FENAM naquele ano. A CMB foi criada por um setor da FENAM que reuniu alguns sindicatos na nova entidade. Em 2004, houve a unificação das entidades na estrutura da FENAM, mas que absorveu o estatuto da CMB. Foi nesse processo de unificação que passou a vigorar as FENAM Regionais (estruturas pensadas para resolução de conflitos, preservando a coesão da entidade nacional) e o rodízio de presidentes oriundos das regionais. (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2008).

<sup>36</sup> A composição anterior estava estabelecida pela Resolução CNS nº 229, de 08 de maio de 1997, que reinstalou a Mesa naquele ano, contando com 9 representantes de empregados públicos e 9 representantes de entidades sindicais. A nova composição da MNNP-SUS, prevista na Resolução CNS nº 331, de 4 de novembro de 2003, ampliou para 11 representantes de empregadores públicos, 2 de entidades patronais do setor privado e 13 representantes de sindicatos de trabalhadores.

<sup>37</sup> Na AMB, a gestão 1999-2002 teve como presidente o médico, especialista em medicina nuclear, Eleuses Paiva, oriundo do interior paulista, com passagens pela presidência da APM e da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São José do Rio Preto nos anos 1990. Foi reeleito para a presidência da AMB (gestão 2002-2005). No CFM, a gestão 1999-2004 teve como presidente o médico amazonense Edson de Oliveira Andrade, especialista em pneumologia. Foi presidente do CRM-AM e ficou à frente do CFM por outros mandatos até 2009. A FENAM estava contemplada na constituição dessa agenda, mas dada a sua trajetória, atribuição institucional e a fragmentação da representação até 2004, uma aproximação mais estratégica só se consolidou a partir de 2006, no mandato do presidente Eduardo Santana (gestão FENAM 2006-2008), médico clínico geral, com passagens pelo Sindicato dos Médicos de Goiás e CRM-GO nos anos 1990, e pela Federação Interestadual dos Médicos da Região Centro-Oeste e Tocantins, secretarias da CMB e da FENAM no início dos anos 2000, até assumir a presidência da FENAM.



a unificação futura das duas organizações, por meio da criação da Ordem dos Médicos do Brasil<sup>38</sup>.

Este processo favoreceu o estabelecimento de uma pauta permanente e unificada, contemplando ações institucionais em defesa da valorização da formação, da educação continuada e do trabalho dos médicos nos setores público e privado da saúde. Foram intensificadas as estratégias de atuação junto ao Executivo Federal e ao Poder Legislativo nacional, com organização de instâncias colegiadas, que reuniam representantes da AMB, CFM e FENAM/CMB no desenvolvimento de propostas para a categoria, definição das formas de mobilização e do teor dos posicionamentos políticos<sup>39</sup>.

O conteúdo da pauta reunia, em termos gerais, preocupações com a atuação do Estado no estabelecimento de critérios para a criação de novas escolas médicas e a ampliação de vagas nos cursos de medicina existentes, tanto em termos quantitativos quanto em relação à qualidade da formação<sup>40</sup>; a organização das especialidades e o funcionamento, distribuição territorial e financiamento dos programas de residência médica; e a regulamentação da profissão cujos debates foram enfatizados a partir de 2002.

Buscava-se, ainda, viabilizar o estabelecimento de um plano de carreira para os médicos do setor público nos moldes das carreiras jurídicas, como caminho para reverter o processo de precarização do trabalho, especialmente no PSF. As entidades também vinham questionando desde o início dos anos 1990 a ‘importação de médicos’ formados no exterior e em atividade no país sem a revalidação do diploma de graduação, como política de interiorização de profissionais adotada por alguns municípios brasileiros<sup>41</sup>.

No contexto de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, aprovada em 2000 e ainda sem lei que a regulamentasse, à época, o financiamento do SUS também estava presente

---

<sup>38</sup> Dentro do universo de documentos analisados, as intenções para a constituição da Ordem dos Médicos do Brasil aparecem na proposta de agenda conjunta AMB-CFM para o ano de 2004. A ideia é retomada nos anos subsequentes pelas entidades, envolvendo a organização de ações de difusão da proposta para os profissionais médicos; a busca pela viabilidade jurídico-legal da entidade única; e o diálogo com as experiências de outros países como, por exemplo, Portugal e Espanha.

<sup>39</sup> Cabe destacar que, em setembro de 2000, a AMB instalou um escritório em Brasília como parte da estratégia de aproximação com os atores políticos no Poder Executivo e no Legislativo. No escritório da AMB em Brasília, funcionavam as suas assessorias parlamentar e executiva.

<sup>40</sup> As preocupações sobre a qualidade da formação em medicina e a ampliação do número de escolas médicas foram objetos de atuação das entidades médicas no âmbito da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) desde os anos 1990.

<sup>41</sup> A contratação pelos municípios de médicos formados no exterior, principalmente em Cuba, para atuarem no SUS era denunciada pelas entidades já nos anos 1990 e início dos anos 2000, como nos casos ocorridos nos estados do Maranhão, Amapá e Tocantins (Jornal Medicina, CFM, janeiro-fevereiro de 2004)

na agenda das entidades, constituindo-se em bandeira de luta por maior aporte de recursos federais para a saúde. A sua defesa associava-se ao pleito dos médicos pelo reajuste dos valores de procedimentos, consultas e honorários da Tabela SUS, além de ser considerado ponto crucial para viabilização de outros pontos da pauta corporativa, como a carreira pública nacional.

Em uma frente voltada para a saúde suplementar, priorizava-se viabilizar a implantação de uma tabela nacional de honorários e procedimentos médicos, que se encontrava em processo de aprimoramento de sua estrutura e conteúdo, conduzido pela AMB desde 2000<sup>42</sup>. O objetivo explicitado, à época, era o de defini-la como referência nas relações contratuais dos médicos com as operadoras de planos privados de saúde no Brasil, por intermédio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no sentido de suprir o que consideravam uma lacuna da, à época, recente legislação que regulamentou os planos privados no país<sup>43</sup>.

A referida atuação política conjunta nos moldes estabelecidos a partir de 1999 já reunia algumas realizações decorrentes das interações com os atores governamentais até 2002. O Projeto Diretrizes, criado em 2000 pelas entidades e que tinha como objetivo a construção de *guidelines* à conduta profissional, foi objeto de convênio firmado com o MS em 2001, envolvendo CFM, AMB e Sociedades de Especialidades, na elaboração e divulgação das diretrizes produzidas. As entidades também atuaram na formulação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, iniciativa do MS de 2001, mesmo ano da instituição da Comissão Mista de Especialidades (CME) na estrutura do CFM, fruto do Convênio CFM-AMB-CNRM/MEC. A CME é a instância responsável pela uniformização da nomenclatura, consolidação e reconhecimento oficial das especialidades médicas. Os resultados dessa atuação também se expressaram na relação com a ANS, marcada pela atuação das entidades na criação e participação em câmaras técnicas do órgão.

No Legislativo, a atuação das entidades se expressava pela tramitação no Senado Federal do Projeto de Lei 25/2002, também conhecido como PL do Ato Médico, que propôs a

---

<sup>42</sup> Tratava-se de um movimento das entidades de revisão e modernização dos referenciais (tabelas) de honorários médicos existentes. A ideia de hierarquizar, como parte deste processo de revisão da classificação dos procedimentos e honorários, teve início no ano 2000 na AMB, envolvendo a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) e as sociedades de especialidades. Compreendia uma estratégia para equilibrar as relações dos médicos e as empresas, no sentido de “evitar excessos quanto à lucratividade” e viabilizar honorários médicos aceitáveis.

<sup>43</sup> O CFM atuou na regulamentação dos planos e seguros de saúde nos anos 1990. Defendia a aplicação integral do conteúdo da Resolução CFM nº 1.401/93, que preconizava a garantia de cobertura a todas as enfermidades, sem restrições, na Lei nº 9.656/98, promulgada em junho de 1998. Entretanto, no processo legislativo, nem todo o seu conteúdo foi considerado, restando, na visão da entidade lacunas na normatização aprovada.

regulamentação da profissão, definindo o que seriam os atos privativos do médico<sup>44</sup>. O conteúdo do PL foi apresentado pelo CFM ao então Senador Geraldo Althoff (PFL-SC), a partir dos dispositivos contidos na Resolução Normativa CFM nº 1.627/2001, que definia o ato profissional médico privativo (CFM, 2001). Sobre a abertura de novos cursos médicos, as entidades apresentaram em 2001 proposta de PL estabelecendo a manifestação prévia do CNS, em caráter terminativo, como critério obrigatório para a criação de faculdades de medicina.

O ano de 2003 é informado por esses desdobramentos, decorrentes do esforço da atuação conjunta das entidades na viabilização da agenda dos médicos, que é, então, reafirmada junto aos novos atores que assumem o Ministério da Saúde. Buscou-se, desde o início, o diálogo com as equipes ministeriais, com apresentação dos posicionamentos e propostas da corporação, no sentido de influenciar as políticas do governo e pleitear a participação das entidades em todos os espaços de gestão e controle social do SUS. Além disso, procurou-se reforçar a agenda junto ao Legislativo<sup>45</sup>, com destaque para a aproximação com parlamentares médicos e a Frente Parlamentar da Saúde<sup>46</sup>.

No geral, os elementos constitutivos da pauta médica e as diretrizes que orientaram a política nacional de trabalho e educação na saúde, desenvolvida a partir de 2003, apresentavam convergência em termos de princípios e ideias norteadoras. Entretanto, até junho de 2005, não se produziu conteúdo específico direcionado à profissão médica, em função do predomínio da lógica não programática na formulação das principais iniciativas da SGTES, notadamente na gestão da educação, direcionalidade dada pelo quadro dirigente da Secretaria e do DEGES. As ações formuladas visavam o conjunto dos trabalhadores do SUS e das profissões da saúde, com valorização das dimensões multiprofissional e transdisciplinar, expressas na idealização dos

---

<sup>44</sup> A necessidade de definição do que era o ‘ato médico’ estava contextualizada pelas discussões que valorizavam a organização do trabalho multiprofissional na saúde, em equipe, especialmente no âmbito do Programa de Saúde da Família, política governamental prioritária desde os anos 1990. Para a corporação médica, havia preocupações sobre o escopo da atuação das demais profissões nessa perspectiva, com o receio de “invasão” do que seriam as funções exclusivas do médico.

<sup>45</sup> Desde 2000, CFM e AMB definiram ações institucionais de aperfeiçoamento das suas assessorias parlamentares, com avanços e consolidação em 2003, quando passaram a participar mais ativamente do “Comando Nacional da Saúde” e da Frente Parlamentar da Saúde, no âmbito do Poder Legislativo Nacional. Uma destas ações tratava do estreitamento do diálogo com os relatores dos projetos de lei de interesse das entidades.

<sup>46</sup> Em janeiro de 2003, o CFM organizou um evento de recepção ao ministro da Saúde, Humberto Costa, no qual estiveram presentes os conselhos regionais de medicina, AMB, FENAM, CMB e DENEM. Em maio, foi realizado o X Encontro Nacional de Entidades Médicas (ENEM), ocorrido no Senado Federal e que contou com representantes do Ministério da Saúde. A realização do X ENEM no Congresso Nacional teve como objetivo aproximar o movimento médico dos parlamentares, em especial aqueles vinculados à Frente Parlamentar da Saúde, na busca por priorização na tramitação dos projetos de lei de interesse da categoria.

polos de educação permanente e na discussão da integralidade como dispositivo da formação, por exemplo.

Tal característica configurou-se como um dos aspectos que marcaram a atuação das entidades médicas no período, mobilizando-as a ocupar os diferentes espaços governamentais, de modo a pautar suas reivindicações, em contraponto à forma inespecífica da produção do conteúdo da política, ainda que os produtos formulados até então não tenham encontrado objeção por parte das entidades. As estratégias do MS de maior intervenção nas instâncias envolvidas no ordenamento dos recursos humanos e de estabelecimento de parcerias interministeriais, somadas ao ambiente propício à participação nas mudanças pretendidas, foram dando visibilidade a algumas tensões entre as agendas governamental e corporativa da medicina, sobretudo com questionamentos referentes à forma como os atores governamentais pretendiam operar as mudanças, veiculados nos meios institucionais das entidades. Adicione-se que o caráter não-programático do conteúdo da política não significou a ausência de discussões no interior do governo sobre temas próprios à formação e ao trabalho médico.

Nesse sentido, já em 2003, repercutiu no movimento corporativo uma proposição da SGTES junto ao MEC, de integração das ações de formação especializada de médicos e dos demais profissionais, unificando na CNRM a regulação da residência médica com a das residências e especializações de outras profissões. Somou-se a isto, a intenção do DEGES de transferir a estrutura da CNRM do MEC para o Ministério da Saúde, gerando forte reação das entidades, que questionaram publicamente os representantes do MS na abertura do X Encontro Nacional de Entidades Médicas, ocorrido em maio de 2003; e passaram a atuar na busca por diálogo com membros da SGTES para que as alterações não viessem a ser efetivadas.

No ano seguinte, documento governamental com a proposta de criação da residência multiprofissional em saúde, no qual constava a medida de ‘unificação das residências’, foi apreciado pela AMB, que elaborou posicionamento contrário à iniciativa pleiteando que os médicos não fossem incluídos, e que houvesse a preservação da CNRM como instância exclusiva da regulação das especialidades médicas, com vinculação ao MEC. Um dos pontos de discordância se dava pelo fato de as entidades considerarem a residência multiprofissional demasiadamente genérica, o que viria a descaracterizar as competências específicas dos profissionais da saúde. Argumentava-se, ainda, que a organização da Residência Médica e o funcionamento da CNRM estavam historicamente consolidados e apresentavam formato bem-sucedido, na visão das entidades.

O acolhimento ao pleito das entidades se evidenciou no início de 2005, quando o governo federal editou medida provisória, criando a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e instituindo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), posteriormente convertida na Lei 11.129/2005<sup>47</sup>. A categoria médica não foi incluída na proposta da RMS, além de não ter havido sinalização do governo de seguir adiante com a transferência da CNRM, que foi mantida na estrutura da Secretaria de Ensino Superior (SESu/MEC), instância que passou a abrigar também a CNRMS. Como forma de compensar a dualidade institucional resultante, foi criada na SESu a Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde, no contexto de regulamentação da RMS entre 2005 e 2007.

As proposições em torno do PCCS-SUS cujas diretrizes encontravam-se em elaboração pela Comissão Especial do DEGERTS, e debatidas pelos trabalhadores e governo na MNNP-SUS oportunizaram às entidades mais um espaço para apresentação desta demanda corporativa. Buscou-se assegurar que as referidas diretrizes possibilitariam tratamento diferenciado para a medicina na constituição de uma carreira exclusiva para os médicos do sistema público, tendo como argumentos: a formação mais longa do curso médico (6 anos, acrescidos de, pelo menos, mais 2 anos de residência médica); o papel central do profissional na equipe de saúde; e a complexidade e especificidade da prática médica. Defendiam que estes aspectos deveriam ser valorizados em termos de remuneração, possibilidades de progressão funcional e oferta de benefícios de permanência do médico na carreira pública, considerando tempo e local de atuação; reivindicavam, ainda, a participação em todas as etapas do provimento dos profissionais na carreira.

Este posicionamento foi consolidado em discussões, ocorridas desde 2003, na Comissão de Remuneração e Mercado de Trabalho do Médico e na Comissão Nacional Pró-SUS, ambas do CFM, mas com representantes da AMB e da FENAM em suas composições<sup>48</sup>. As entidades elaboraram documento que foi entregue à SGTES em 2005, de modo a influenciar o anteprojeto de lei das diretrizes do PCCS-SUS, cujo texto foi finalizado pela Comissão Especial em novembro de 2004 e disponibilizado para consulta pública no período de março a junho de 2005<sup>49</sup>. Ainda em junho daquele ano, o MS editou portaria de reinstalação da Comissão

---

<sup>47</sup> A medida provisória e a Lei expressavam um contexto mais amplo da agenda do governo federal na área das políticas públicas do trabalho. Juntamente com a RMS e a CNRMS, foi criada a bolsa de educação pelo trabalho e instituído o programa ProJovem, destinado a jovens excluídos da escola e da formação profissionalizante.

<sup>48</sup> A Comissão de Remuneração e Mercado de Trabalho do Médico do CFM contava com presença de membros das comissões de Saúde Pública e de Defesa Profissional da AMB.

<sup>49</sup> Por solicitação das entidades médicas, a referida consulta pública foi reaberta em agosto de 2005.

Especial do PCCS-SUS, exclusivamente para sistematização das contribuições oriundas da consulta pública seguida de submissão à MNNP-SUS, com debates posteriores ocorridos já no contexto do segundo momento das interações governo-corporação médica.

A abertura de novos cursos de medicina e a ampliação de vagas nas graduações tiveram as suas discussões concentradas no CNS, em um ambiente no qual as entidades médicas exerceram papel protagonista no estabelecimento de um acordo junto ao Conselho e ao Ministério da Saúde. Os resultados desta articulação se expressaram pela publicação, em julho de 2003, de resolução do CNS recomendando ao Conselho Nacional de Educação (CNE) e ao MEC a suspensão temporária da abertura de novos cursos de saúde, incluindo os de medicina, com vigência até março de 2004. Deliberou-se, ainda, pelo estabelecimento de um grupo de trabalho para elaboração de critérios para abertura de novos cursos pelos ministérios da Saúde e da Educação, juntamente com a realização de um estudo sobre necessidades de profissionais de saúde no Brasil, compromisso assumido pelo DEGES.

O caráter de recomendação não foi suficiente para que houvesse completa suspensão do processamento dos pedidos de criação de novas escolas médicas<sup>50</sup>, uma vez que caberia ao MEC a autorização final, efetivada em alguns casos mesmo na vigência da recomendação. Tal situação evidenciou tensões nas relações das entidades com o MEC, que se expressaram na decisão de acionarem judicialmente o Ministério, para tentar barrar os efeitos das portarias de homologação conferida pelo órgão a respeito da criação e do funcionamento dos cursos de medicina.

Outra linha de ação compreendeu a difusão do tema por meio da publicação de documentos com análises sobre a evolução do número de escolas médicas no Brasil, com críticas à atuação governamental frente ao problema. São exemplos disso, o relançamento, em 2003, do dossiê *“Por que somos contra a abertura de novos cursos de medicina?”*, publicado originalmente em 1999; e a elaboração do documento intitulado *“Novas escolas de medicina: necessidade ou oportunismo?”*. Em 2005, a AMB e o CFM apresentaram nova publicação nesse sentido, intitulada *Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: relatório de um cenário sombrio*.

Naquele ano, o CNS manteve-se como instância permeável às estratégias das entidades, publicando a Resolução nº 350, de 9 de junho de 2005 como desdobramento dos trabalhos sobre a definição de novos critérios para abertura de cursos na área da saúde, aprovados em parecer

---

<sup>50</sup> Segundo consta em documentos analisados no âmbito do presente estudo, no momento da recomendação do CNS, havia 35 pedidos de abertura de novos cursos de medicina aguardando decisão do Ministério da Educação.

da CIRH. No documento, afirmou-se o entendimento de recomendação ao MEC para que a homologação da abertura de cursos só fosse possível diante da não objeção do MS e do CNS quanto à homologação da abertura de cursos. Foram listados critérios de regulação da abertura e do reconhecimento dos novos cursos de saúde, considerando as necessidades sociais dos mesmos, a coerência dos projetos político-pedagógicos a estas necessidades, além dos aspectos que indicassem a relevância social do curso.

O tema da abertura de cursos de medicina também esteve presente no âmbito do Legislativo, entre 2003 e 2004, contando com ações do movimento médico na Câmara dos Deputados. As entidades concentraram-se na defesa da aprovação de dois projetos de lei, ambos em tramitação naquela casa legislativa: o que visava estabelecer caráter terminativo aos pareceres do CNS sobre os pedidos de criação dos cursos<sup>51</sup>; e o outro que estabelecia moratória de dez anos de impedimento à abertura de faculdades de medicina no país, proposto na Câmara Federal no início da legislatura 2003-2006<sup>52</sup>.

A agenda da corporação no Congresso Nacional, nesse período, também compreendeu a defesa pela aprovação do PL do ato médico, com estratégias da Comissão Nacional de Defesa do Ato Médico para angariar apoio ao Projeto junto à população e à classe médica. Foram produzidas e divulgadas peças publicitárias e material impresso sobre o tema, e em 2005 as entidades iniciaram uma campanha de coleta de assinaturas, como forma de demonstrar aos parlamentares que a matéria tinha o respaldo da população brasileira, alçada pelo movimento médico à condição de beneficiária última da regulamentação da profissão. Além disso, foram entregues manifestos do movimento médico nacional à relatora do PL no Senado Federal<sup>53</sup>.

Os debates também envolveram a tentativa das entidades médicas em minimizar as resistências das demais profissões da saúde ao conteúdo do PL do Ato Médico, entendido como um instrumento prejudicial ao exercício das demais profissões da saúde, dada a interpretação de que haveria subordinação ao médico. Foram promovidas audiências públicas com a presença de entidades profissionais da saúde, abrindo-se à negociação com vistas ao consenso para a aprovação do texto no Senado. Estas ocasiões também contavam com a participação de membros do governo, especialmente do DEGERTS, em função da existência e funcionamento da CRTS onde o PL foi analisado, com posição governamental favorável e concordância

---

<sup>51</sup> Trata-se de um projeto de lei que foi proposto pelas entidades aos parlamentares em novembro de 2001.

<sup>52</sup> Projeto de Lei 65/2003, do deputado Arlindo Chinaglia (PT-SP).

<sup>53</sup> A relatora do PL no senado federal era a senadora Lúcia Vânia (PSDB-GO) que apresentou substitutivo aos Projetos de Lei dos ex-senadores Geraldo Althoff (PLS 25/02) e Benício Sampaio (PLS 268/02)

explicitada nos fóruns de discussão no Legislativo. O CNS e a Confederação Nacional de Profissões Liberais também foram espaços que abrigaram discussões sobre a regulamentação da profissão médica.

Ainda em 2003, ganharam notoriedade os problemas relacionados à revalidação de diplomas de médicos brasileiros formados no exterior, especialmente na Escola Latino-Americana de Medicina (ELAM) de Cuba<sup>54</sup>, tema polêmico para o movimento médico nacional. O assunto adquiriu prioridade na agenda do governo federal, que mobilizou diversos ministérios na busca por equacionamento da situação de dificuldades na revalidação dos títulos obtidos, apontando-se como entraves as distinções curriculares e as particularidades dos sistemas de saúde dos dois países<sup>55</sup>.

Em setembro, os governos de Brasil e Cuba assinaram o *Protocolo de Intenções na Área de Educação, Saúde e Trabalho*, com o objetivo de analisar as “condições de ensino e de critérios de certificação de diplomas de graduação e de pós-graduação *“stricto sensu”* na área da saúde, em ambas as Partes”, de modo a viabilizar reconhecimento recíproco dos diplomas mediante ajuste complementar ao Acordo de Cooperação Cultural e Educacional entre os países, vigente desde 1988 (BRASIL/CUBA, 2003).

Por força da assinatura do Protocolo, foi publicado Decreto Presidencial em outubro de 2003, constituindo Comissão Interministerial, coordenada pelo Ministério das Relações Exteriores e composta pelas pastas da Saúde, Educação, Trabalho e Emprego, Justiça e Defesa, além da Casa Civil da Presidência e da Advocacia Geral da União. Estabeleceu-se, ainda, convite para que representantes do CFM acompanhassem os trabalhos da referida comissão, responsável pelo exame das possibilidades de os diplomas concedidos pelos dois países serem reconhecidos pelas instituições de ensino superior brasileiras e cubanas (Protocolo, 2003).

No início de 2004, foi realizada a primeira missão diplomática dos membros da Comissão Interministerial à ELAM, com o intuito de conhecer o sistema formativo de Cuba e coletar informações que subsidiassem a elaboração do ajuste complementar. Foi elaborado

---

<sup>54</sup> A ELAM possui um programa que oferece bolsas de estudo para graduação em medicina a estudantes estrangeiros de baixa renda e membros de minorias culturais. No caso dos brasileiros, normalmente pertencem a movimentos sociais, comunidades indígenas, quilombolas e que, ao retornarem ao Brasil, tem a expectativa de atuarem profissionalmente em suas comunidades de origem (SGTES, Relatório de Gestão, 2008).

<sup>55</sup> O problema demandava ações de equacionamento da situação, preexistente, ou seja, anterior a 2003, de médicos brasileiros portadores de diplomas estrangeiros, principalmente de Cuba, com atuação no SUS (cerca de 600 trabalhadores médicos encontravam-se nessa situação, segundo alguns relatórios de gestão da SGTES). Cabe destacar a existência da Associação de Pais e Amigos de estudantes brasileiros formados em Cuba (APAC), como uma das instâncias envolvidas nesse processo.



relatório com recomendações que indicaram a necessidade de sistematização da validação do currículo por meio de uma prova única, elaborada pelo MEC em conjunto com as universidades públicas, e o estabelecimento de convênio destas com a ELAM, para complementação curricular. Tais medidas viabilizariam a redução dos custos e dos trâmites operacionais do modelo convencional de revalidação vigente. Para os estudantes brasileiros que já se encontravam em Cuba, recomendou-se a realização de cursos de complementação de estudos em doenças tropicais e SUS, e para os médicos brasileiros já graduados naquele país sugeriu-se a realização de um exame nacional<sup>56</sup>, como mecanismos que reduziriam o tempo para o reconhecimento dos títulos no Brasil.

O CFM compôs a referida missão, na condição de observador e, portanto, sem direito de participar da elaboração do relatório. Ainda assim, manifestou-se, em seus meios institucionais, de forma crítica ao tratamento dado ao tema pelo governo brasileiro, pelo fato de considerar apenas o caso dos médicos formados em Cuba e de possibilitar mecanismo excepcional de revalidação dos seus diplomas. Alegava-se descumprimento à normatização vigente no país, sinalizando tratar-se de medida governamental com viés unicamente político-ideológico. As entidades médicas defendiam a realização de provas de conhecimentos específicos para todos os médicos diplomados no exterior, e de proficiência na língua portuguesa para os não falantes do idioma; e que houvesse centralização do processo de revalidação dos diplomas, operacionalizado à época de distintas formas pelas universidades federais, aspecto que estava listado como uma recomendação do relatório da missão à ELAM

A pauta da revalidação de diplomas médicos já havia sido discutida junto aos Ministérios da Saúde e da Educação em 2003 e 2004, quando o CFM entregou à SESu/MEC proposta idealizada sob a forma de projeto de lei para implantação de novos procedimentos para a revalidação<sup>57</sup>. Registre-se ainda que, em 2005, foram realizadas audiências no Congresso, em especial no âmbito da Frente Parlamentar da Saúde, por meio das quais o movimento médico buscou apoio de parlamentares médicos vinculados à Frente, para pressionar o governo a recuar e se comprometer de que não haveria o que denominavam como tentativa de permitir revalidação automática dos títulos médicos obtidos em Cuba.

---

<sup>56</sup> No caso do exame nacional, o relatório também sugeria que este fosse aberto para todos os médicos com títulos obtidos no exterior.

<sup>57</sup> Dentre as estratégias das entidades frente às questões da revalidação de diplomas, cita-se a edição de resoluções normativas do CFM. Em 2003, as Resoluções CFM 1669 e 1712 buscaram tratar desses aspectos, especificamente sobre o processo de registro do diploma obtido em outro país nos Conselhos Regionais de Medicina.

Em relação às frentes de luta voltada para o setor privado, o período teve como marcos o lançamento, em 2003, da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), produto dos trabalhos conduzidos pela AMB. A partir de 2004, deflagrou-se mobilização nacional para sua implantação pelos planos de saúde, organizada pela Comissão Nacional de Implantação da CBHPM. As entidades realizaram o “Dia Nacional de Mobilização” com o objetivo de angariar apoio do ministro da saúde para que a ANS acolhesse a CBHPM como referência nacional para o setor de planos privados; e avançar na celebração de acordos de implantação da Classificação diretamente pelas operadoras nos estados brasileiros<sup>58</sup>. Também nesse ano, as entidades envolveram-se na apresentação de proposta de PL à Câmara dos Deputados que criava o Rol de Procedimentos e Serviços Médicos para a saúde suplementar, baseado na CBHPM<sup>59</sup>.

## 5.2 CONSOLIDAÇÃO DA ALIANÇA CORPORATIVA NACIONAL, AVANÇOS NO LEGISLATIVO E MAIOR PRESENÇA DA MEDICINA NO CONTEÚDO DA POLÍTICA (JULHO DE 2005 A JUNHO/JULHO DE 2007)

Um segundo momento que demarca a interação das entidades médicas com os agentes governamentais mobilizados em torno da política nacional de trabalho e educação na saúde inicia-se em meados de 2005, quando são visualizadas mudanças no governo Lula, em função da crise política que o atingiu, com repercussões para a saúde. Nesse período, o movimento médico avançou em seu objetivo de unificação representativa nacional, observado por acontecimentos ocorridos a partir de novembro. Como resultado, evidenciou-se a continuidade das estratégias corporativas e consolidação da aliança política e programática entre as entidades.

A situação de crise no governo provocou mudanças ministeriais e saída de quadros da administração federal. Na Saúde, ocorreram mudança do ministro e recomposições na SGTES e no DEGES, nos meses de julho e agosto de 2005 respectivamente, com a entrada de dirigentes que imprimiram nova condução à Secretaria, em especial no que se refere às iniciativas de

---

<sup>58</sup> Ao fim de 2004, a mobilização nacional pela implantação da CBHPM já havia alcançado vinte estados brasileiros. Em 17 deles ocorreram acordos de implantação com operadoras.

<sup>59</sup> PL nº 3466/2004 do Deputado Inocêncio Oliveira (PR-PE).

gestão da educação na saúde<sup>60</sup>. Evidenciou-se uma retomada da lógica programática na produção do conteúdo da política. Houve resgate do desenho do PROMED como inspiração para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) criado em novembro de 2005, priorizando mudanças nas graduações de medicina, enfermagem e odontologia<sup>61</sup>.

A parceria MS-MEC se institucionalizou, em função da publicação, também neste mês, da portaria interministerial que estabeleceu uma cooperação técnica entre os órgãos “na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 2005). Um dos objetivos era formalizar a aproximação já em curso, de modo a articular as demandas do SUS com as DCN e o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, criado em 2004 no âmbito do MEC<sup>62</sup>.

Desencadearam-se, ainda, mudanças no VER-SUS, com novas modalidades de vivências, possibilitando experiências de extensão universitária por meio de estágios rurais e vivências de educação popular. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi revisada<sup>63</sup>, resultando em sua remodelação em 2006/2007, com substituição dos Polos de Educação Permanente pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço, ligadas aos Colegiados de Gestão Regional (CGR)<sup>64</sup>.

Foi instituído o Programa Nacional de Telessaúde no início de 2007, que tinha como um dos seus objetivos a fixação de profissionais de saúde em locais de difícil acesso. A idealização da iniciativa ocorreu na Comissão Permanente de Telessaúde e do Comitê Executivo, criados ao longo de 2006. No âmbito do DEGERTS, foi criado em julho de 2005 o

---

<sup>60</sup> Assumi a SGTES o médico Francisco Eduardo Campos, docente na Universidade Federal de Minas Gerais, com formação e trajetória na Saúde Coletiva e experiência como secretário de recursos humanos do MS na segunda metade dos anos 1980; atuação na OPAS, nos Estados Unidos até meados dos anos 1990; e participação em projetos da OMS, em Genebra (Suíça), relacionados ao desenvolvimento da educação médica, entre 2004 e 2005. No DEGES, inicialmente à frente da Coordenação de Ações Estratégicas de Educação na Saúde (responsável pelas ações voltadas para a educação superior em saúde) e, em seguida, do próprio Departamento, assumiu a odontóloga Ana Estela Haddad, docente da Faculdade de Odontologia da USP, com passagem pelo Ministério da Educação como assessora dos ministros do MEC entre 2003 e 2004. O convite para o DEGES, associado a esta experiência no MEC, consistiu em elemento facilitador na aproximação entre os dois ministérios, fortalecida no período.

<sup>61</sup> Em 2007, por recomendação da CIRH/CNS, o Ministério da Saúde publicou nova portaria de criação do Pró-Saúde, incorporando os demais cursos de graduação da área da saúde, bem como introduziu outras mudanças na gestão do Programa.

<sup>62</sup> O SINAES é responsável pela realização do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), aplicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP).

<sup>63</sup> O processo de revisão da implantação dos Polos de Educação Permanente em Saúde foi realizado por meio de pesquisa avaliativa conduzida pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP),

<sup>64</sup> O CGR adquiriu nova denominação em 2011: Comissão Intergestores Regional

Fórum Permanente Mercosul de Trabalho em Saúde, formalizando discussões sobre regulação do exercício profissional em saúde no Bloco, ocorridas desde 2004 em suas instâncias<sup>65</sup> e que envolveram a CRTS.

Mantida a característica de participação de distintos atores na política, o processo de construção do Pró-Saúde envolveu os conselhos profissionais, associações e representações dos estudantes das profissões contempladas<sup>66</sup>. No seu desenho de implementação, monitoramento e avaliação, instituiu-se um Conselho Consultivo com representantes do MS, MEC, ANDIFES, OPAS, CONASS e CONASEMS, e das organizações profissionais nacionais. No caso da representação da medicina, participavam deste espaço: o CFM, a AMB, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM).

O Programa, no contexto da cooperação técnica entre MS e MEC, encaminhou questões relativas à formação médica, contribuindo para que esta passasse a ser mais enfatizada na agenda da SGTES e DEGES. A execução dos projetos do Pró-Saúde desenvolvidos pelas instituições de ensino superior<sup>67</sup> ocorreu de forma articulada à realização dos mecanismos avaliativos do SINAES, considerando os resultados do ENADE, edições de 2004 e 2007. Esse processo propiciou debates e reflexões sobre as preocupações com a qualidade dos cursos de medicina, sua aderência às DCN e aos princípios do SUS, e as possibilidades advindas das propostas de mudanças na graduação, presentes nos projetos do Programa.

O destaque dado à profissão médica, no contexto de operacionalização do Pró-Saúde, também foi observado em duas outras ações do DEGES. Uma delas referiu-se ao estabelecimento de uma parceria internacional entre a Universidade Federal do Ceará (UFC) e

---

<sup>65</sup> O Fórum Mercosul era composto por unidades do MS e outros órgãos do governo federal, representantes do CONASS e CONASEMS, dos conselhos profissionais e de entidades sindicais de base nacional presentes na MNNP-SUS. A instância colaborava com os trabalhos da Coordenação da Subcomissão de Exercício Profissional da Comissão de Prestação de Serviços de Saúde do Subgrupo de Trabalho nº 11 do Grupo Mercado Comum, do Mercosul.

<sup>66</sup> A construção do Programa envolveu a participação de representantes do CONASEMS, OPAS, conselhos federais profissionais e associações de ensino das três profissões contempladas, além das escolas médicas participantes do Promed, em dois eventos organizados pela SGTES em 2005: um seminário de avaliação do Promed, ocorrido no Rio de Janeiro, e uma oficina do Pró-Saúde, realizada em Brasília (Brasil, 2005)

<sup>67</sup> A operacionalização do Pró-Saúde de 2005, sua operacionalização era realizada por meio da elaboração de projetos pelas instituições de ensino superior, encaminhados à SGTES, conforme termo de referência elaborado pela Secretaria, SESu e INEP; edital e convocatória do Programa.

a *Foundation for Advanced International Medical Education and Research* (FAIMER)<sup>68</sup>, com o intermédio da OPAS, cujo objetivo era a estruturação de um “Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores Médicos” (BRASIL, 2007). Tal estratégia potencializou a articulação entre o Pró-Saúde e os processos de avaliação do ensino superior, viabilizando a capacitação de docentes de medicina, especialmente aqueles inseridos como avaliadores institucionais no âmbito do SINAES.

O outro ponto da ênfase na formação dos médicos referiu-se à realização em 2007, como parte das atividades do Pró-Saúde, do “Seminário Internacional: os desafios do ensino da Atenção Básica na graduação em medicina”. O evento teve como objetivo ampliar o debate nacional sobre a reorientação da formação médica, em diálogo com experiência internacional de integração entre o ensino universitário e os serviços de saúde, enfatizando a atenção primária. Buscou-se problematizar os desafios impostos pela frágil presença da área de medicina de família e comunidade nos currículos dos cursos médicos, com apresentações da SBMFC e da ABEM, além de participação de universidades estrangeiras, OPAS, OMS e representantes das entidades médicas brasileiras.

No âmbito da cooperação técnica MS-MEC, a medicina também ganhou espaço como objeto de ações governamentais específicas para a profissão. Uma delas foi a criação, em 2006, do Programa Interministerial de Apoio à Consolidação dos Novos Cursos de Medicina das Universidades Federais, o qual também dialogava com a agenda prioritária do governo Lula para a expansão da educação superior no país<sup>69</sup>. A iniciativa direcionou recursos financeiros dos dois ministérios para cursos médicos recém-criados em cinco instituições: Acre, Rondônia, Roraima, São Carlos e Grande Dourados, visando à execução de “programas de formação e intercâmbio com outras IES”, melhorias em infraestrutura e o “apoio aos projetos de investimentos, qualificação e recrutamento docente” (BRASIL, 2006).

Outra ação governamental voltada para a categoria médica consistiu em proposta do MS de incentivo financeiro para o desenvolvimento de novos programas de residência médica em

---

<sup>68</sup> A FAIMER é vinculada à Comissão para Graduados no Exterior, dos Estados Unidos da América (EUA), que é referência mundial em avaliação da formação médica, com papel na certificação das práticas profissionais dos médicos nos EUA. A FAIMER atua no desenvolvimento de programas de educação médica em diversos países. No caso da experiência brasileira, o programa ocorreu entre 2007 e 2010 apenas para médicos, posteriormente ampliado para as demais profissões da saúde (SGTES, Relatórios de Gestão, 2007; 2010).

<sup>69</sup> O Programa relacionou-se com a agenda dos governos Lula para a educação superior pública, que teve como uma das suas diretrizes a implantação de cursos de medicina nas universidades federais que ainda não tinham o curso, segundo apontou um entrevistado da pesquisa. Além disso, a iniciativa guardava relação com o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído em 2007, um dos marcos do segundo mandato do Governo Lula

Medicina de Família e Comunidade (MFC), apresentada para pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2005 e implantação a partir de 2006. A iniciativa foi resultado de uma articulação que envolveu CONASS, CONASEMS, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e CNRM, sob condução do MS<sup>70</sup>, e culminou com a publicação, ainda em 2005, de uma portaria que instituiu apoio a residência em MFC, por meio do programa de bolsas de educação pelo trabalho, instituído em lei federal no mesmo ano. O foco era o desenvolvimento de programas em municípios de regiões metropolitanas do país.

Buscava-se a ampliação da formação em MFC com prioridade para o financiamento de programas em estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde havia déficit ou inexistência de vagas e programas. Uma das estratégias para garantir apoio à iniciativa foi a atuação do DEGES na CNRM, no sentido de promover a valorização da especialidade junto aos membros da Comissão para fins de credenciamento de programas, destacando sua importância para o SUS. À época, avaliava-se o fato de haver naquela instância uma visão majoritária de que os Programas de MFC eram de baixa qualidade, em virtude de os residentes atuarem predominantemente em serviços de atenção básica e não em hospitais, componente da formação médica especializada muito valorizado pela corporação.

Também no contexto da CNRM, a partir de 2006 o MS passou a intermediar uma pauta do CONASS e do CONASEMS, que pleiteavam participação efetiva na Comissão, com direito a voto. O argumento era de que parte considerável dos recursos que financiavam os programas de residência médica originava-se dos gestores estaduais e municipais da saúde, cabendo a eles participarem do processo de definição do número e tipos de especialistas necessários para o sistema de saúde. Embora sem desdobramentos observados no período, a medida era vista com desconfiança pelas representações dos médicos na CNRM, pelo receio de redução do poder de influência das entidades naquela instância.

As transformações operadas no âmbito da política nacional vieram acompanhadas pela consolidação da aliança política CFM-AMB de 1999, conforme avaliação do próprio movimento médico nacional. Tal processo teve início no final de 2005, quando ocorreram as eleições para a AMB (gestão 2005-2008), cujo resultado decorreu de candidatura de chapa única vinculada ao grupo que havia dirigido a Associação nas duas últimas gestões (1999-2002

---

<sup>70</sup> O apoio à formação em MFC já existia antes de 2003. A partir de 2005, ganha, no entanto, caráter mais estratégico, com priorização pelo MS na busca por ampliação de vagas e programas de residência na especialidade, em consonância com a elevação do PSF à condição de estratégia prioritária de reformulação do modelo de atenção à saúde no SUS.

e 2002-2005)<sup>71</sup>, garantindo assim a continuidade da articulação estratégica com o CFM. No ano seguinte, a configuração da nova diretoria da FENAM, empossada para o biênio 2006-2008, foi considerada um ponto de fortalecimento das relações do movimento médico sindical com a AMB e o CFM, por explicitarem uma agenda sindical mais preocupada em compor a estratégia de unidade nacional da medicina. Por fim, em fevereiro de 2007, a recondução do presidente do CFM ao cargo, para o exercício do seu quarto período (gestão 2007-2009) à frente da diretoria da autarquia, confirmou o avanço no alinhamento político e programático das três entidades médicas nacionais.

Nesse contexto, a atuação corporativa junto ao Legislativo nacional foi um dos pontos de aprimoramento institucional. Em novembro de 2005, a AMB estruturou uma Comissão de Assuntos Parlamentares, articulada a um grupo de trabalho que havia se organizado no CFM um ano antes, com o objetivo de elaboração da agenda legislativa do Conselho. No ano seguinte (2006), o processo resultou na conformação da Comissão de Assuntos Políticos (CAP), cuja composição envolvia representantes das três entidades médicas<sup>72</sup>.

A idealização da CAP refletiu o desejo de avançar no que as entidades denominavam de “*lobby* saudável”, traduzido por uma atuação com foco no planejamento da intervenção no Congresso Nacional desde a concepção dos projetos legislativos, e na apresentação dos argumentos que subsidiavam os posicionamentos dos médicos, como forma de influenciar principalmente os parlamentares responsáveis pelas relatorias dos PL. Como produto do trabalho da CAP, foi instituída a Agenda Parlamentar da Saúde Responsável (inicialmente chamada de Agenda Legislativa da Medicina), documento institucional atualizado regularmente, que listava os projetos de lei acompanhados pela Comissão e as posições adotadas pelas entidades.

A perspectiva de consolidação também se fez presente na estratégia voltada para a adoção da CBHPM pela saúde suplementar. Em 2006, as entidades deflagraram a fase de consolidação da Classificação, com a mudança no nome da comissão, que passou a se chamar Comissão Nacional de Consolidação da CBHPM, em substituição ao termo ‘implantação’. O objetivo era incrementar a mobilização das Comissões Estaduais da CBHPM, almejando

---

<sup>71</sup> Para a gestão 2005-2008 da AMB, foi eleita a chapa “AMB para os médicos”, sob o comando do médico anesthesiologista e intensivista José Luiz Gomes do Amaral, professor titular da Unifesp. À época era presidente da APM. Foi reeleito para a gestão seguinte da AMB (2008-2011).

<sup>72</sup> Inicialmente a CAP foi composta por membros da AMB e do CFM. A entrada da FENAM foi oficializada no mesmo ano, em setembro de 2006, quando foi realizada uma edição do Encontro Nacional de Conselhos de Medicina.

continuidade e melhorias dos acordos firmados e avanços nas negociações em curso junto às operadoras de planos de saúde. Em paralelo, a AMB conduziu novo processo de atualização do conteúdo do documento, com ajustes nos valores e inclusão de procedimentos e honorários de referência.

O fortalecimento da atuação no Legislativo coincidiu com alguns avanços na tramitação de projetos de lei de interesse dos médicos no período, incluindo a pauta para o setor privado. Em maio de 2007, foi aprovado na Câmara dos Deputados o PL nº 3.466 de 2004, que criava o Rol de Procedimentos e Serviços Médicos para o setor de saúde suplementar, baseado na CBHPM, seguindo para análise dos senadores. Em junho de 2006, no Senado, as entidades realizaram a entrega do abaixo-assinado, com 1,5 milhão de assinaturas coletadas em todo o país, em defesa do PL do ato médico. Na ocasião, foi realizada audiência pública com representantes do MS/SGTES e CONASS, ambos favoráveis ao texto negociado entre os representantes dos médicos e os das outras profissões. Ainda em 2006, o referido PL foi aprovado no Senado<sup>73</sup> e seguiu para análise da Câmara dos Deputados, com tramitação a partir de 2007.

As interações ‘governo-corporação médica’ nesse segundo momento foram marcadas pela manutenção do diálogo e continuidade da participação das entidades nos espaços relacionados à política nacional. No CNS, evidenciaram-se avanços nas discussões sobre os critérios para a abertura dos cursos médicos e os questionamentos sobre a sua qualidade, com maior envolvimento do MEC na resposta ao problema, entre 2006 e 2007. Por outro lado, em 2006 os médicos viram ameaçada a sua representação no Conselho, em função das modificações no processo de escolha dos conselheiros nacionais. Já o prosseguimento dos trabalhos voltados para a construção das diretrizes do PCCS-SUS na Comissão Especial do DEGERTS e na MNNP-SUS teve desfecho em junho de 2007, com a carreira médica exclusiva no centro dos debates e negociações. Além disso, observou-se recuo na proposição do formato idealizado originalmente pelo governo para o Plano de Carreira do SUS, o que provocou mudanças de rumo na estratégia de encaminhamento desta pauta pelo movimento médico.

Outro marco que repercutiu nas interações foi a mudança do Ministro da Saúde em março de 2007<sup>74</sup>, já no contexto do segundo governo Lula. A sua entrada proporcionou maior

---

<sup>73</sup> Foi aprovado um substitutivo aos Projetos de Lei dos ex-senadores Geraldo Althoff (PLS 25/02) e Benício Sampaio (PLS 268/02), apresentado junto ao parecer da senadora Lucia Vânia (PSDB-GO), relatora do projeto.

<sup>74</sup> Em março de 2007, José Gomes Temporão, médico e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, assumiu o Ministério da Saúde, permanecendo até o fim do segundo governo Lula em 2010.



abertura da agenda do MS à pauta dos médicos, constituindo o que as entidades denominaram de ‘Agenda Positiva’ do movimento com o órgão. O ministro assumiu um conjunto de compromissos públicos com a AMB e o CFM, notadamente nos seguintes temas: intermediação junto ao MEC para maior controle da abertura de cursos de medicina; discussão da compatibilização da Tabela SUS com a CBHPM e reajustes nos valores de procedimentos e honorários; regulamentação da EC 29 e do exercício da medicina (PL do Ato Médico). Em relação ao acordo com Cuba para a revalidação dos diplomas médicos lá obtidos, o novo ministro posicionou-se contrariamente à iniciativa em curso no governo, favorecendo a atuação das entidades em oposição ao Ajuste complementar, assinado em 2006 e submetido ao reconhecimento dos deputados federais no início de 2007. A sua tramitação ocorreu no ambiente legislativo no qual as entidades se apresentavam fortalecidas, dada a atuação da CAP.

A maior problematização no governo sobre a qualidade da formação em medicina, gerada pelas avaliações do SINAES articuladas à execução do Pró-Saúde, repercutiu na agenda do Ministério da Educação. Em 2006, o governo federal, em sinal de alinhamento às discussões oriundas do CNS, publicou o Decreto Presidencial nº 5.773, de 9 de maio de 2006 que dispôs sobre o exercício das funções públicas de regulação, supervisão e avaliação do sistema federal de ensino superior<sup>75</sup>. Na referida norma, definiu-se que a criação e o reconhecimento de cursos de medicina, odontologia e psicologia pelo poder público deveria ser submetida à manifestação prévia do CNS.

Este dispositivo mobilizou o MEC, que apresentou à CIRH proposta com as novas diretrizes para a autorização dos cursos elencados no referido Decreto, construídas por um grupo de trabalho constituído no âmbito do órgão em outubro de 2006<sup>76</sup>. Formalizadas por portaria ministerial de fevereiro de 2007, as diretrizes complementaram os dispositivos do Decreto presidencial, visando sobretudo a instrução objetiva dos pedidos de autorização de funcionamento dos cursos de medicina já apresentados ao órgão antes da publicação do decreto, mas ainda sem decisão. Foram contemplados os critérios definidos pela Resolução CNS nº 350 de 2005 e muitos pontos reivindicados pelas entidades como parâmetros mínimos a considerar nos pedidos de autorização de cursos. O processo de emissão de parecer pelo CNS foi retomado

---

<sup>75</sup> De acordo com o Artigo 2º do Decreto Presidencial nº 5.773, de 9 de maio de 2006, o “sistema federal de ensino superior compreende as instituições federais de educação superior, as instituições de educação superior criadas e mantidas pela iniciativa privada e os órgãos federais de educação superior” (Brasil, 2006).

<sup>76</sup> O grupo de trabalho foi formalizado pela Portaria MEC nº 1.752, de 30 de outubro de 2006 e era composto por membros da SESu, CNRM e das seguintes universidades: UFRJ, Unesp, Unifesp e UFMG (Brasil, 2006).

a partir dessa nova regulamentação e no qual eram ouvidos os conselhos profissionais e o DEGES, que subsidiava os pareceres com a apresentação de notas técnicas.

Embora tenha havido convergência das proposições do governo com as pautas do movimento médico nessa temática, o avanço institucional alcançado foi questionado pelas entidades, que reivindicavam participação direta no processo de manifestação prévia. O argumento utilizado deveu-se ao fato de o mesmo Decreto e a portaria editada pelo MEC terem previsto tal sistemática para a criação e reconhecimento dos cursos de graduação em direito, designando esse papel ao Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Ressalte-se, ainda, que o dispositivo que introduziu a obrigatoriedade da manifestação prévia dos referidos conselhos definiu-a como de caráter opinativo.

Também no âmbito do CNS, as entidades médicas nacionais enfrentaram problemas decorrentes de mudanças instituídas pelo Decreto 5.839 de 11 de julho de 2006, que tratou da reorganização da composição e do funcionamento do Conselho. A norma instituiu processo eleitoral para conselheiros dos segmentos dos profissionais de saúde e dos movimentos sociais, extinguindo, dessa forma, acordo anterior que assegurava participação definitiva da representação dos médicos naquela instância. A introdução do voto como modalidade para a escolha dos representantes gerou reação do movimento médico. A AMB emitiu nota oficial, apoiada pelo CFM e pela FENAM, com críticas ao conteúdo do Decreto presidencial, alegando que a ausência dos posicionamentos da representação médica na construção da política de saúde acarretaria prejuízos para o SUS.

As entidades reivindicaram a revisão da medida pelo Ministério da Saúde, com restabelecimento da vaga cativa no espaço. Além disso, atuaram durante o processo eleitoral ocorrido em agosto de 2006, marcado por intensa negociação com o objetivo de garantir a manutenção da representação na instância. Foi estabelecido um acordo amparado em dispositivos do regimento interno do CNS, que assegurou assento para a categoria médica até 2009, ano de ocorrência de novas eleições para os conselheiros nacionais. O movimento médico considerou o desfecho como uma vitória parcial, dado o seu caráter temporário e precário, já que persistia a ameaça de reversão do acordo, nos termos do Decreto.

Na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, foi dado prosseguimento às discussões para construção das diretrizes do PCCS após consolidação das contribuições oriundas da consulta pública de junho de 2005. O pleito de exclusividade para a carreira médica foi um dos pontos polêmicos na Mesa, pelo fato de não ter sido equacionado no âmbito da Comissão Especial do DEGERTS. A posição governamental defendia que as diretrizes

preconizassem a constituição de um cargo genérico de nível superior para o conjunto dos profissionais do SUS, sob a denominação de ‘Especialista em Saúde’, contrariando o que reivindicavam as entidades médicas. Em outubro de 2005, foi realizado o ‘Seminário Nacional Diretrizes do PCCS-SUS’ promovido pelo Departamento, pela Comissão Especial do PCCS e pela MNNP-SUS com o objetivo de pactuar a nova versão do anteprojeto das diretrizes, após nova rodada de negociações. Prevaleceu a proposição formulada pela SGTES e acatada pela maior parte da bancada dos trabalhadores na Mesa.

Em 2006, o texto das diretrizes do PCCS-SUS foi aprovado pela MNNP-SUS e formalizado sob a forma de Protocolo de negociação daquela instância, além de ter sido objeto de pactuação na CIT. No ano seguinte, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 1.318, de 5 de junho de 2007 com as diretrizes, diferentemente da ideia inicial que almejava a apresentação de um projeto de lei no Congresso Nacional. Este desdobramento foi resultado de impasses presentes nas discussões, em função de questionamentos acerca da promulgação de uma lei federal em contraponto à autonomia dos entes federativos em legislar sobre o tema, argumento pautado principalmente pelo CONASEMS ao longo do processo.

A publicação da portaria das diretrizes nacionais do PCCS-SUS, sem força de lei, foi absorvida no interior do movimento médico nacional como oportunidades para o desenvolvimento de duas estratégias de viabilização do PCCS exclusivo. Por um lado, permitiu que as entidades médicas mantivessem o pleito do PCCS específico na agenda, utilizando os subsídios técnicos fornecidos pela Portaria como bandeira de luta nacional, na perspectiva do diálogo com o MS. Por outro, o reconhecimento da autonomia dos entes federativos em elaborar suas próprias propostas de carreira redirecionou a agenda para a conformação de planos para os médicos vinculados ao SUS, a serem propostos e negociados no âmbito dos governos subnacionais, especialmente os estados, já que se avaliava que muitos municípios não teriam capacidade financeira para o provimento de médicos em seus quadros de servidores.

Quanto ao Acordo de Cooperação Cultural entre Brasil e Cuba, em setembro de 2006 foi assinado o Ajuste Complementar que tratou do reconhecimento dos diplomas de medicina cubanos<sup>77</sup>, repercutindo na agenda das entidades. O Ajuste previu a conformação de uma Comissão Nacional a cargo do MEC e do MS, para elaborar a proposta do exame nacional de

---

<sup>77</sup> Importante lembrar que o Protocolo de Intenções assinado em 2003 entre Cuba e Brasil apresentava conteúdo genérico, contemplando, na iniciativa, o reconhecimento de diplomas de graduação e pós-graduação “stricto sensu” na área da saúde. Já no âmbito do ajuste complementar, fica evidente o caráter prioritário da ação para o caso da graduação em medicina em Cuba. O ajuste estabeleceu que diplomas de pós-graduação teriam os seus processos de reconhecimento regulados pelas normas já vigentes no Brasil.

reconhecimento dos diplomas médicos de Cuba, nos casos em que houvesse incompatibilidade curricular; e possibilitava que instituições de ensino brasileiras firmassem convênio com a ELAM, com vistas a instituir processo de revalidação dos títulos de medicina, por complementação curricular, conforme as recomendações do relatório da missão à ELAM ocorrida em 2004 (BRASIL/CUBA, 2006).

O governo federal submeteu o referido ajuste à análise do Congresso Nacional, em janeiro de 2007<sup>78</sup>. O início da tramitação parlamentar do documento foi marcado pela manifestação das entidades médicas, que publicaram uma carta direcionada às autoridades do Poder Executivo Federal e do Legislativo Nacional expondo preocupação sobre o teor do Ajuste e reafirmando o posicionamento de que se tratava de iniciativa que privilegiava Cuba por razões unicamente ideológicas. Fortalecido em sua atuação no âmbito do Poder Legislativo, o movimento médico buscou o apoio dos deputados federais vinculados à Frente Parlamentar da Saúde para impedir a aprovação do Ajuste. Para tal, a CAP desempenhou papel importante ao subsidiar os parlamentares envolvidos nas relatorias com argumentos que questionavam a medida governamental. Além disso, a oposição do próprio ministro da saúde à proposta favoreceu a pauta corporativa, com desdobramentos visualizados com o avanço da tramitação do Ajuste em comissões da Câmara dos Deputados.

Outro aspecto a destacar sobre os diplomas médicos estrangeiros foi a sua abordagem pelas entidades dentro de uma estratégia de internacionalização da agenda da medicina brasileira, associada principalmente às prioridades da gestão da AMB iniciada em 2005. Foram promovidas discussões sobre a migração médica sem revalidação de diplomas e, em repúdio, buscou-se construir posicionamentos conjuntos com organizações médicas internacionais, como a Confederação Médica Latino-americana e do Caribe (CONFEMEL), a Comunidade Médica de Língua Portuguesa e a Associação Médica Mundial.

### 5.3 INOVAÇÕES INSTITUCIONAIS E CENTRALIDADE DA MEDICINA NA AGENDA DA SGTES NO CONTEXTO DE MOBILIZAÇÕES E VITÓRIAS DO MOVIMENTO MÉDICO (JUNHO/JULHO DE 2007 A 2010)

O terceiro momento da interação entre as entidades médicas e os agentes governamentais no contexto da política nacional de trabalho e educação na saúde teve início

---

<sup>78</sup> O Ajuste Complementar tramitou na Câmara dos Deputados na forma de Projeto de Decreto Legislativo (PDC nº 346/2007).

em meados de 2007, quando são operadas inovações institucionais que visavam a consolidação da política de gestão da educação na saúde, no contexto da articulação MEC-MS. Além disso, a profissão médica adquiriu centralidade na agenda da SGTES no período, expressa tanto na constituição de instâncias temáticas que trataram de aspectos específicos da medicina, quanto na produção de conteúdo dos programas da Secretaria, com destaque para temas como provimento, fixação e interiorização profissional.

No movimento médico, configurou-se uma agenda de mobilizações das entidades, desencadeadas a partir de agosto de 2007 e que destacaram as demandas da corporação no âmbito do sistema público de saúde. O encaminhamento de processos em curso no Executivo e no Legislativo, e aqueles decorrentes de novas interações no período, resultaram em vitórias para o movimento: a rejeição do Ajuste Complementar com Cuba pelos deputados em 2009 e o desfecho favorável às entidades nas propostas de revalidação encaminhadas pelo governo; as novas medidas do MEC, adotadas para qualificar o processo de avaliação das escolas médicas; e a iniciativa do governo em retomar os debates em torno de uma carreira nacional para médicos, odontólogos e enfermeiros em 2010.

No âmbito governamental, em junho de 2007 é criada por decreto presidencial a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES), configurando importante avanço institucional no desenvolvimento de iniciativas desse campo, na perspectiva de incremento da atuação conjunta do MS com o MEC. Além da consolidação do trabalho intersetorial saúde-educação, a CIGES contribuiu para o aperfeiçoamento da estratégia do MS de desempenhar papel condutor junto às diversas instâncias da gestão do trabalho e da educação na saúde. Assim, a iniciativa foi considerada uma inovação pelo governo, entendida como a efetiva regulamentação do Artigo 200 da CF 1988, que dispõe sobre o ordenamento da formação dos profissionais de saúde pelo SUS.

A CIGES foi instalada em setembro de 2007 e teve como objetivo reunir nesta arena todo o processo de formulação da política de educação na saúde, incluindo os níveis superior e tecnológico, as residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde; a definição dos critérios para autorização de abertura, reconhecimento e renovação das graduações e pós-graduações; a definição de critérios para expansão de vagas na educação superior, tecnológica e profissional; e a identificação das demandas por profissionais do SUS, de modo a viabilizar ações para fixação e distribuição de pessoal no sistema.

A instância era composta por representantes das secretarias dos ministérios da Saúde e da Educação, do CONASS e do CONASEMS, e apresentava a prerrogativa de instituir

subcomissões temáticas, nas quais se faziam presentes os distintos atores envolvidos com os objetos em discussão nas arenas, expressando a permanência da diretriz de participação como uma preocupação governamental na construção da política.

A perspectiva de inovação também marcou a agenda programática da SGTES, pela introdução de mecanismos operacionais diferenciados na execução de iniciativas, especificamente a partir da criação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em junho de 2007. O programa foi concebido como parte das ações de mudanças nas graduações em saúde e voltou-se para a concessão de bolsas, com o objetivo de ter maior adesão de docentes no exercício de tutoria estudantil e de profissionais dos serviços de saúde na preceptoria de alunos, para os quais também havia previsão de bolsas de educação pelo trabalho. A inovação introduzida dizia respeito ao pagamento das bolsas, que passou a ser realizado diretamente pelo Ministério da Saúde aos beneficiários, em substituição à celebração de convênios com as universidades ou repasses aos gestores subnacionais da saúde. A partir da experiência com o PET-Saúde, este mecanismo foi adotado em diferentes iniciativas da Secretaria ao longo do período<sup>79</sup>.

Outro aspecto a destacar relacionou-se com o fato de a agenda da SGTES ter conferido centralidade à profissão médica no desenvolvimento das suas iniciativas. No âmbito da CIGES, foram objetos de proposição duas áreas importantes da formação e do trabalho médicos, bastantes sensíveis à pauta das entidades representativas: a necessidade de médicos especialistas para o SUS, com discussões no âmbito da Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil, instituída em outubro de 2007; e a revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior, tema para o qual também foi criada uma subcomissão em fevereiro de 2009.

Tal centralidade também repercutiu na formatação de programas específicos de concessão de bolsas, como o Pró-Residência<sup>80</sup>, criado em 2009, como proposta de intervenção construída pela Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil, que contou com a participação do CFM, AMB, Sociedades de Especialidades e CNRM. Os trabalhos desenvolvidos ao longo de 2008 compreenderam o diagnóstico sobre a residência médica, que evidenciou desigualdades regionais na oferta de algumas especialidades

---

<sup>79</sup> Uma destas iniciativas foi o programa de telessaúde que, em 2010, passou a ser denominado de Programa Telessaúde Brasil e contava com um programa de bolsas.

<sup>80</sup> Cabe ressaltar, entretanto, que as residências multiprofissional e em área profissional da saúde também foram contempladas com um programa nacional de bolsas, nos moldes do Pró-Residência.

médicas no país; dificuldades de contratação e reposição de algumas especialidades pelos gestores municipais e estaduais; e distribuição irregular das vagas dos programas de residência médica, com concentração em regiões de maior desenvolvimento econômico<sup>81</sup>.

Nesse sentido, o Pró-Residência teve como objetivo apoiar a formação de médicos nos programas de residência médica, considerando especialidades e regiões prioritárias<sup>82</sup>, a partir das necessidades locais e regionais definidas pelos gestores do SUS. A iniciativa foi desenvolvida por meio da abertura de editais entre 2009 e 2010, e que contemplavam o apoio à expansão de programas de residência médica existentes; à criação de novos programas, com estabelecimento de apoio matricial fornecido por instituições de ensino superior com programas consolidados; e o financiamento de vagas já existentes e credenciadas pela CNRM.

O governo trabalhou com a constatação de que o Pró-Residência poderia contribuir para a fixação de médicos, já que as análises da Subcomissão apontaram para uma correlação entre a existência da vaga de residência com o local de vínculo do profissional especialista. Houve contestação das entidades que questionaram se isoladamente a medida teria capacidade para tal, mas sem configurar oposição à iniciativa, uma vez que mudanças na área da formação médica especializada, especialmente no formato de residência, era bandeira de luta das organizações. Buscou-se associar o caráter estratégico da residência médica para o provimento de profissionais por área de atuação considerando as políticas estruturantes do SUS (Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção à Saúde Materno-infantil, Oncologia e Saúde do Idoso, por exemplo), de modo a evitar que houvesse maior apoio à formação em uma dada especialidade em detrimento de outra da mesma linha do cuidado.

Outro programa de concessão de bolsas específico da medicina foi o Programa Nacional de Apoio ao Internato Médico (Pró-internato), criado em 2010 como parte do PET-Saúde. O foco era o aprimoramento do processo de supervisão de alunos, por meio do fomento às atividades de tutoria e preceptoria, desenvolvidas respectivamente por docentes e profissionais dos serviços; e de monitoria para estudantes de medicina. A prioridade da iniciativa eram

---

<sup>81</sup> A participação das entidades na construção do Pró-Residência foi relevante por ter mobilizado os atores institucionais na CNRM. Em setembro de 2008 foi realizada a reunião da Subcomissão denominada “Propostas para o enfrentamento das necessidades de formação de médicos especialistas”, com a presença das Sociedades de Especialidades de áreas prioritizadas, áreas técnicas do Ministério da Saúde, CFM, AMB, CNRM, CONASS, CONASEMS e ANS. O objetivo era a apreciação do 1º relatório de atividades da Subcomissão, publicado em 2009, e a realização de estudos detalhados sobre as especialidades eleitas como prioritárias (Cancerologia, Geriatria, Medicina Intensiva, Psiquiatria, Pediatria-Neonatologia e Medicina de Família e Comunidade), em grupos de trabalho, alguns conduzidos pelas entidades médicas (AMB, CFM e Sociedades de Especialidades)

<sup>82</sup> As regiões prioritárias do Pró-Residência eram Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

projetos de internato médico de instituições federais de ensino superior que não tinham hospital universitário.

Também em 2010, o governo buscou induzir a fixação de médicos, a partir de mudanças na normatização do financiamento estudantil que estavam em discussão no MEC. Após envio de projeto de lei para o Congresso em 2009, o governo sancionou a Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010, alterando algumas regras do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), dentre as quais a que permitiu o abatimento do saldo devedor do FIES aos médicos<sup>83</sup> que optassem por atuar na Estratégia Saúde da Família. Assim, fariam jus ao abatimento mensal de 1% do valor da sua dívida com o FIES durante o período em que durasse o vínculo com a ESF, e após um ano do início do vínculo, em locais remotos e com carência assistencial. Foi prevista ainda carência para o início do pagamento da dívida para aqueles que optassem por cursar residência médica em programas das regiões e das especialidades consideradas prioritárias.

Os desdobramentos na institucionalidade e na maior atenção conferida à medicina pela política governamental ocorreram paralelamente a uma reorientação da atuação das entidades médicas nacionais, envolvendo maior projeção da pauta corporativa para questões relacionadas à medicina no SUS<sup>84</sup>. Tal fato foi observado principalmente a partir de junho de 2007, quando ocorreu o XI Encontro Nacional de Entidades Médicas cujos resultados deram ênfase aos problemas do sistema público constantes na Carta de Brasília, documento que publicou o posicionamento das representações médicas a partir das deliberações do encontro.

Em agosto, as entidades desencadearam uma manifestação nacional na capital federal, em articulação com a Frente Parlamentar da Saúde, que teve como objetivo denunciar o que denominaram de “apagão na saúde”, alertando para a precariedade estrutural dos serviços do SUS e a insuficiência do seu financiamento, agravada pelo contingenciamento de recursos da saúde pelo governo em 2007. As reivindicações envolviam a cobrança da correção nos valores da tabela de procedimentos e honorários do SUS e a regulamentação da EC 29, dentre outros pontos, como por exemplo os problemas relacionados ao provimento de médicos no sistema público.

---

<sup>83</sup> A regra de permissão de abatimento do saldo devedor do FIES também contemplou os profissionais do magistério público.

<sup>84</sup> Não se configurou, no entanto, inexistência de estratégias voltadas para o setor privado. Ao contrário, as entidades mantiveram-se empenhadas em atuar com essa pauta junto a ANS e no Legislativo no período.



O cenário favorável às mobilizações das entidades médicas se consolidou após os desdobramentos da aprovação do projeto de lei para regulamentação da EC 29 na Câmara dos Deputados, ocorrida em outubro de 2007. A aprovação do PL gerou insatisfações quanto à regra definida para a aplicação mínima dos recursos da União para o SUS, pelo fato de não ter sido garantida a proposta original que previa um percentual de aplicação de 10% da receita corrente bruta da União com saúde<sup>85</sup>. Essa insatisfação constituiu-se no principal elemento de deflagração, em novembro, do Movimento Nacional de Valorização do SUS e do Trabalho Médico organizado pela Comissão Nacional Pró-SUS, composta por representantes das três entidades médicas nacionais.

Buscou-se articular ações em todo o país incluindo campanhas publicitárias, reuniões com autoridades, atividades de sensibilização junto à comunidade médica e à população, e atos focalizados nos estados, que constituíram comissões locais para operacionalização da agenda de mobilizações. O Movimento Nacional reafirmou a pauta em defesa do SUS, repudiando o seu subfinanciamento, o sucateamento das estruturas de atendimento e a precariedade das condições de trabalho dos médicos, atribuída à inexistência de plano de carreira, com questionamentos ao caráter genérico das diretrizes do PCCS editadas pelo MS; e aos baixos honorários pagos aos profissionais.

As mobilizações suscitaram respostas governamentais sobre os problemas apontados pelo movimento nacional. Uma delas teve efeito em setembro de 2007, após reuniões das entidades médicas com o ministro da saúde, resultando na decisão do órgão por reajustar alguns procedimentos da Tabela SUS, com destaque para o item 'consulta médica' que teve uma das maiores correções nos valores em termos percentuais (32,4%). O atendimento a esse ponto guardou relação, ainda, com a 'Agenda Positiva' das entidades com o ministro da saúde, conformada anteriormente

A Comissão Nacional Pró-SUS teve papel destacado no período, com intensa atuação no âmbito do Poder Legislativo Nacional, apoiada pela Frente Parlamentar da Saúde. Representantes da instância participaram de audiências públicas na Câmara dos Deputados, com objetivo de projetar a agenda corporativa oriunda das mobilizações e buscar apoio para a viabilização dos seguintes pontos reivindicados pelo movimento nacional: Plano de Carreira; uso da CBHPM como referência para a Tabela SUS; piso salarial da categoria e Carreira de Estado. Tal agenda associou-se com a continuidade da aliança política e programática já

---

<sup>85</sup> O texto aprovado foi um substitutivo ao PL original (PL 001/2003) que instituía outra regra de aplicação, baseada na correção anual dos valores pelo crescimento percentual do PIB nacional.

consolidada entre as entidades, reafirmadas pela reeleição da chapa da AMB em 2008 (gestão 2008-2011) e a posse do novo presidente da FENAM no mesmo ano<sup>86</sup>. No contexto das mobilizações, a agenda conjunta abriu mais espaço para pontos habitualmente vinculados à pauta sindical, como as reivindicações para revisão da lei do piso salarial dos médicos<sup>87</sup> e a proposta de PCCS fomentada pela FENAM em 2009/2010<sup>88</sup>.

Em outubro de 2009, assumiu um novo presidente para a gestão 2009-2014 do CFM<sup>89</sup> que desencadeou processos de revisão do plano estratégico da entidade, elaborado em 2000, e de ajustes em ações institucionais em curso nas distintas comissões do Conselho. Foram eleitas as prioridades da nova gestão, agregadas em eixos temáticos, que incluíram as preocupações relacionadas ao trabalho médico e um eixo específico para a “Defesa do SUS”.

A agenda institucional permanente do CFM sob a nova gestão destacou inicialmente como bandeiras de luta a Carreira de Estado do médico e a aprovação da lei de regulamentação profissional. Estas tiveram avanços no Poder Legislativo no período, em decorrência da atuação do então deputado federal Eleuses Paiva (DEM-SP), médico e ex-presidente da AMB (1999 a 2005), que assumiu vaga na Câmara em abril de 2009, deixada pelo titular, o então deputado Jorge Tadeu Mudalen (DEM-SP), que assumiu cargo na prefeitura de São Paulo na gestão de Gilberto Kassab<sup>90</sup>.

O referido deputado, juntamente com o então deputado Ronaldo Caiado, apresentaram a Proposta de Emenda à Constituição nº 454/2009, que estabelecia diretrizes para a organização da ‘Carreira de Estado do Médico’. Tratava-se de reivindicação pelo reconhecimento

---

<sup>86</sup> Assumiu a presidência da FENAM (gestão 2008-2010) o médico Paulo de Argollo Mendes, formado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com passagem pelo Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul e ex-presidente da CMB.

<sup>87</sup> Nos anos de 2008 e 2009, projetos de lei com esse ponto de pauta haviam sido apresentados e tramitavam no Congresso Nacional. São eles: PL 3.734/2008 que dispõe sobre o salário mínimo profissional do médico do setor privado; e PLS 140/2009 que visava alterar a lei do piso salarial de médicos e dentistas fixando-o em 7 mil reais. A FENAM é idealizadora de uma proposta denominada de Piso FENAM, que se articula com a luta da entidade em torno do estabelecimento de um piso salarial que se ampare em critérios de reajuste anual. O Piso FENAM consiste em um cálculo da remuneração considerada mínima para o médico de acordo com a carga horária trabalhada. Anualmente, a entidade divulga o valor do Piso atualizado monetariamente pelo INPC/IBGE.

<sup>88</sup> Alguns anos antes, a FENAM havia contratado a Fundação Getúlio Vargas (FGV) para consultoria e elaboração de uma proposta de Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos do Médico. O documento foi finalizado em 2009 e transformou-se em instrumento de luta das três entidades, tendo sido amplamente divulgado e submetido à apreciação do governo em diversas instâncias entre 2009 e 2010. Neste ano, a Federação passou a ser presidida pelo médico Cid Célio Carvalhaes, oriundo do Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo.

<sup>89</sup> Assumiu o CFM o médico cardiologista e médico do trabalho Roberto Luiz D’Ávila, conselheiro por Santa Catarina (representava o estado no CFM desde 1999), com atuação na coordenação de comissões na entidade. É professor aposentado da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>90</sup> Ao assumir, o deputado também ocupou a secretaria executiva da Frente Parlamentar da Saúde.

constitucional da medicina como uma função típica de Estado, nos moldes de outras carreiras públicas assim definidas. O tema também teve acolhimento no âmbito do Poder Executivo em 2010, motivado pela aproximação do ministro da saúde com as entidades médicas ('Agenda Positiva') e que culminou na publicação da Portaria GM/MS nº 2.169, de 28 de julho de 2010, criando a Comissão Especial para elaboração de propostas de Carreira para o SUS, com foco nos médicos, dentistas e enfermeiros da atenção básica de áreas com carência assistencial e de difícil acesso, tema crescente como preocupação governamental nesse período.

As reuniões da Comissão Especial, realizadas após sua instalação em setembro de 2010, contaram com a apresentação do material sobre o PCCS produzido pela FENAM, em parceria com AMB e CFM. Na arena, ocorreram ainda importantes discussões trazidas por gestores municipais de saúde sobre as dificuldades de fixação de profissionais de saúde e a escassez de médicos na atenção primária à saúde. A Comissão elaborou uma proposta preliminar de 'carreira para o sistema de saúde', no formato de projeto de lei a ser submetido ao Congresso Nacional, com a expectativa de que fosse dado prosseguimento à proposta no ano de 2011. No caso das diretrizes do PCCS-SUS anteriormente aprovadas, as ações do DEGERTS concentraram-se no atendimento das demandas dos municípios e estados, no apoio à construção de planos de carreira, por meio da Comissão Assessora instituída em portaria de agosto de 2007.

A atuação do deputado federal Eleuses Paiva foi também decisiva para a aprovação do PL do ato médico na Câmara dos Deputados em outubro de 2009, tendo dado parecer favorável em uma das comissões por onde o projeto tramitou. O parlamentar fez a proposição para a realização de uma audiência pública para discussão do assunto no início de outubro e, anteriormente já havia articulado a votação do regime de urgência para a tramitação da matéria. Outro passo da articulação para aprovação do PL consistiu na realização de uma sessão solene em comemoração ao dia do médico na Câmara Federal<sup>91</sup>, cujos discursos das autoridades parlamentares e dos dirigentes das entidades envolveram a defesa pela votação do projeto no plenário da casa. O desfecho vitorioso para a categoria médica ocorreu um dia após a sessão comemorativa, fruto de um acordo entre lideranças partidárias e o presidente da Câmara para a entrada da matéria na pauta de votação, sendo aprovada e reencaminhada para o Senado Federal por ter tido o seu conteúdo modificado.

---

<sup>91</sup> As comemorações pelo dia do médico também tiveram tom de protesto organizado pela Comissão Nacional Pró-SUS, envolvendo mobilização nos estados e também junto ao Legislativo Nacional, o que contribuiu para garantir audiência na articulação realizada na Câmara dos Deputados.

O contexto favorável às vitórias do movimento médico também se verificou nas ações governamentais de avaliação dos cursos de graduação em medicina, quando novas iniciativas do MEC foram postas em prática no período. Foi editada a Portaria SESu/MEC nº 344 de 9 de maio de 2008 que constituiu a “Comissão de Ensino Médico”, presidida pelo ex-ministro da Saúde Adib Jatene<sup>92</sup> e composta por especialistas em educação médica, muitos vinculados à ABEM, para a realização da Supervisão Especial dos Cursos de Graduação, implementada a partir dos resultados do ENADE. Sua conformação é fruto das pressões das entidades para que o poder público adotasse providências quanto ao funcionamento de cursos médicos mal avaliados, com execução de supervisão e tomada de medidas para saneamento das deficiências apresentadas na avaliação, incluindo a recomendação de fechamento do curso ou redução de vagas.

À época, a referida comissão atuou no acompanhamento de dezessete cursos de medicina que apresentaram avaliação insuficiente no Exame (notas 1 e 2). Foram realizadas visitas *in loco* às instituições, com avaliação do projeto político-pedagógico do curso, a existência de integração com o sistema de serviços de saúde do SUS e a inserção do aluno na rede, o perfil dos docentes, e a oferta das disciplinas e de estágio curricular. Foram assinados Termos de Saneamento de Deficiências com a SESu/ MEC, por meio dos quais as instituições de ensino assumiam compromissos de adequação das inconsistências encontradas. Para os cursos em pior situação, a SESu suspendeu o ingresso de novos alunos ou reduziu o número de vagas.

Além disso, o tema da abertura e avaliação dos cursos médicos passou por novos encaminhamentos no âmbito da CIRH/CNS. Em 2008 foram desencadeados processos de aperfeiçoamento dos critérios que orientavam a elaboração dos pareceres de autorização para funcionamento, reconhecimento e renovação dos cursos de medicina, odontologia e psicologia pela Comissão, no âmbito do Grupo de Trabalho “Abertura de Cursos de Graduação na Área da Saúde”. O ponto de partida das discussões foram os critérios estabelecidos na Resolução CNS nº 350 de 2005, tendo como objetivo melhor definir o conceito de necessidades sociais para o setor saúde, o que possibilitaria tornar a análise dos pedidos o mais objetiva.

Ainda no âmbito do CNS, as questões referentes à representação dos médicos na instância ganharam novamente evidência em 2009, dessa vez sem um desfecho favorável aos

---

<sup>92</sup> Adib Jatene era médico cardiologista e professor da Faculdade de Medicina da USP. Foi ministro da saúde nos governos Collor e Fernando Henrique Cardoso. A referida comissão de ensino médico já havia sido constituída em governos anteriores.

médicos. Naquele ano, foi realizado novo processo eleitoral para os conselheiros dos segmentos dos trabalhadores e dos movimentos sociais, com vigência da regra que não assegurava assento para os médicos e o fim do acordo negociado nos termos do regimento do CNS em 2006. As entidades decidiram não participar do processo eleitoral, comunicando o afastamento do CNS até que houvesse mudanças no processo de escolha. Em nota de esclarecimento, denunciaram que a eleição dos conselheiros passou a valorizar negociações e acordos políticos, em detrimento à qualificação técnica dos conselheiros. Sinalizaram também as disputas com o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), entidade que seria responsável pelo questionamento da reserva do assento para os médicos, situação inexistente para as demais profissões.

Em relação à revalidação dos diplomas médicos obtidos na ELAM, em Cuba, é instituído, em outubro de 2007, um grupo de trabalho Interministerial composto por MS, MEC e Ministério das Relações Exteriores, responsável pela elaboração de proposta para equacionar o problema, nos moldes do Ajuste Complementar, em apreciação pelo Congresso Nacional. No âmbito do GT interministerial, entre 2007 e 2008, ocorreram diversas reuniões com interlocutores e instâncias envolvidas, incluindo CFM, AMB e ABEM<sup>93</sup>. As discussões no GT geraram abertura do governo para negociar que a medida não ficaria circunscrita aos médicos formados em Cuba, e passaria a contemplar todos os médicos diplomados fora do país.

Como resultado, evidenciou-se estratégia governamental voltada para manter o objetivo inicial, qual seja revalidar os diplomas médicos de brasileiros formados em Cuba. Propôs-se a elaboração de um projeto nacional (denominado de Projeto Ampliado) de revalidação de diplomas que considerasse todo o contingente de médicos brasileiros formados no exterior, antecedido de um piloto com aqueles diplomados em Cuba, sendo os termos do Ajuste Complementar um referencial inicial. Os acordos em torno da proposta previram ainda a construção de um modelo de regulamentação sobre o tema junto ao Conselho Nacional de Educação, contando com o apoio do governo às instituições federais de ensino superior que manifestassem interesse em participar do processo de revalidação e no estabelecimento de parcerias educacionais com as IES estrangeiras.

A viabilização do projeto piloto demandou esforço do governo em buscar apoio da Associação Nacional dos Docentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES),

---

<sup>93</sup> Além das entidades médicas, as discussões no GT Interministerial envolviam a participação de representantes das universidades públicas, ANDIFES, Associação Brasileira de Universidades Estaduais e Municipais (ABRUEM), Poder Legislativo, CNE, CNS e a Associação de Pais e Amigos de Estudantes Brasileiros formados em Cuba (APAC)

com a oferta de incentivo institucional do MS para aderirem ao processo de revalidação. As representações das instituições de ensino superior foram inseridas no processo de elaboração de uma matriz de correspondência curricular contendo o perfil de habilidades e competências esperado de um médico recém-formado no Brasil.

Nesse sentido, em fevereiro de 2008, foi realizada nova missão à ELAM, com o envio de representantes da ANDIFES, representantes do MS e da ABEM. O relatório da missão também recomendou a criação de uma Comissão Nacional, como previsto no Ajuste Complementar, para padronização de critérios de avaliação por meio de exame teórico e prático a ser aplicado aos brasileiros diplomados em Cuba

Essa discussão se desdobrou no interior da CIGES, com a criação, em fevereiro de 2009, da Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras. Em maio daquele ano, foi editada a Portaria MS/MEC nº 444, de 15 de maio 2009, instituindo projeto piloto de revalidação dos diplomas médicos, considerando somente os casos da ELAM, que havia sido aprovado pelo CNS, em 2008. No entanto, após discordâncias manifestadas pelas entidades médicas e por tensões geradas em audiência pública realizada na Câmara dos Deputados<sup>94</sup>, os ministros da Saúde e da Educação decidiram pela revogação da norma, e publicação de nova portaria, em setembro de 2009, dispondo sobre o projeto nacional, ainda em caráter experimental, de revalidação para todos os diplomas estrangeiros.

Entre o final de 2009 e o início de 2010, a SGTES e a SESu publicaram as regras para inscrições dos candidatos ao processo de revalidação, que teve sua operacionalização centralizada no INEP e envolveu 24 universidades que aderiram ao projeto, coordenado pela Subcomissão. Foram realizadas duas etapas de avaliação: uma prova escrita (que foi aplicada em outubro de 2010) e uma de habilidades clínicas. A Matriz de Equivalência se constituiu na base para a conformação de um plano de estudo do candidato à revalidação.

O desenho do projeto nacional abrangente de revalidação era defendido pelas entidades médicas, tendo como base um documento elaborado pelo CFM e AMB, em articulação com 64 escolas de medicina, intitulado “Proposta de Diretrizes para a Revalidação de Títulos de Medicina no Brasil”, e que tinha como objetivo servir de subsídios ao MEC. As entidades consideravam que as normas vigentes para a revalidação criavam distorções e grandes diferenças nos processos conduzidos de distintas formas pelas IES, posição também do governo. O ponto central de discordância persistia no questionamento à ênfase governamental

---

<sup>94</sup> Na ocasião, os parlamentares anunciaram que entrariam com projetos de decreto legislativo para revogar os atos de criação da Subcomissão de Revalidação de Diplomas e do Projeto Piloto.

em atuar apenas sobre o caso de Cuba, sinalizando tratar-se de uma estratégia de flexibilização dos critérios de revalidação que beneficiariam apenas os médicos formados naquele país.

A defesa dessa proposta também orientou a atuação das entidades médicas no contexto da tramitação parlamentar para reconhecimento do Ajuste Complementar, a partir da sua submissão à análise da Câmara dos Deputados, em 2007. O assunto foi introduzido fortemente na agenda política do CFM e da AMB, que buscaram aproximação com as comissões nas quais o projeto<sup>95</sup> foi apreciado, de modo a interferir na confecção dos pareceres dos relatores. Em uma estratégia bem-sucedida de contraposição ao conteúdo do Ajuste, as entidades tiveram sua pauta acolhida em dois pareceres, aprovados nas Comissões de Seguridade Social e Família e de Educação e Cultura, em 2008, e que recomendaram a rejeição ao reconhecimento do Ajuste. No plenário, a discussão foi retirada de pauta em 2009, sem novos desdobramentos.

---

<sup>95</sup> O Ajuste Complementar tramitou na Câmara dos Deputados na forma de Projeto de Decreto Legislativo (PDC nº 346/07).

## **6 AS ENTIDADES MÉDICAS E A POLÍTICA NACIONAL DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO PERÍODO DE 2011 A 2015**

O período de 2011 a 2015 evidenciou dois momentos da interação entre as entidades médicas e os agentes governamentais na política nacional de trabalho e educação na saúde, considerando continuidades e mudanças nas agendas do governo e da corporação, bem como os processos e relações estabelecidos em um ambiente político diferente do período anterior.

O primeiro momento, que abarcou os anos de 2011 e 2012, configurou inicialmente interações governo-corporação médica informadas por diálogo e participação. Esse momento foi marcado pela valorização da medicina na produção do conteúdo da política, desenvolvida pelo novo governo de 2011. O avanço da implementação, entretanto, evidenciou tensões no diálogo com o governo federal, redução de espaços de negociação e alteração na postura governamental, informada pela sobreposição das decisões, ao passo que ocorreu ampliação das mobilizações corporativas em defesa do médico do SUS e do setor privado.

No segundo momento, iniciado em 2013 e que se finalizou em 2015, observou-se esgotamento do diálogo e acirramento das tensões, que culminaram em ruptura nas interações e consequente oposição ao governo federal. A atuação política conjunta do movimento médico organizou estratégias de enfrentamento à agenda do governo, centrada na implementação do seu marco de gestão, o Programa Mais Médicos. Os mecanismos de operacionalização adotados, juntamente com a postura de sobreposição, confrontaram pontos cruciais da pauta da medicina brasileira no período.

### **6.1 PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE MÉDICOS COMO PRIORIDADE DA POLÍTICA, AMPLIAÇÃO DAS MOBILIZAÇÕES E TENSÕES NO DIÁLOGO COM O GOVERNO FEDERAL (2011 A 2012)**

O ano de 2011 foi marcado pelo início do governo da presidenta Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), em continuidade com os governos Lula (2003 a 2010), dos quais fez parte<sup>96</sup>, mas com mudanças nas equipes ministeriais e nas agendas setoriais e, portanto, desdobramentos para a política de saúde. O MS conferiu prioridade à medicina, intensificando os esforços na condução de estratégias de provimento e fixação de médicos no âmbito da política nacional de trabalho e educação na saúde. A organização do movimento

---

<sup>96</sup> Dilma Rousseff ocupou os cargos de Ministra de Minas e Energia (de 2003 a junho de 2005) e Ministra-Chefe da Casa Civil (de junho de 2005 a 2010) dos governos Lula.



médico teve como marco no período o fortalecimento da sua agenda de valorização do trabalho médico e a defesa por mais recursos para o SUS, paralelamente às crescentes mobilizações das entidades no enfrentamento de problemas da atuação profissional no setor privado.

No âmbito governamental da saúde, a nova equipe que assumiu o MS orientou-se pela diretriz governamental da garantia do acesso da população aos serviços de saúde com qualidade, conformando iniciativas como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e os incentivos à estruturação de redes de atenção à saúde segundo linhas do cuidado. Além disso, adotou medidas de reorganização político-administrativa do SUS, expressas na edição do Decreto 7.508 de 2011, cujo propósito era a regulamentação de dispositivos da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990.

A SGTES, sob nova condução<sup>97</sup>, combinou renovação de quadros e manutenção de alguns membros da equipe dirigente anterior. Foram mantidas as ações em curso, principalmente na gestão da educação na saúde, com perspectiva de reformulações pontuais e pretensões de ampliação com maior aporte de recursos financeiros, quando disponíveis. No DEGERTS<sup>98</sup>, embora mantida a diretriz estratégica de democratização das relações de trabalho no SUS com vistas à valorização dos trabalhadores e suas condições de trabalho, a política passou por processo de reconfiguração. O foco se direcionou para as ações de apoio aos estados e municípios, expressas pela proposta do InovaSUS, que envolveu a publicação de editais com previsão de prêmio em dinheiro para experiências subnacionais de gestão do trabalho em saúde. Já a MNNP-SUS desencadeou processo de atualização de informações sobre mesas de negociação estaduais, regionais e municipais, com o intuito de propor melhorias nas existentes e incentivar a criação de novas instâncias.

Procurou-se atualizar a agenda da desprecarização, com menor espaço desde o período anterior<sup>99</sup>, por meio do Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS,

---

<sup>97</sup> Em 2011, assumiu a SGTES o médico Milton de Arruda Martins, especialista em clínica médica e professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi presidente da ABEM por duas gestões (2002 a 2004 e 2004 a 2008) e coordenador do curso de medicina da USP, experiências que o projetaram nacionalmente na área de ensino médico e motivaram o convite para a Secretaria, feito pelo ministro da saúde que assumiu o cargo naquele ano. Ficou no cargo até 2012.

<sup>98</sup> O DEGERTS entre 2011 e 2012 foi conduzido por Denise Motta Dau, assistente social, mestre em Saúde Coletiva, com atuação na área sindical desde os anos 1980. Ocupou cargos na direção do SindSaúde-SP, CUT e Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social. Após sua saída do DEGERTS, foi secretária municipal de políticas para as mulheres na gestão de Fernando Haddad na prefeitura de São Paulo, de 2013 a 2016.

<sup>99</sup> O enfraquecimento do tema da desprecarização já se apresentava desde o final de 2007, com as discussões em torno da proposta das Fundações Estatais de Direito Privado, que não tiveram prosseguimento no plano nacional; e com a criação da EBSEH em 2010.

visando aproximação com a OIT para construção e divulgação da agenda do trabalho decente para o setor saúde. Em 2012, a Portaria GM/MS nº 2.517 permitiu a definição de recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal para apoio a projetos de planos de carreira e de desprecarização. No caso da CRTS, esta permaneceu com funcionamento irregular no período, situação já visualizada desde 2010, quando não houve a realização de reuniões nessa arena. Aventou-se, ainda, uma aproximação com o MTE nos moldes da articulação MS-MEC, com proposta para criação de uma comissão interministerial semelhante à CIGES, mas sem desdobramentos concretos.

No DEGES<sup>100</sup>, os programas Pró-Saúde e Pet-Saúde passaram por um processo de revisão junto as instituições de ensino e secretarias de saúde participantes, culminando em sua unificação para melhor articulação entre eles. Buscou-se valorizar a transversalidade das iniciativas, que passaram a ter sua implementação articulada às políticas definidas como prioritárias pelo MS<sup>101</sup>, proposta que foi inserida como uma regra de incentivo em edital conjunto denominado ‘Edital Pró-Pet’, lançado no final de 2011<sup>102</sup> e que marcou a redefinição e ampliação do programa de telessaúde, o qual passou a se chamar “Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)”<sup>103</sup>. Em 2012, ocorreu a retomada do VER-SUS, organizado pelo Departamento de Atenção Básica da SAS/MS juntamente com o DEGES. Sua operacionalização contou com o apoio da Associação Brasileira da Rede Unida, a Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, a União Nacional dos Estudantes (UNE), o CONASS e o CONASEMS<sup>104</sup>.

---

<sup>100</sup> O DEGES ficou a cargo do médico Sigisfredo Brenelli, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Antes de assumir o departamento, foi coordenador de ações estratégicas de educação na saúde, na gestão anterior da SGTES e teve outros cargos no departamento entre 2008 e 2010. Foi substituído na coordenação por Rosana Puccini, médica pediatra, professora da Universidade Federal de São Paulo, com experiência na implementação local dos programas Pró-Saúde e Pet-Saúde.

<sup>101</sup> Foram objetos de articulação com o edital Pró-Pet-Saúde as seguintes políticas prioritárias: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama; Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

<sup>102</sup> A unificação dos programas não representou descontinuidade dos projetos aprovados pelas edições anteriores, que permaneceram em implementação e financiados pela SGTES/MS.

<sup>103</sup> Essa ampliação do Telessaúde buscou atender às diretrizes da política prioritária das redes de atenção à saúde do MS, à edição do Decreto 7.508 e à publicação de portaria ministerial em 2011 que estabeleceu padrões de interoperabilidade de sistemas de informação em saúde.

<sup>104</sup> De 2006 a 2011, o projeto VER-SUS não ocorreu, embora experiências locais de estágios e vivências tenham acontecido, mas sem o apoio do Ministério da Saúde. As discussões por sua retomada ocorreram em 2010, no âmbito do DAB e o do DEGES. Foram realizadas edições do projeto entre 2012 e 2015, em perspectiva crescente quanto ao número de participantes e estados brasileiros envolvidos.

O Pró-Internato passou por ações de aprimoramento com o objetivo de apoiar as instituições de ensino participantes que sinalizaram maiores dificuldades na estruturação do internato e na disponibilidade de docentes para a função de preceptoria. Foi idealizado um novo edital do programa para o período 2012-2013, com redefinições para adesão de maior número de universidades públicas na iniciativa<sup>105</sup>. No Pró-Residência, ocorreram novas chamadas públicas com garantia de ampliação do financiamento de bolsas de RM até 2014<sup>106</sup>. Foram introduzidos avanços na metodologia de definição das áreas prioritárias para o programa, de modo a melhor identificar a escassez de médicos especialistas por unidades da federação, e não apenas por regiões do país. Já no final de 2012, discutiu-se a ampliação e aumento da ocupação das vagas de residência em medicina de família e comunidade, além de medidas para apoiar a estruturação dos campos de prática, da preceptoria e da fixação de médicos de família no SUS. Estes assuntos foram pautados na Oficina de Residência em Medicina de Família e Comunidade, realizada em agosto de 2012, com a participação da Sesu/MEC, SGTES, Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do MS (DAB/SAS), CNRM, CONASS, CONASEMS e grupo de especialistas em MFC.

Também em 2011, em conjunto com o DAB/SAS, foram estabelecidos os critérios para escolha dos municípios que poderiam contratar médicos para atuar em equipes de saúde da família, sob as regras estabelecidas na Lei nº 12.202/2010 (FIES). Além disso, foram definidas junto à SESu/MEC as especialidades médicas e áreas de atuação prioritárias, considerando o perfil sócio epidemiológico da população; as definições das necessidades de especialistas no SUS e carências de formação em determinadas especialidades médicas<sup>107</sup>.

Tais medidas inseriram-se no conjunto de estratégias governamentais, com vistas ao desenvolvimento, em caráter prioritário, de políticas de provimento e manutenção de médicos em áreas remotas e de maior vulnerabilidade. A prioridade conferida à medicina se relacionou com as necessidades de avanço nas respostas do governo federal aos gestores da saúde nos estados e principalmente nos municípios, demandantes de iniciativas que enfrentassem a

---

<sup>105</sup> Em 2012, duas universidades federais aderiram ao programa: Universidade Federal de Ouro Preto e Universidade Federal de São João Del Rey, com início da vigência do projeto em 2013.

<sup>106</sup> Embora a agenda de prioridades estivesse voltada para a categoria médica, o programa nacional de bolsas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde também teve continuidade, com editais de financiamento publicados no período.

<sup>107</sup> Esse processo foi normatizado pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, que estabeleceu os critérios de escolha dos municípios e especialidades, e pela Portaria Conjunta SAS/SGTES nº 2, de 25 de agosto de 2011, que publicou a relação de municípios e a das especialidades e áreas de atuação médica prioritárias. Ambas portarias foram substituídas em 2013.

escassez desse profissional no setor público, especialmente no contexto da campanha presidencial de 2010. A opção pelos médicos legou ainda o percurso da política da SGTES, que vinha gradativamente destacando a relevância da profissão médica no enfrentamento dos problemas do SUS no nível nacional.

Como parte do processo de definição dessa agenda, em abril de 2011 é realizado o “Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade”<sup>108</sup>. Estavam em discussão o aumento progressivo de vagas de residência médica até 2014, de modo a alcançar a relação de uma vaga de RM para uma vaga de graduação em medicina, potencializando o Pró-Residência, conforme mencionado; e caminhos para a expansão do número de médicos no país, considerado insuficiente pelos agentes governamentais e agravado pela crônica concentração em regiões de maior dinamismo econômico do Brasil.

No curto prazo, uma das possibilidades discutidas no referido evento, consistiu na proposta do serviço civil voluntário para médicos. Recuperou-se sua formulação no âmbito do DEGES ainda no governo anterior, que envolveu a elaboração de um questionário submetido a estudantes dos últimos 2 anos de graduação em medicina, com o objetivo de compreender o grau de adesão dos egressos à iniciativa. Os dados coletados sinalizaram para o desejo dos estudantes em ter um bônus para ingresso na RM, após a experiência no serviço civil e a garantia da supervisão da prática profissional, como dispositivo de qualificação da formação em serviço. Internamente, esse processo ganhou notoriedade na nova gestão do MS, adquirindo contornos de um programa governamental para a atenção básica a ser rapidamente estruturado pelo MS, ainda em 2011.

A construção do Programa Nacional de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), lançado pelo governo em setembro de 2011, ocorreu como desdobramento dessa discussão. A iniciativa teve como objetivo estimular e valorizar o profissional em atuação nos serviços de atenção básica (médicos, enfermeiros e dentistas). No caso dos médicos, a permanência do profissional no programa, após avaliação e aprovação, o beneficiaria com um bônus na nota em processos seletivos de ingresso na residência médica. Foi prevista supervisão

---

<sup>108</sup> Um dos desdobramentos do seminário foi a constituição do “Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento da Qualidade da Formação de Profissionais de Saúde e de Estudos de Necessidade de Profissionais de Saúde e de Especialistas para o SUS”, pela Portaria GM/MS nº 266, de 15 de fevereiro de 2012. Previu-se a conformação de um Conselho Técnico-Consultivo formado por quinze membros representantes de entidades profissionais, de instituições de ensino e de gestores do SUS. O material analisado no âmbito do presente estudo não identificou maiores evidências do funcionamento dessa instância, como parte do processo de produção da política nacional de trabalho e educação na saúde.

presencial e à distância realizada por universidades públicas e implantação de infraestrutura de telemedicina e de segunda opinião formativa, reconhecendo a necessidade de evitar o indesejado isolamento profissional, já que o foco era o incentivo à alocação em áreas remotas e de difícil acesso<sup>109</sup>.

As reorganizações da política e a definição do seu conteúdo prioritário ocorreram em um momento no qual a agenda política conjunta das entidades médicas reafirmou a permanência das mobilizações pela valorização do trabalho médico e em defesa do SUS. As principais bandeiras de luta compreenderam o avanço da pauta de constituição da carreira pública como única estratégia para provimento e desconcentração de médicos; remuneração adequada, com valorização do piso salarial da categoria; e garantia das condições de trabalho. A regulamentação da EC 29 também se manteve na agenda corporativa, com novos desdobramentos após a aprovação do PL em 2012<sup>110</sup>. A intensificação de atos, manifestações e paralisações dos médicos nos estados contou com a atuação dos CRM cujo papel político passou a ser mais valorizado pela gestão do CFM. A entidade orientou estrategicamente o estabelecimento de parcerias<sup>111</sup> com órgãos do Poder Judiciário, Ministério Público e Poder Legislativo, voltadas para a fiscalização e denúncia das condições estruturais e de trabalho no sistema público de saúde, de modo a conformar um diagnóstico dos seus problemas que embasasse a pauta de reivindicações.

A experiência das mobilizações direcionadas ao sistema público contribuiu para a organização das lutas sobre problemas vivenciados pelos médicos no setor privado, notadamente na relação com as operadoras de planos de saúde. Em uma perspectiva crescente,

---

<sup>109</sup> A operacionalização do PROVAB ocorreu por meio de editais de convocação de municípios e de seleção de profissionais. Era condição de participação a inscrição e participação obrigatória em curso à distância de Especialização em Saúde da Família ministrado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS). No caso dos médicos, a sua atuação era supervisionada na forma de tutoria presencial realizada por médico com experiência em atenção básica e vinculado a instituições supervisoras cadastradas pela SGTES. A obtenção do bônus, estipulado em 10% de acréscimo na nota final da seleção da residência médica, estava condicionada a cumprimento mínimo de carga horária no programa e avaliação satisfatória.

<sup>110</sup> A regulamentação da EC nº 29 ocorreu em 2012, com a promulgação da Lei Complementar nº 141/2012. Ficou mantida a regra do aumento percentual do PIB para o cálculo do mínimo constitucional que a União deveria aplicar na saúde. O movimento médico, juntamente com outros segmentos sociais, deu continuidade à luta pelo maior aporte de recursos da União para o SUS. A bandeira de luta girou em torno do Movimento Saúde+10, que envolveu a coleta de assinaturas para a apresentação de um Projeto de Lei de Iniciativa Popular para rever o critério aprovado para aplicação mínima dos recursos federais na saúde e instituir a regra dos 10% RCB.

<sup>111</sup> No bojo das parcerias, vale destacar que a gestão do CFM no período se aproximou de entidades do movimento sanitário, CEBES e ABRASCO, participando do lançamento de um documento intitulado “Agenda Estratégica para a Saúde do Brasil”, de autoria da ABRASCO, e abrindo uma agenda de realização de estudos conjuntos que viabilizassem propostas para a saúde e a profissão médica no Brasil. Na relação com outros conselhos profissionais, o CFM estabeleceu parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), visando ações conjuntas em duas frentes: coibir a abertura de cursos de graduação e carreira de Estado.

entre 2011 e 2012, as manifestações foram ganhando dimensão nacional, incluindo dias de protesto e advertência, nos quais os médicos suspenderam atendimentos no país. O movimento denunciava as perdas decorrentes de baixos honorários, em função dos reajustes nos valores dos planos não garantirem incrementos proporcionais nos honorários médicos; e as interferências das operadoras na autonomia profissional, ao regularem procedimentos e exames com base em parâmetros de produtividade.

As comissões de saúde suplementar e da CBHPM, sob o comando da AMB<sup>112</sup>, tiveram papel de destaque na organização dos protestos. No período, os desdobramentos do movimento nacional foram, em geral, favoráveis à categoria médica, na visão do próprio movimento, por terem recebido apoio na problematização da questão no Congresso Nacional, envolvendo discussões em espaços criados especificamente para a abordagem do tema do setor privado da saúde; e terem alcançado ganhos reais nos reajustes de honorários negociados com as operadoras em alguns estados. Além disso, as mobilizações geraram respostas da ANS que editou algumas normas com o intuito de limitar a alegada interferência das operadoras na prática médica.

Quanto à atuação legislativa das entidades, esta ganhou reforço em 2011 com o retorno de Eleuses Paiva (PSD-SP)<sup>113</sup> à Câmara dos Deputados e por sua permanência na Frente Parlamentar da Saúde, onde passou a ocupar o cargo de vice-presidente na diretoria eleita para o período 2011-2013<sup>114</sup>. No Senado Federal, um ex-diretor da AMB, o médico Paulo Davim (PV-RN) foi empossado na vaga deixada pelo Senador Garibaldi Alves, que assumiu o Ministério da Previdência Social no governo Dilma.

Em termos organizacionais, a AMB criou formalmente o cargo de Diretor de Assuntos Parlamentares, ao realizar uma reforma estatutária em 2012. No âmbito da CAP, buscou-se valorizar o uso de ferramentas da internet, incluindo as redes sociais, com o intuito de ampliar o diálogo com parlamentares, comunidade médica e população; e a disseminação da Agenda Parlamentar da Saúde Responsável. Para maior interação das CAP estaduais, foi proposto a constituição de um fórum destas instâncias, sinalizando para a importância dada às estruturas

---

<sup>112</sup> Nesse período, era presidente da AMB o médico Florentino de Araújo Cardoso Filho (gestão 2011-2014), cirurgião geral e oncologista cirúrgico. Foi vice-presidente da regional Norte-Nordeste da AMB (2002 a 2008) e presidente da Associação Médica Cearense por três mandatos, o último deles encerrou-se em 2011, ano em que assumiu a presidência da AMB. Foi reeleito para a gestão seguinte da entidade (2014-2017)

<sup>113</sup> O deputado candidatou-se pelo PSD-SP, diferentemente da legislatura anterior quando pertencia ao DEM-SP.

<sup>114</sup> Na legislatura iniciada em 2011, além da atuação junto à Frente Parlamentar da Saúde, o movimento médico apoiou a Frente Parlamentar de Defesa do Profissional da Saúde, lançada em março daquele ano.

locais de representação no período. De modo geral, as atividades de interlocução com congressistas médicos e aqueles com envolvimento em propostas relacionadas com a saúde na legislatura 2011-2014, deram ênfase ao acompanhamento dos projetos de lei de regulamentação da medicina (PLS 268/2002) e do piso salarial referenciado pelo ‘Piso Fenam’, em tramitação na Câmara dos Deputados (PL 3734/2008), além da Emenda Constitucional nº 454/2009, referente à Carreira de Estado do médico.

As interações ‘governo-corporação médica’ se expressaram nesse contexto de ampliação das mobilizações do movimento médico, atuação robusta e representativa no Legislativo e um ambiente de produção da política cujo objeto prioritário de intervenção era a formação e o trabalho médicos. As expectativas iniciais de 2011 giraram em torno da possibilidade de diálogo e construção conjunta das iniciativas, em um ambiente propício à participação e apresentação das demandas corporativas e manutenção das conquistas obtidas no momento anterior. Contribuiu nesse sentido a indicação do médico Alexandre Padilha para ministro da saúde, decisão considerada acertada pelas entidades, expressando convergência com as suas disposições em viabilizar aproximação com o mesmo e sua equipe dirigente. Tal conjuntura propiciou o estabelecimento de compromissos para a retomada dos trabalhos da comissão especial de 2010 sobre a carreira nacional de profissionais do SUS, no âmbito da AB; e de reinserção da representação dos médicos no Conselho Nacional de Saúde, efetivada em 2012<sup>115</sup>.

Esse aspecto também se fez presente no processo de formulação do PROVAB, marcado por intensa negociação com a corporação médica na CNRM<sup>116</sup>. Houve resistência das entidades ao caráter compulsório da aplicação do bônus para a residência médica pelas instituições de ensino. Além disso, consideravam que o benefício fragilizaria o vínculo do profissional com o serviço, já que a atratividade estaria atrelada apenas à facilitação de ingresso no PRM desejado<sup>117</sup>. Os questionamentos apontavam também sobre o modo como seria estabelecida a supervisão presencial para os médicos do programa. Mesmo diante dos contra-argumentos, os

---

<sup>115</sup> Em julho de 2011, as entidades médicas participaram da reunião ordinária do CNS, a convite do ministro da saúde e presidente do Conselho, em uma tentativa de reaproximação articulada por conselheiros do CNS, representantes da ABRASCO. O retorno formal aconteceu no final de 2012, na ocasião do processo eleitoral para escolha dos conselheiros nacionais de saúde.

<sup>116</sup> Antes, a proposta já havia sido apresentada na CIRH/CNS, ainda no formato do serviço civil, com intenso debate e discordâncias por parte das entidades médicas.

<sup>117</sup> Com argumentação diferente, os agentes governamentais vislumbravam que a experiência do médico recém-formado na atenção básica abriria a possibilidade de identificação profissional com a especialidade de Medicina de Família e Comunidade.

agentes governamentais viabilizaram acordo com as entidades, que passaram a apoiar a iniciativa, com a condição de que sua continuidade fosse reavaliada um ano depois. Também fez parte das negociações a decisão em constituir uma comissão de implantação e acompanhamento do PROVAB, com função consultiva, composta por representantes das entidades (CFM, FENAM, AMB, ABEM, ANMR e movimento estudantil), em alinhamento ao processo de participação dos distintos atores na produção da política, marca da SGTES.

Entretanto, o avanço da pauta governamental principalmente a partir de 2012, com introdução de outras propostas direcionadas ao provimento e fixação de médicos no SUS, desequilibraram as relações estabelecidas, com repercussões na gestão da SGTES que passou por recomposição naquele ano<sup>118</sup>. A organização do processo de construção das iniciativas reorientou-se no âmbito da secretaria, evidenciando menor propensão à negociação e sobreposição da decisão governamental. Em decorrência, passaram a ser mais evidentes tensões no diálogo entre as entidades médicas e o governo federal, sendo um dos marcos a insatisfação do movimento médico com as brechas do acordo de revisão do PROVAB, durante o qual as entidades vinham apontando as fragilidades da proposta<sup>119</sup>. Outro agravante foi a ausência de resposta do MS em dar prosseguimento à idealização da carreira elaborada em 2010, em que pese o movimento de pressão por parte das entidades para que houvesse aprofundamento da análise do material produzido à época pela comissão especial do MS.

As mudanças de 2012 marcaram a introdução de opções de políticas que anteriormente apresentavam baixo grau de priorização na mesa de discussões da SGTES. Desde então, levantou-se a possibilidade de ‘importação’ de médicos formados no exterior, na tentativa de viabilizar rápido provimento em áreas de necessidades para o SUS; e o aumento do número de cursos de graduação em medicina, em uma perspectiva de solução da escassez de profissionais no médio prazo. Ambas iniciativas afetavam processos em curso no próprio governo e que contava com o apoio integral das entidades médicas. Um deles era a normatização dos critérios referentes aos pedidos de abertura de cursos de graduação em medicina e da sistemática de

---

<sup>118</sup> A SGTES passou a ser comandada pelo médico Mozart Sales, que ocupava a chefia do gabinete do ministro da Saúde. Oriundo de Pernambuco, onde já havia assumido o cargo de vereador pelo PT do Recife e algumas posições no governo do Recife, além de cargos no governo federal desde o governo Lula. O DEGES foi assumido pela médica Mônica Sampaio de Carvalho, sanitarista com experiência na gestão da saúde em Aracaju e Sergipe.

<sup>119</sup> As entidades foram intensificando críticas ao PROVAB no decorrer da sua operacionalização, quando foram sendo publicados os editais para seleção dos profissionais, para estabelecimento do percentual do bônus a ser adicionado à nota obtida na seleção da residência médica e as regras referentes à escolha das instituições de ensino que realizariam o processo de supervisão profissional presencial e à distância. O anúncio de ampliação de vagas do Programa foi o marco do descumprimento do acordo selado na CNRM.



avaliação da formação que, embora não houvesse pretensões do governo em alterá-la, esta passaria a lidar com as metas governamentais de expansão de vagas.

Em 2012, o MEC anunciou a autorização para a abertura de mais de 2 mil vagas de graduação em medicina em escolas já existentes públicas e privadas, com priorização para as regiões Norte e Nordeste. A meta do governo era elevar a proporção de médicos para a taxa de 2,5 médicos por mil habitantes até 2020<sup>120</sup>. Ainda antes, as entidades médicas já haviam se mobilizado em rebater às propostas de expansão de vagas de medicina, por meio de pedidos de audiência com os ministros da saúde e da educação, publicação de notas de repúdio e a realização de uma projeção intitulada “Concentração de Médicos no Brasil em 2020”<sup>121</sup>, que problematizava a má distribuição dos profissionais face a ausência de políticas de fixação e alertava para os equívocos, na visão da corporação, em acelerar a formação de médicos no país. Tais esforços não tiveram ressonância no governo, contribuindo para ampliação das tensões e acusações de autoritarismo por parte das entidades médicas. Um agravante a essa situação foi a decisão do CNE, em 2012, em restabelecer vagas de cursos com notas 1 e 2 no ENADE, contrariando os procedimentos de avaliação e supervisão desencadeados pela comissão de ensino médico do MEC, que havia orientado decisão da SESu pelo corte de vagas nesses cursos.

O outro processo era o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras, denominado REVALIDA, instituído e aplicado pela primeira vez em 2011<sup>122</sup> como desdobramentos do projeto piloto implementado no ano anterior, cujo objetivo permanecia o apoio às universidades públicas que aderissem ao Exame no processo de aferição da equivalência curricular, realizado em duas etapas: uma teórica e uma prática de habilidades clínicas. A discussão paralela a este processo, sobre a decisão do governo pela vinda de médicos estrangeiros sem revalidação de diplomas, repercutiu no movimento médico<sup>123</sup>, que incorporou o REVALIDA como bandeira de luta. Sua reivindicação consistia na ampliação do projeto para todas as universidades públicas com cursos de medicina, evitando

---

<sup>120</sup> À época, o Brasil, segundo a OMS, apresentava 1,8 médicos por mil habitantes.

<sup>121</sup> A projeção foi realizada no âmbito do estudo Demografia Médica no Brasil, estruturado pelo CFM e Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) e coordenado por Mario Scheffer, professor do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.

<sup>122</sup> O exame teve periodicidade anual, ocorrendo sua segunda edição no ano de 2012, que contou com a adesão de 38 universidades (em 2011 foram 37) e a participação de 922 candidatos (foram 677 em 2011). Em termos de percentual de aprovados, em 2012 foram 8,7% do total de inscritos, expressando redução em relação a 2011, quando o percentual de aprovação foi de 12,12% (Relatório de Gestão SGTES, 2013).

<sup>123</sup> De acordo com algumas entrevistas, houve também manifestações de insatisfação das IES com o governo, por discordarem da proposta que flexibilizaria a revalidação de diplomas estrangeiros, desconsiderando o processo anterior que resultou no REVALIDA.

processos de revalidação externos ao Exame Nacional, que passaram a ser objeto de acompanhamento das entidades, levantando-se a suspeita de que algumas instituições estariam adotando um processo simplificado quando comparado ao REVALIDA.

A importância do tema na pauta da corporação médica se refletiu no Congresso Nacional em 2012, quando uma articulação da CAP junto aos parlamentares oriundos da AMB resultou na proposição de dois PL para transformação do REVALIDA em lei: PLS 138/2012, do senador Paulo Davim (PV/RN); e PL 3.845/2012 apresentado pelo deputado Eleuses Paiva (PSD/SP). Por outro lado, ocorreu no Senado a proposição do PLS 15/2012<sup>124</sup>, com proposta de revalidação diferenciada para profissionais médicos que aceitassem ter seu exercício “limitado aos critérios, às condições e às regiões do território nacional definidos pelo Poder Público”. Neste caso, a CAP atuou no sentido de intervir junto a autora do PL para que o seu conteúdo fosse revisto.

As tensões também se fizeram presentes na CNRM, pela deflagração de discussões sobre a atualização do marco regulatório da residência médica, proposto pelo MEC. Na instância, foi analisada a minuta de um decreto, ainda no final de 2010 e que prosseguiram ao longo de 2011<sup>125</sup>. Além da reorganização das regras do processo de regulação, supervisão e avaliação das instituições ofertantes de programas de residência médica no Brasil, a proposta governamental continha alterações na composição da CNRM, recuperando a demanda pela inclusão do CONASS e do CONASEMS como membros com direito a voto na plenária da instância. Além disso, havia a indicação de conformação de uma Câmara Recursal, formada por três membros, sendo dois do governo e um representante dos médicos, para a qual poderiam ser apresentados questionamentos às decisões da plenária da CNRM.

As preocupações das entidades médicas, expostas nas reuniões da CNRM à época, envolviam a possível perda da maioria votante e decisória, em função do pleito do Ministério da Saúde em garantir assento para as representações dos secretários de saúde; além de descaracterização das competências da instância, entendida como um espaço técnico que demandava exclusivamente o conhecimento médico. Em que pese ter havido processo de negociação no âmbito da SESu/MEC, a publicação do Decreto nº 7.562 de 15 de setembro de

---

<sup>124</sup> O PL foi apresentado pela Senadora Vanessa Grazziotin (PCdoB-AM).

<sup>125</sup> No âmbito da SESu/MEC, a partir de 2006 foi desencadeado um processo que identificou lacunas no marco regulatório da educação superior, tanto no nível da graduação quanto da pós-graduação. No primeiro caso, tal lacuna regulatória foi objeto de normatização por meio do Decreto 5.773/2006, abordado no capítulo 5 desta tese. As lacunas na pós-graduação, especificamente no formato da residência médica tratado a partir de 2011, são uma continuidade dessa discussão.

2011 confirmou as mudanças na composição da CNRM, que passou a contar com 12 membros em sua plenária: seis vinculados às entidades médicas – AMB, FENAM, CFM, ABEM, ANMR e a Federação Brasileira de Academias de Medicina (FBAM), cinco representantes governamentais – MS, MEC (2), CONASS, e CONASEMS, e 1 representante médico, docente de instituição de ensino superior pública. Foi também constituída a Câmara Recursal, formatada nos moldes da proposta original do governo. Houve forte oposição principalmente da AMB e da ANMR, que julgaram a medida como autoritária, descartando parte das sugestões de modificação enviadas pelas entidades ao MEC.

## 6.2 A MEDICINA COMO MARCO DE GOVERNO, ESGOTAMENTO DO DIÁLOGO, RUPTURA E OPOSIÇÃO AO GOVERNO FEDERAL (2013 A 2015)

Um segundo momento da interação entre as entidades médicas e os agentes governamentais na política nacional de trabalho e educação na saúde, no período de 2011 a 2015, se configurou a partir de 2013. Foram visualizadas mudanças organizacionais na SGTES associadas à aglutinação das ações prioritárias de provimento e fixação de médicos no Programa Mais Médicos, que se tornou marco de governo da presidenta Dilma Rousseff. Nesse contexto, a agenda do movimento médico se rearticulou em torno da intensificação de estratégias de reação ao Programa, principalmente entre 2013 e 2014.

Na SGTES, sua agenda voltou-se predominantemente para as articulações de desenvolvimento das iniciativas agrupadas na estratégia do Programa Mais Médicos (PMM), formalizado como marco de governo em julho de 2013, mas anunciado pela presidente em fevereiro daquele ano. Desse modo, consolidou-se a atuação governamental voltada para aumento de vagas nos cursos de medicina e na residência médica, fortalecimento da Medicina de Família e Comunidade e do internato médico, além das experiências ofertadas a médicos na atenção básica, consideradas como processos de integração ensino-serviço para aperfeiçoamento da prática médica no SUS (SGTES, 2013 Relatório de Gestão).

No âmbito organizacional, um dos desdobramentos foi a criação do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS)<sup>126</sup> vinculado à SGTES, para o qual foram transferidas as gestões do PROVAB, Pró-Residência (ambos progressivamente inseridos na condução do PMM); Programa Nacional de Bolsas de

---

<sup>126</sup> Assumiu o DEPREPS o médico Felipe Proenço de Oliveira, especialista em medicina de família e comunidade e professor assistente do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. Esteve à frente do departamento até maio de 2016.

Residência Multiprofissional; e o Projeto Mais Médicos para o Brasil, segmento responsável pelo provimento dos profissionais médicos, incluindo aqueles oriundos de intercâmbio internacional previsto na proposta, dos quais não se exigiu revalidação de diplomas.

Em relação ao Pró-Residência, em 2013, instituiu-se apoio financeiro de estímulo à criação de programas e vagas de residência médica, possibilitando três modalidades de incentivo financeiro: custeio mensal; custeio para reforma; e investimento para ampliação e/ou aquisição de material permanente. Também foram disponibilizados recursos de custeio para a vaga criada, destinados às unidades que criassem, no mínimo, cinco vagas de residência médica.<sup>127</sup> Em 2015, o Ministério da Saúde publicou edital para concessão de bolsas, 75% delas direcionadas para programas de MFC. Além disso, foram ofertados cursos de formação de preceptores e tutores de programas de residência médica, em parceria com hospitais de excelência, por meio do PROADI SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS), e ABEM, desde 2012, mas ampliados em 2013 e 2014 em termos de número de alunos formados<sup>128</sup>

Quanto ao PROVAB, a partir de 2013 o Ministério da Saúde assumiu o pagamento de bolsa para os médicos, diferentemente do ano anterior quando os municípios contratavam os profissionais. Houve ainda equiparação do valor da bolsa do PROVAB com a do PMM. Entre dezembro de 2012 e janeiro de 2014, foram lançados editais do programa voltados exclusivamente para médicos, confirmando o tratamento prioritário à categoria e sua articulação com o Mais Médicos.

No DEGES, permaneceram em execução o Pró-Saúde e Pet-Saúde, com algumas inovações introduzidas neste último: em 2013, o apoio a projetos Pet-Saúde na área de Vigilância em Saúde e seleção de propostas voltadas para as redes de atenção com foco no planejamento das Regiões de Saúde; e em 2015, lançamento do Pet-Saúde/GraduaSUS<sup>129</sup>. No

---

<sup>127</sup> Em dezembro de 2012, foi publicada a portaria nº 3.083/2012, que instituiu incentivo financeiro para hospitais que ampliassem vagas de residência médica. Esta foi revogada em junho de 2013 por meio da Portaria nº 1.248, estendendo o benefício aos serviços conformados no âmbito das Redes de Atenção à Saúde e incluindo a MFC como uma das especialidades prioritárias. O valor por proponente era de R\$ 200 mil.

<sup>128</sup> Os hospitais de excelência parceiros na oferta dos cursos foram: Hospital Sírio-libanês e Hospital Alemão Oswaldo Cruz. O PROADI SUS consistiu em uma parceria com hospitais filantrópicos iniciada em 2012 com foco no desenvolvimento de ações conjuntas visando transferir, desenvolver e incorporar conhecimentos e práticas em áreas estratégicas para o SUS. Seu financiamento ocorria por meio de concessão de isenção fiscal aos hospitais

<sup>129</sup> A partir do material analisado, o objetivo do Pet-Saúde/GraduaSUS foi apoiar “mudanças frente às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da saúde e a qualificação da integração ensino-serviço”, não indicando um novo desenho para o programa, uma vez que este objetivo esteve presente desde a concepção da iniciativa pela SGTES.

que se refere ao Pró-internato, foi lançado novo Edital do programa, em dezembro de 2013, considerando as ações de incentivo a abertura de Escolas Médicas no âmbito do PMM. O DEGERTS deu continuidade ao apoio aos projetos de desprecarização e de PCCS e às mesas de negociação nos estados e municípios, além de organizar as edições anuais do Prêmio INOVASUS que foi regulamentado pela Portaria nº 244, de 29 de setembro de 2015.

A elevação da medicina à condição de marco de governo, no que concerne às mudanças na regulação da formação, enfrentamento da escassez de profissionais e provimento destes no SUS repercutiu diretamente na organização do movimento médico nacional no período. As interações governo-corporação foram marcadas pelo acirramento das tensões, evoluindo para inviabilização do diálogo, no decorrer de 2013, seguida por ruptura após o ato que oficializou o Mais Médicos, e oposição da representação da medicina ao governo federal evidenciada no contexto das eleições presidenciais de 2014 e em 2015, primeiro ano do segundo mandato da presidenta Dilma.

O início de 2013 foi marcado por uma agenda política corporativa de continuidade das mobilizações pela valorização da medicina no setor público e de mais recursos para o SUS<sup>130</sup>, que incluíram audiências e atos no Congresso Nacional, centradas nas questões que envolviam a interiorização do médico. Nesse período, ocorreram as manifestações da Frente Nacional de Prefeitos em apoio à importação de médicos estrangeiros, sob o *slogan* “Cadê o Médico?”, o que já havia provocado manifestações públicas das entidades, em discordância ao apoio dos prefeitos à medida, por considerarem imediatista e fruto apenas de acordos políticos e eleitorais.

Em resposta aos prefeitos, o governo federal anunciou em fevereiro de 2013 que lançaria o Programa Mais Médicos para o Brasil, intensificando as tensões com as entidades médicas que se mobilizaram para rebater as propostas. Uma das estratégias foi a realização de mais uma etapa do estudo “Demografia Médica no Brasil”, com foco nos problemas de distribuição de profissionais no país e reafirmando, por meio dos dados do estudo, a posição da corporação de não haver escassez de médicos no país. A intenção era que os resultados, que foram repercutidos

---

<sup>130</sup> Pauta associada ao Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Saúde+10). No setor privado, o movimento nacional também teve expressão, embora com menor ênfase, dada a conjuntura referente à política governamental. Em abril de 2013, ocorreu o Dia Nacional de Protesto, contra abusos de operadoras e a atuação da ANS, cujas respostas às demandas do movimento médico foram consideradas pouco efetivas pelas entidades. Pauta encabeçada pela Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU). No legislativo, as entidades saíram vitoriosas com a promulgação da Lei 13.003/2014, que tornou obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e os profissionais de saúde, com previsão de índice e periodicidade anuais para reajuste dos valores dos serviços prestados. A Lei 13.003/2014 é oriunda de projeto de lei do Senado (PLS 276/2004), apresentado em 2004 pela Senadora Lucia Vânia (PSDB-GO).

na imprensa nacional, permitissem a abertura do debate com o governo federal sobre possíveis soluções.

Em abril, as entidades buscaram canal de diálogo com a presidente da república, marcada pela realização de uma reunião com Dilma, quando foi entregue um documento com o posicionamento contrário às medidas do governo para provimento de médicos no SUS ('importação' de médicos estrangeiros sem revalidação de diplomas e a abertura indiscriminada de faculdades de medicina), e o conjunto das propostas defendidas pela corporação. O balanço do encontro foi considerado positivo pelas entidades, dada a sinalização da presidente em propor uma agenda de discussão e o compromisso de escuta no processo de formulação das políticas.

Em outra tentativa de negociação, o CFM apresentou a proposta do Programa de Interiorização do Médico Brasileiro, cujo conteúdo combinaria três medidas: a primeira, de caráter emergencial e transitório, seria o Programa de Interiorização propriamente dito, por meio do qual seriam adotadas ações para a fixação de médicos brasileiros em municípios com população de até 50 mil habitantes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; a segunda, também transitória, referia-se à importação de médicos estrangeiros, desde que aprovados no REVALIDA; e a terceira, estruturada em caráter definitivo, consistiria na implantação de carreira federal para médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos e bioquímicos no SUS. A proposta foi pauta de reunião com o ministro da saúde em junho de 2013.

A Carreira de Estado foi objeto de campanha publicitária do CFM no período, direcionada a dar visibilidade ao tema à população, sob o slogan "*Carreira de Estado para o médico do SUS. É bom para a saúde, é bom para o Brasil*". Além disso, buscou-se estreitar relações com outras entidades, principalmente o Fórum Nacional Permanente de Carreiras Típicas de Estado (FONACATE), na busca pelo apoio à proposta da Carreira de Estado, e a OAB, com foco na discussão e posicionamento acerca da legalidade da vinda de médicos sem revalidação de diplomas.

Em maio de 2013, as tensões se acirraram dada a ausência de resposta do governo aos pleitos das entidades e novos anúncios referentes à vinda de médicos estrangeiros para atuarem no Brasil. Tal situação levou o CFM a ingressar na Procuradoria Geral da República com uma representação contra ministros do governo, como estratégia da entidade para cobrar esclarecimentos sobre os possíveis acordos estabelecidos pelo governo para a vinda dos profissionais. Antes, o Conselho havia pedido a intermediação da presidente para equacionar

as discordâncias entre as agendas do governo e dos médicos, cobrando o compromisso de diálogo com as entidades firmado na reunião ocorrida em abril.

No início de julho, ocorreram manifestações convocadas pelas entidades médicas nos estados com o apoio das nacionais, contra a vinda de médicos estrangeiros sem revalidação de diplomas. O apoio da corporação ao exame nacional de revalidação tornou-se objeto de uma campanha, denominada “REVALIDA sim”, organizada principalmente por representações de estudantes de medicina<sup>131</sup>. Também nesse mês, observou-se o agravamento das tensões, quando as entidades subiram o tom das críticas ao governo, sinalizando para a tomada de medidas junto ao Poder Judiciário e às cortes internacionais diante do que consideravam conduta autoritária e de imposição governamental.

Nesse contexto, também informado pela realização de manifestações populares no mês anterior pelo país, é editada a Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013 que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM), oficializando as anunciadas proposições de mudanças na formação médica. Foram introduzidos novos procedimentos, a serem operacionalizados pelo MEC<sup>132</sup>, para a autorização e funcionamento de cursos de medicina e a adição de um segundo ciclo de formação graduada, a ser cumprido exclusivamente no SUS sob o formato de treinamento em serviço, que acrescia mais dois anos à graduação médica. Além disso, a MP 621 criou o Projeto Mais Médicos para o Brasil, por meio do qual seria ofertada vagas a médicos formados no país ou com diploma revalidado, e profissionais formados em instituições estrangeiras, mediante intercâmbio internacional, com dispensa de submissão do diploma a processo de revalidação, ponto polêmico historicamente rejeitado pelo movimento médico.

O teor da MP provocou reação da corporação desencadeando protestos dos médicos pelo Brasil. A vinda dos profissionais estrangeiros sem revalidação dos diplomas e a ampliação do tempo de graduação, associados à insatisfação gerada pela sanção com vetos da Lei do Ato

---

<sup>131</sup> Em 2013, foi criada uma nova entidade representativa dos estudantes de medicina do país, a Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil (Aemed-BR), com estruturação ao longo de 2014, que contou com apoio formal da AMB e da FENAM naquele ano.

<sup>132</sup> No MEC, também ocorreu mudança na estrutura organizacional de modo a acolher as demandas decorrentes da oficialização do Mais Médicos. Foi criada, no âmbito da SESu a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES).

Médico pela presidente<sup>133</sup>, conformaram os pontos principais de enfrentamento. A resposta das entidades envolveu a constituição do Comitê Nacional de Mobilização das Entidades Médicas, composto por AMB, ANMR, CFM, FENAM e FBAM, com o objetivo de organizar as estratégias para derrubada ou alteração dos dispositivos da medida provisória. Além disso, convocaram uma edição extraordinária do Encontro Nacional de Entidades Médicas (ENEM), para agosto de 2013<sup>134</sup>.

Ainda no mês de julho, as entidades comunicaram, via imprensa, a ruptura com o governo, retirando-se de câmaras e comissões governamentais nas quais tinham assento, especialmente aquelas vinculadas ao MEC e ao MS, incluindo o CNS. Como argumentos, ressaltaram o caráter unilateral da decisão do governo em criar o PMM, sem estabelecer espaços de diálogo com o movimento médico nacional, em retorno às solicitações das entidades nos meses que antecederam a publicação da MP.

Outro ponto foi o movimento de interpelações na justiça contra o Programa. O CFM entrou com uma ação civil pública contra a União na Justiça Federal, com o objetivo de suspender a continuidade da proposta, mesmo caminho recorrido pela FENAM e AMB. Esta também ingressou com pedido de mandado de segurança no STF. Alguns Conselhos Regionais de Medicina também acionaram a justiça contra a obrigatoriedade de conceder registro profissional a médicos do PMM sem diploma revalidado. O STF foi também acionado pelo ajuizamento de duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade de autoria da AMB e da Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU)<sup>135</sup>.

A pauta trabalhista foi objeto de inquérito civil instaurado pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) em agosto de 2013, com realização de audiências públicas no Congresso e

---

<sup>133</sup> A sanção da lei que regulamentou o exercício da medicina (Lei 12.842/2013) ocorrida em período próximo ao da criação do PMM, veio acompanhada de vetos que desagradaram as entidades, ampliando as insatisfações com o governo. Argumentava-se que os vetos descaracterizaram a lei e desrespeitou o processo de discussão legislativa, que durou 12 anos. Mesmo com a mobilização das entidades pela derrubada dos vetos pelo Congresso, a maioria dos parlamentares acatou os vetos da presidente. Dentre eles, o que gerou maior reação das entidades foi o do artigo que definia como ato privativo do médico a formulação do diagnóstico nosológico e sua respectiva prescrição terapêutica, dispositivo da regulamentação considerado a “alma do projeto”. Mais tarde, o próprio Poder Executivo enviou PL (PL 6.126/13) propondo ajustes na lei, incluindo alterações em dispositivos que sofreram vetos. Novamente, o teor da proposta não agradou as entidades, pelo entendimento que, se aprovada, daria poderes ao ministro da saúde para intervir no processo de regulação profissional.

<sup>134</sup> Segundo Gomes e Mehry (2017), a reação também envolveu muitas escolas médicas, pela discordância ou do seu conteúdo ou da conduta do governo. Nesse sentido, a ABEM posicionou-se de forma contrária ao PMM

<sup>135</sup> Em maio de 2014, a Procuradoria Geral da República emitiu parecer pela improcedência total dos pedidos contidos nas ações (ALESSIO; SOUZA, 2017).



participação do CFM<sup>136</sup> e da FENAM. Os questionamentos referiam-se aos problemas de pagamento de bolsas aos participantes do PMM, sem garantias quanto ao vínculo de trabalho e os direitos trabalhistas. A relação de trabalho estaria disfarçada pela inserção em atividade dita de ensino e aperfeiçoamento da formação, já que o projeto definia mecanismos de avaliação e supervisão da prática de formação em serviço, além do ingresso em curso de especialização na área de atenção básica. A não percepção integral do valor da bolsa aos médicos intercambistas oriundos de Cuba, em função dos termos do acordo firmado entre o governo de Cuba e o Ministério da Saúde, intermediado pela OPAS, também foi questionada pelo MPT e teve desdobramentos no âmbito do TCU, que analisou situações de repasse de recursos do MS à organização. As promessas de acionamento de organizações internacionais se cumpriram, com o encaminhamento pelo CFM de denúncia formal do PMM à OMS e à OIT por supostas infrações aos acordos internacionais de contratação de médicos estrangeiros<sup>137</sup>.

No contexto de implementação do PMM, a mobilização médica incluiu a divulgação de problemas observados na seleção de médicos para o programa, no atraso do pagamento de auxílios aos participantes, dentre outros problemas operacionais. Outra estratégia de oposição ao programa foi a veiculação de casos de importação de médicos ocorridos em outros países e nos estados brasileiros nos anos 1990, destacando aspectos negativos das experiências, como os impasses judiciais e a insatisfação de pacientes quanto ao atendimento médico prestado por estrangeiros. Foram ainda intensificadas as denúncias de má utilização dos recursos do SUS pelo Ministério da Saúde e de problemas estruturais e da precariedade de atendimento nas unidades públicas de saúde, fruto das fiscalizações realizadas pelos CRM.

Um primeiro recuo do governo ocorreu poucas semanas após a publicação da MP, quando o MEC anunciou a desistência do aumento de 6 para 8 anos o tempo de formação do médico no país. Em substituição, tornaria obrigatório o primeiro ano de residência médica na atenção básica ou na urgência e emergência no SUS, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade, Pediatria e Psiquiatria, com ampliação gradativa das vagas de RM em direção à universalização do acesso a essa modalidade de formação especializada.

No contexto das discussões pela conversão da Medida Provisória (MP) em lei, as entidades estruturaram uma frente de atuação no Congresso Nacional, de modo a interferir na

---

<sup>136</sup> Denúncia do CFM sustentou, em 2014, abertura de inquérito civil pelo MPT em relação ao PROVAB.

<sup>137</sup> As entidades sinalizaram desrespeito ao Código Global de Prática para Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da OMS, do qual o Brasil é signatário.

apreciação legislativa da MP, reconhecendo, entretanto, que o contexto era desfavorável ao apoio pretendido pela sua derrubada, já que era majoritário o acolhimento dos parlamentares ao pleito dos prefeitos pelo envio de médicos para os municípios. Assim, buscou-se audiências com os presidentes das casas legislativas e com os membros da comissão mista, criada para analisar a medida, que recebeu 567 emendas. Como parte das ações de combate junto aos parlamentares, o movimento elaborou cartilhas e documentos com os posicionamentos e argumentos contrários ao texto da MP, em especial, no que se referia a atuação de médicos com diplomas do exterior não revalidados; além das críticas quanto à legalidade da proposta e o desrespeito à legislação trabalhista vigente à época, às regras de responsabilidade fiscal e de gestão do orçamento público.

O processo de negociação no parlamento contou com ação predominante do CFM na costura de acordos junto ao relator da MP e representantes do governo<sup>138</sup>, na busca por minimização dos efeitos da medida. Em setembro, o movimento avaliou como avanços algumas mudanças aprovadas no Congresso. Uma delas referiu-se à inserção de um dispositivo que visava garantir a implementação da carreira médica em até três anos, para substituição dos profissionais estrangeiros ‘intercambistas’. Entretanto, a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (Lei do Mais Médicos, como ficou conhecida) foi sancionada com veto a essa proposta, ampliando-se o descontentamento com a conduta do governo em não abrir possibilidade de discussão ao pleito da carreira médica.

À exceção desse fato, e mantidas as críticas, discordâncias e a não adesão do movimento ao Programa, a promulgação da Lei do Mais Médicos expressou a atuação destacada das entidades no Legislativo. Assegurou-se o pleito dos conselhos de não serem obrigados a concederem registro aos médicos sem diploma revalidado (competência que passou a ser do Ministério da Saúde); reduziu-se de seis para três anos o tempo de permanência dos ‘intercambistas’ no PMM; e garantiu-se a aplicação do REVALIDA para os médicos que decidissem permanecer no país, após o fim do intercâmbio. No que se refere às mudanças na formação médica, as entidades conseguiram garantir a expedição dos títulos de especialistas pelas sociedades de especialidade e suprimir a proposta de criação de um Fórum de Regulação

---

<sup>138</sup> A AMB, no entanto, publicou nota esclarecendo não reconhecer qualquer acordo firmado, dado que se retirou do processo de discussão junto aos líderes da base governista no Congresso, por dificuldades de diálogo com o relator da MP 621/2013, ao passo que informou ter se reunido com a base oposicionista na tentativa de formular destaques para a votação no plenário. A nota foi uma resposta às notícias divulgadas pela imprensa que creditaram os acordos ao conjunto das entidades médicas (JAMB, nov./dez. 2013). A FENAM também se posicionou, em descontentamento pela ausência de negociação quanto ao questionamento de burla às leis trabalhistas, em função do pagamento das bolsas aos médicos do PMM.

Profissional, cuja avaliação era de que a instância transferiria competências das entidades profissionais para o MEC e o MS, com consequente perda de autonomia dessas.

Em 2014, cresceram as críticas do movimento médico ao PMM com ênfase em denúncias do seu uso pelo governo para fins políticos e eleitorais. A oposição ao programa, marco da gestão da presidente Dilma, foi adquirindo contorno de uma oposição ao próprio governo, evidenciando-se ao longo do ano e com as proximidades da campanha eleitoral daquele ano, na qual a presidente concorreu à reeleição. Foram frequentes, a partir daquele ano a veiculação de matérias institucionais das entidades com análises sobre as políticas do governo federal como, por exemplo, as realizações do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), enfatizando as promessas não cumpridas e as metas não alcançadas<sup>139</sup>.

As mobilizações contra o governo passaram a destacar questões referentes ao subfinanciamento do SUS, má-gestão e corrupção. Nesse âmbito, a AMB idealizou o projeto Caixa-Preta da Saúde no Brasil, lançado em março de 2014. A proposta teve como objetivo a disponibilização de um portal na internet para recebimento de denúncias relacionadas às condições de funcionamento do sistema de saúde, na visão da população e dos profissionais de saúde. O material recolhido compôs um relatório entregue pela Associação ao Ministério Público Federal.

Ocorreram também denúncias sobre a ocorrência de demissões de médicos pelas prefeituras, para serem substituídos por médicos do PMM e o abandono de postos de trabalho de médicos intercambistas oriundos de Cuba. Como medida direcionada a estes profissionais, a AMB instituiu em 2014 uma Comissão de Apoio aos Profissionais Cubanos “no sentido de fornecer assistência legal para garantir a liberdade e a integridade desses profissionais” (JAMB 2014 jan./fev.). Como desdobramento, criou-se o Programa de Apoio ao Médico Estrangeiro, cuja intenção era reforçar que as entidades não eram contrárias à vinda de médicos estrangeiros, mas que defendiam que fizessem o REVALIDA

A partir de 2014, as entidades deram maior atenção à parte do PMM que propôs alterações nas DCN de medicina e ampliação da abertura de faculdades e de vagas de residência médica. Foram feitas críticas, centradas nas lacunas e fragilidades da proposta em promover melhorias nas DCN de 2001, além do curto prazo dado ao CNE para proceder as mudanças nas

---

<sup>139</sup> Em março de 2014, o CFM publicou no Jornal Medicina matéria intitulada “Fracasso do PAC da Saúde. Governo conclui só 11% do planejado.” (CFM, 2014)

Diretrizes (180 dias)<sup>140</sup>. A questão da expansão rápida da RM foi criticada pelo fato de, na visão das entidades, não haver capacidade dos sistemas de assistência à saúde e universitário abrigarem os programas de RM nessa velocidade, com efeitos na qualidade da formação dos médicos especialistas. Ao final de 2014, a nova diretoria do CFM<sup>141</sup>, manifestou preocupações, em consulta às assessorias de imprensa do MEC e do MS, pela ausência de desdobramentos dos dispositivos da Lei do Mais Médicos que estabeleciam mudanças na RM. Discutiram também as fragilidades de funcionamento de programas já abertos de acordo com os incentivos do Mais Médicos, alguns sem estrutura adequada e em localidades que acentuariam as desigualdades existentes. No caso da abertura dos cursos, repudiavam os editais de abertura de cursos, muitos deles no setor privado e em regiões nos quais já havia forte concentração de faculdades de medicina.

As mudanças nas DCN de Medicina foram publicadas pelo Conselho Nacional de Educação em junho de 2014<sup>142</sup>, com prazo para adequação das escolas médicas até 2018. As diretrizes, dentre outros pontos, estabeleceram um exame de avaliação obrigatório para todos os cursos de graduação médica, realizado a cada dois anos pelo INEP a partir de 2016, do qual o resultado seria parte do processo de classificação da residência médica. Nesse ponto, as críticas das entidades consistiram no fato de o processo de avaliação excluir a participação da corporação, concentrando-se apenas na visão de avaliação interna ao governo. No ano seguinte, dentro das preocupações da avaliação da qualidade dos cursos médicos, o CFM e a ABEM firmaram convênio e lançaram em 2015 o Sistema de Acreditação de Escolas Médicas. A proposta teve origem em discussões da Comissão Independente de Avaliação de Escolas Médicas do CFM e representou uma iniciativa de desenvolver um sistema avaliativo externo, em contraponto aos sistemas do MEC e INEP.

No final de 2014 e início de 2015, após as eleições majoritárias, o CFM atendeu a convites do ministro da saúde<sup>143</sup> para reuniões que discutiram o desenvolvimento de atividades

---

<sup>140</sup> As entidades alegaram que o processo de construção das DCN de 2001 envolveu debates ao longo de 10 anos e que a corporação médica pôde contribuir por meio da CINAEM.

<sup>141</sup> Para a gestão do CFM 2014-2019, foi conduzido ao cargo de presidente o médico Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, eleito conselheiro por Pernambuco. Na gestão anterior da autarquia, ocupada o cargo de 1º vice-presidente. Sua gestão teve como uma das prioridades realizar análises sobre o uso dos recursos da saúde pública, com monitoramento da execução do orçamento setorial, no âmbito dos trabalhos da Comissão Nacional Pró-SUS, cuja agenda priorizou a defesa pela Carreira de Estado do médico e o enfrentamento dos problemas da terceirização do trabalho médico (Jornal CFM, jan 2015).

<sup>142</sup> As DCN de medicina foram publicadas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014.

<sup>143</sup> Desde fevereiro de 2014, o Ministério da Saúde estava sob a gestão do médico Arthur Chioro, em substituição a Alexandre Padilha, que deixou a pasta para disputar as eleições para o governo de São Paulo.

conjuntas no tocante a ações de ordem técnica relacionadas à missão institucional do CFM, como diretrizes clínicas e normativas vinculadas ao exercício da medicina. A entidade, nas ocasiões, reafirmou seu posicionamento contrário à política do MS e ressaltou que os encontros tiveram caráter protocolar e técnico. Já a AMB anunciou o retorno a algumas comissões do Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde, após reunião da entidade com o ministro em janeiro de 2015, apostando em retomada de diálogo e mudança da conduta do governo no contexto do segundo governo Dilma.

A ocorrência de reuniões separadas das duas entidades com o Ministério da Saúde destacou o fato de que a partir de 2015 foram visualizados sinais de fragilização das relações entre as entidades médicas nacionais, demarcando menor empenho institucional em sustentar a proposta de unidade nacional presente na organização política do movimento médico nos períodos anteriores. Naquele ano, a AMB comunicou a sua saída da Comissão Nacional de Saúde Suplementar, por discordâncias em relação à conduta do CFM na instância, e em junho de 2015, AMB e FENAM anunciaram a criação da Frente Nacional em Defesa da Saúde, da Medicina e do Médico que, embora objetivasse o fortalecimento e união das entidades, não contava com a participação do CFM, ocorrida em articulações nacionais passadas<sup>144</sup>. Possivelmente, tais mudanças tenha sido fruto do contexto de acirramento e disputas de ordem político-ideológica que se projetaram no Brasil com as manifestações de junho de 2013 e se intensificaram durante o processo eleitoral de 2014.

No final de 2015, ocorreu instabilidade na representação médica sindical que culminou no retorno da representação sindical dual, pela constituição da Federação Médica Brasileira (FMB), a partir de dissidências internas na FENAM. Antes, em 2013, a FENAM<sup>145</sup> já não fazia mais parte da Comissão de Assuntos Políticos, criando estrutura própria, a qual denominou de CAP-FENAM.

No que se refere à agenda governamental em 2015, o segundo mandato da presidenta Dilma é marcado pela intensificação das crises política e econômica, com enfraquecimento do governo federal na sua relação com o Congresso Nacional. Empreenderam-se mudanças nos rumos da política econômica, marcadas pelo início de um ajuste fiscal com relevantes cortes de

---

<sup>144</sup> Uma atuação mais endógena das entidades, especialmente o CFM, com a constituição de agendas estratégicas mais voltadas para as relações com as entidades representativas locais, regionais e estaduais, pertencentes ao sistema federativo em que se organizam, já estava presente em 2010 com a nova gestão do CFM, e 2011 com a nova direção da AMB.

<sup>145</sup> Nesse período, o presidente da FENAM (gestão 2012-2014) era o médico Geraldo Ferreira Filho, do Rio Grande do Norte, onde ocupava o cargo de presidente do Sindicato dos Médicos do RN. Em 2015, assumiu a entidade o médico Otto Baptista, do Espírito Santo.

gastos públicos, afetando diversos setores do governo federal, incluindo a política de saúde, objeto de contingenciamentos de recursos e instabilidades na gestão do MS.

Nesse contexto, novas ações no âmbito da política de trabalho e educação na saúde em 2015 resumiram-se a tentativa de dar prosseguimento à construção do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), instrumento previsto na lei do PMM; e de criação, em agosto, do Cadastro Nacional de Especialistas, promessa da campanha presidencial que havia anunciado o programa ‘Mais Especialistas’, desdobramento do Mais Médicos, consolidado como marco do governo, mesmo no ambiente adverso, e uma das políticas melhor avaliadas pela população. No caso da iniciativa do cadastro, criado por meio do Decreto nº 8.947, de 4 de agosto de 2015, o contexto político desfavorável impôs derrota ao governo, em razão de rápida contestação das entidades. O movimento médico buscou apoio dos parlamentares na Câmara dos Deputados para a derrubada do mencionado decreto. Os dispositivos que norteavam a criação e gestão do cadastro foram vistos pelas entidades como mais uma interferência do governo na formação dos médicos especialistas, no sentido de conferir maiores atribuições ao MS e MEC e retirar competências até então delegadas às representações da corporação médica.

A articulação no Congresso envolveu a intermediação de deputados na conformação de um grupo de trabalho (GT) pelo governo, com participação das entidades médicas e de parlamentares, de modo que fosse proposto texto alternativo. A situação desfavorável do governo na relação com o Legislativo reduziu as possibilidades de sobreposição de sua decisão, ou até mesmo de negociação<sup>146</sup>, no âmbito do GT. Como resultado, em setembro de 2015, o governo editou novo decreto do Cadastro, tomando como base o texto elaborado pelas entidades médicas. Outros resultados positivos para o movimento médico também foram alcançados no Legislativo em 2015, como o avanço na tramitação da EC nº 454/2009 referente à Carreira de Estado<sup>147</sup> e a aprovação no Senado do projeto de lei que transformava o REVALIDA em lei, que seguiu para a análise da Câmara dos Deputados.

---

<sup>146</sup> A condição estabelecida para a negociação entre governo e entidades médicas era que, no caso de ausência de consenso, uma proposta de decreto legislativo que revogava o decreto seria reapresentada para votação pela oposição. O GT foi uma saída vislumbrada para evitar que decreto legislativo avançasse impondo derrota ao Executivo e consequente aumento dos problemas com o parlamento.

<sup>147</sup> Motivado pelo avanço da emenda, o movimento médico articulou estratégia com as entidades médicas nos estados para angariar apoio das bancadas estaduais no Congresso e garantir a aprovação da EC, que se encontrava em fase final de tramitação. No seu planejamento para 2016, a CAP definiu a EC 454/2009 como prioridade de atuação da comissão. (Jornal Medicina CFM, dez./2015)

## 7 INSTITUCIONALIDADE DA POLÍTICA, CONDICIONANTES DA ATUAÇÃO CORPORATIVA E DESFECHOS DAS INTERAÇÕES

Os momentos das interações governo-corporação médica identificados no estudo evidenciaram as características da trajetória da política, suas motivações, objetivos, desenho, conteúdo produzido, estratégias e instrumentos de intervenção na área do trabalho e da educação na saúde; a organização do movimento médico nacional, suas agendas e temas de interesse; e os aspectos das relações estabelecidas entre os atores governamentais e corporativos, bem como os desfechos decorrentes desse processo.

Em relação à política nacional, seu desenvolvimento a partir de 2003, em uma posição estratégica no âmbito do Ministério da Saúde, sob o comando de uma secretaria própria, representou importante avanço para a área de recursos humanos em saúde, conforme documentado em outros trabalhos (MACHADO; BAPTISTA, 2012; PIERANTONI et al., 2008; PIERANTONI; VIANA, 2010). A política passou a ter dotação orçamentária própria e um espaço de destaque nos instrumentos de planejamento governamental, como o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual do governo federal (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012), o que evidencia a sua crescente institucionalidade.

A política contou com projetos estruturantes e duradouros, de caráter transversal, como a política nacional de educação permanente em saúde, difundida por meio das CIES (FRANÇA et al., 2017), os programas de mudanças nas graduações e o fomento à integração ensino-serviço (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013), o apoio às residências médicas (PETTA, 2013) e multiprofissional em saúde (ROSA; LOPES, 2009)<sup>148</sup>, além das iniciativas de gestão do trabalho, tendo como referência a democratização das relações de trabalho e a ênfase na negociação, o que abriu espaço para as representações sindicais dos trabalhadores do SUS.

Para todo o período estudado, observou-se maior avanço das ações de educação na saúde, em comparação àquelas da área do trabalho que, de 2003 a 2010, foi perdendo espaço no âmbito do governo, com o enfraquecimento da pauta da desprecarização conduzida pela SGTES principalmente a partir de 2007, pela ênfase do MS na defesa do modelo de fundações estatais de direito privado e, mais adiante, a criação da EBSEH, vinculada ao MEC. Destaca-se também que ocorreram impasses e limitações sobre o papel do nível federal na elaboração

---

<sup>148</sup> Importante lembrar das ações voltadas para a formação profissional de nível médico/ técnico e as iniciativas de apoio e financiamento aos entes subnacionais para estruturação de áreas de gestão do trabalho e da educação na saúde nas secretarias de saúde, que foram instituídas no programa PROGESUS, lançado em 2006.

do Plano de Cargos, Carreira e Salários do SUS, além dos avanços limitados da atuação da MNNP-SUS (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012). Tal situação se visualizou também entre 2011 e 2015, havendo continuidades e remodelações no DEGERTS, mas com baixo grau de priorização pela gestão da secretaria no período.

De 2003 a 2010, predominou a diretriz de estímulo à participação dos atores, estatais e societários, mobilizados na construção e execução da política, com funcionamento das instâncias da SGTES, como a CRTS, a Comissão Especial do PCCS-SUS, a MNNP-SUS e as variadas comissões de acompanhamento, avaliação e gestão de programas. Outras regras que informaram a produção da política nacional no período dizem respeito à conduta da secretaria no estabelecimento de parcerias interministeriais, principalmente com o MEC (parceria que mais avançou) e com as instituições de ensino; e na busca por maior presença do MS em arenas como o CNS e a CNRM, configuradas também como espaços de interação com os atores governamentais.

A medicina foi progressivamente ocupando espaço na agenda da política nacional, saindo de uma situação inespecífica na produção do seu conteúdo entre 2003 e meados de 2005; passando a ser enfatizada no interior de programas institucionais, e no bojo das discussões sobre a avaliação da qualidade da formação médica, potencializadas na cooperação técnica MS-MEC; e adquirindo centralidade com o advento da CIGES em 2007, suas subcomissões temáticas (necessidades de médicos especialistas e revalidação de diplomas médicos estrangeiros) e os programas específicos para a categoria médica: Pró- Residência e Pró-Internato, além da crescente presença na pauta estatal do problema da concentração de profissionais e as dificuldades de provimento e fixação em locais remotos e com severa escassez. Nesse sentido, os incrementos visualizados na institucionalidade da política relacionam-se com o progressivo destaque à medicina na pauta do governo.

Entre 2011 e 2015, ocorreram mudanças na construção da política, marcadas pelo menor incentivo à participação, especialmente a partir de 2012, indicando esgotamento da forma de funcionamento dos espaços formais de proposição e operacionalização das ações. Em decorrência, ficaram fragilizados os processos negociais e os acordos firmados, como foi o caso do PROVAB. Além disso, ganhou relevância no processo decisório a conduta de sobreposição governamental e redirecionamento do diálogo para outros atores com interesse na política, como os prefeitos, por exemplo. Ressalte-se, no entanto, que um elemento de continuidade com o período anterior foi a permanência da estratégia de avançar sobre a pauta do provimento e fixação de profissionais, elevando-a a condição de prioridade governamental nos anos de 2011



e 2012 e, a partir de 2013, constituindo-a como marco de governo, representado pelo lançamento do Programa Mais Médicos.

A mudança na forma de operar a política se expressou no fato de o desenho do PMM não ter previsto a constituição de instância de decisão e negociação composta por representação dos atores corporativos<sup>149</sup>. Nesse caso, as possibilidades de diálogo foram deslocadas para o ambiente do Congresso Nacional, no momento de aprovação legislativa da Medida Provisória, portanto, após etapas de formulação da medida. O PMM desencadeou, ainda, a criação do DEPREPS, alteração organizacional que ampliou a institucionalidade da política ao congregar em sua estrutura as iniciativas de maior potencial estratégico.

Outra modificação evidenciada guardou relação com o tempo de resposta da política, mediante a necessidade de apresentar resultados no curto prazo (pressão dos prefeitos pelo apoio e providências do governo federal diante da falta de médicos no SUS). Contribuiu, nesse sentido, a institucionalização do pagamento direto das bolsas dos programas pelo MS. A inovação passou a ser a principal estratégia de execução da política nacional de trabalho e educação na saúde, considerada bem-sucedida por permitir implantação rápida e efetivo controle pelo governo federal, reduzindo entraves em ações que ficassem sob responsabilidade dos entes subnacionais. A decisão pelas bolsas, juntamente com um contexto econômico-financeiro mais restritivo e a experiência anterior com o PCCS-SUS são elementos que podem ter contribuído para a não continuidade da proposta da carreira nacional esboçada em 2010 e a sua introdução na agenda prioritária do governo Dilma

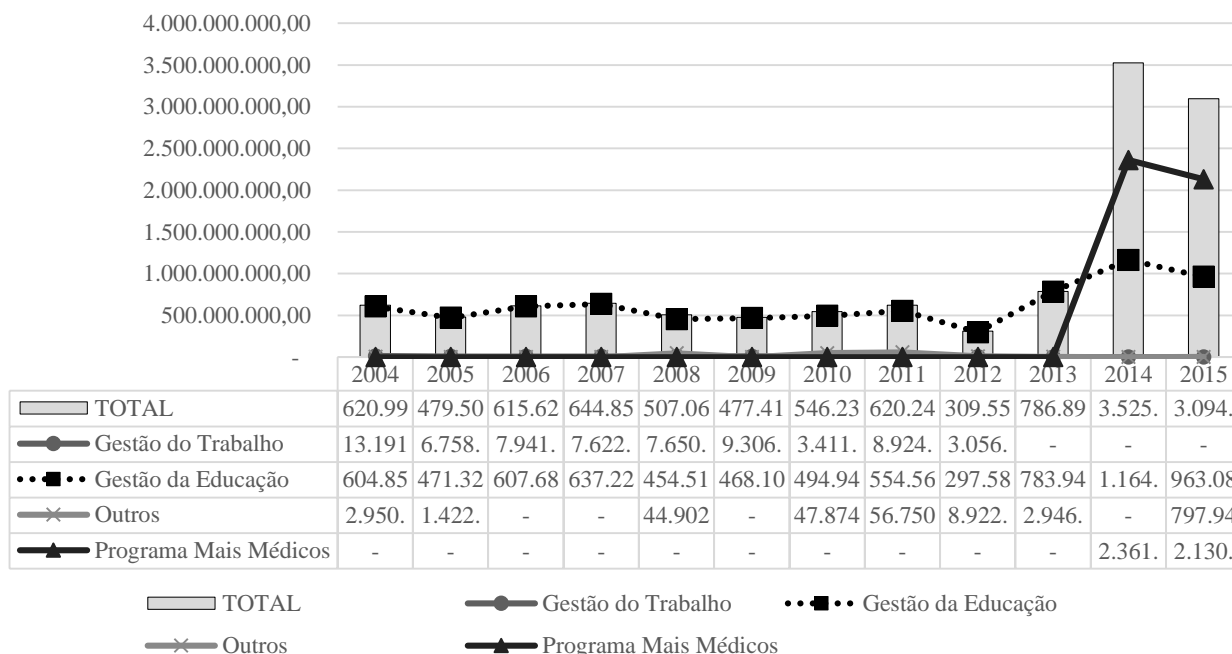
Aspectos do fortalecimento da institucionalidade da política associada ao progressivo tratamento prioritário da pauta médica e os maiores avanços obtidos pela área da educação na saúde estão evidenciados na execução dos recursos federais com trabalho e educação na saúde. Os gastos apresentaram certa estabilidade até 2012, com uma média de aplicação anual de cerca de 640 milhões de reais. A partir de 2013, estes ampliaram-se substancialmente, alcançando valores superiores a 3 bilhões de reais em 2014 e 2015, por força do PMM, iniciativa majoritária também em termos da proporção de recursos financeiros a ele direcionados (cerca de 68% do total dos gastos da SGTES, em 2014 e em 2015). Durante todo o período (2004-2015), os gastos

---

<sup>149</sup> A portaria interministerial 1.369 de 8 de julho de 2013 que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, instituiu coordenação do projeto com representantes titulares dos ministérios da Saúde e da Educação. Já o Decreto nº 8.040, de 8 de julho de 2013, criou o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do PMM, compostos pelo MS, MEC, Casa Civil da Presidência da República e MPOG. No caso do Grupo Executivo, este poderia convidar para reuniões os representantes de outros órgãos governamentais, CONASS, CONASEMS, Andifes, ABEM e entidades associativas nacionais médicas e de estudantes de medicina. Ou seja, a participação da corporação médica ficou restrita ao convite do Grupo Executivo.

com a área de educação na saúde foram bastante superiores em relação aos com gestão do trabalho em saúde (Gráfico 7).

Gráfico 7. Evolução das despesas executadas com trabalho e educação na saúde. SGTES/MS. Brasil, 2004-2015.



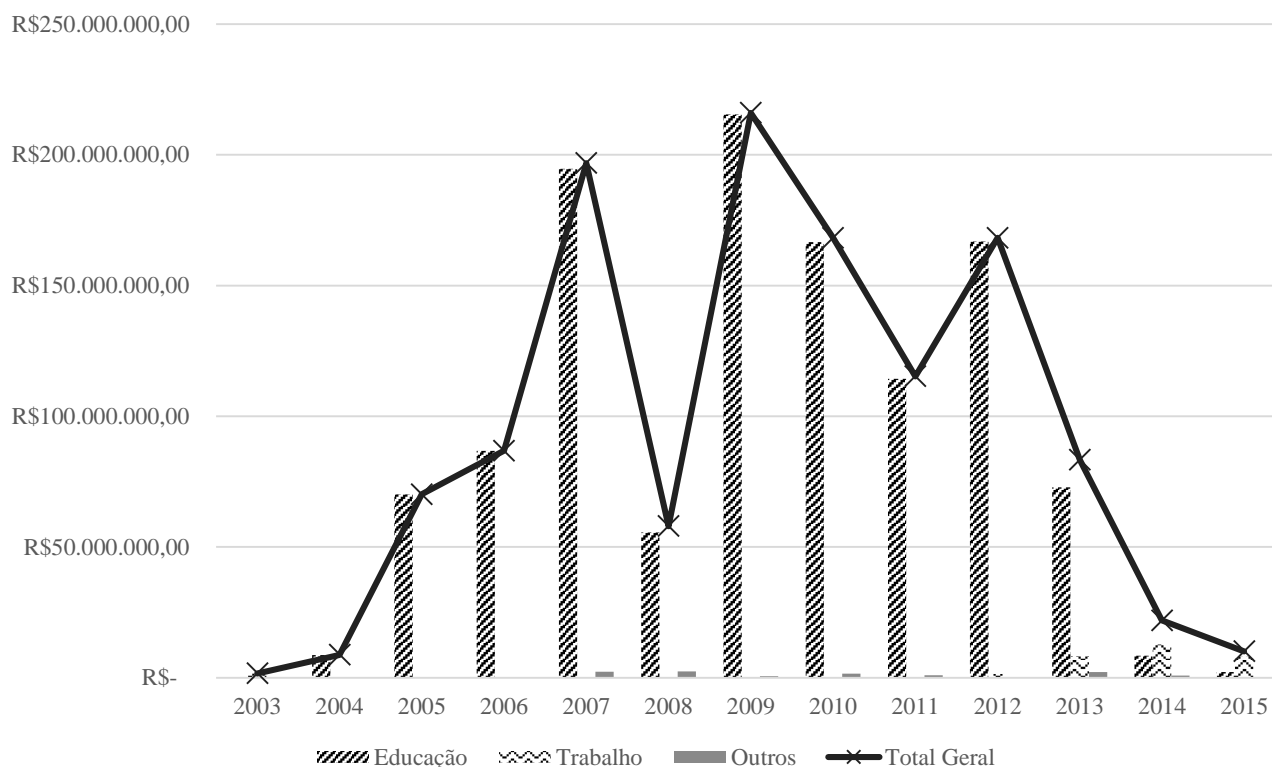
Fonte: SIGA Brasil/Senado Federal.

Nota: Valores ajustados pelo IPCA/IBGE de dezembro de 2015. Na tabela adjacente ao gráfico: valores para 2014 estão expressos em bilhões de R\$; valores para 2015 estão expressos em bilhões de R\$, exceto as variáveis “Gestão da Educação” e “Outros”, que estão em milhões de R\$. Os demais valores presentes na tabela referem-se a milhões de R\$. A variável “Outros” inclui recursos da SGTES para atividades operacionais e administrativas da pasta, além de programas voltados para a estruturação da área, como o Progesus, ou com interface tanto na educação quanto no trabalho em saúde.

A ênfase no pagamento direto das bolsas pelo MS resultou em forte diminuição, ocorrida de forma contínua a partir de 2012, dos repasses fundo a fundo dos recursos da política nacional para estados e municípios. Em 2012, as transferências totalizavam mais de 168 milhões de reais, caindo para pouco mais de 10 milhões em 2015. Essa queda foi acompanhada pela redução dos repasses para as ações de educação na saúde, que representavam quase a totalidade dos repasses em 2012 (R\$ 166 milhões, aproximadamente), caindo para cerca de R\$ 2 milhões em 2015. Em direção oposta, ainda que em volume bem inferior, as ações de gestão do trabalho em saúde apresentaram aumento dos repasses a partir de 2013, possivelmente por força dos repasses referentes aos estados contemplados com os prêmios em dinheiro do InovaSUS. Em 2013, os repasses para gestão do trabalho totalizaram cerca de 8 milhões de reais (8% do total); em 2014, somaram R\$ 12 milhões (57% do total dos repasses); já em 2015 esse montante foi de pouco menos de R\$ 8 milhões, redução em relação ao ano anterior, possivelmente em função da crise econômica, mas que representavam quase 80% do total de repasses fundo a fundo (Gráfico 8). As reduções

mais acentuadas nas transferências fundo a fundo, ocorridas em 2014 e 2015 (Gráfico 7), coincidem com os anos de ocorrência dos crescimentos mais altos das despesas totais executadas (Gráfico 8).

Gráfico 8. Evolução dos repasses fundo a fundo para ações de trabalho e educação na saúde, MS. Brasil, 2003-2015.



Fonte: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. Valores ajustados pelo IPCA/IBGE de dezembro de 2015.

No tocante aos contextos dos mercados de trabalho e de formação em medicina, nos quais a política se inseriu, é possível apontar que o avanço gradativo da pauta governamental sobre a profissão médica foi orientado pela necessidade de intervenção em determinados aspectos desses mercados. Buscou-se atingir a concentração de profissionais, generalistas e especialistas, nos grandes centros urbanos e nas regiões de maior desenvolvimento econômico, bem como problematizar a escassez de médicos no país.

Os principais estímulos de mudanças consistiram na criação e interiorização de vagas de graduação e estímulo à residência médica em locais com baixa oferta ou sem PRM prioritários, tendo como parâmetros indicadores de suficiência e as necessidades do SUS, bem como a aposta na constituição de vínculo do profissional com o território no âmbito da Atenção Básica. Por outro lado, a política pouco enfatizou questões referentes às relações de trabalho no SUS e às formas de inserção dos médicos no setor privado, o que demandaria avançar em ações de regulação do trabalho em saúde, pauta secundarizada no período.

Outra questão importante refere-se às iniciativas de aumento do número de cursos e vagas de graduação de medicina, cujo crescimento tem sido maior no setor privado. Em 2015, 65,5% das vagas de medicina eram ofertadas por cursos privados, segundo dados do Censo da Educação Superior disponibilizados pelo INEP<sup>150</sup>. Em 2011, esse percentual era de 58,5%, passando para 62% em 2014, o que evidencia a intensificação do processo de privatização do mercado formativo, no contexto do PMM. É possível que a preponderância da lógica econômica oriente a busca dos egressos dos cursos privados para áreas de especialização de maior retorno financeiro, de modo a compensar mais rapidamente os recursos investidos no curso. Além disso, o mercado formal de trabalho no segmento privado tem registrado maior crescimento da remuneração, conformando-se em um fator de maior atratividade em relação ao setor público.

No que se refere aos resultados, avanços e limites da política nacional, algumas análises apontaram o caráter ‘tímido’, pontual e, portanto, insuficiente da ação estatal no enfrentamento dos problemas da escassez e má distribuição de médicos no SUS, ainda que reconheçam os avanços na institucionalidade da área. Os estudos discutem a necessidade de maior regulação pública sobre a formação e o exercício profissional da categoria, aprofundando-se a compreensão sobre a convivência das lógicas do sistema público com o sistema privado na saúde, e as disputas que dela decorrem (FERLA; POSSA, 2013; FEUERWERKER, 2013; RODRIGUES et al., 2013).

Especificamente em relação a alguns programas implementados, possibilidades e entraves também estão postos nos trabalhos. No caso da operacionalização do Pró-Residência, Petta (2013), analisando resultados do primeiro edital (2009/2010), identificou certa capacidade de indução de mudanças pelo programa, evidenciada pela melhor distribuição na abertura de vagas de residência médica e o estabelecimento de critérios para priorização das áreas de especialização e dos locais com necessidades. Alessio e Sousa (2016) demonstraram efeitos positivos do Pró-Residência, resultantes da duplicação das vagas de RM entre 2009 e 2014 (após cinco editais do programa), com incrementos mais expressivos no Norte e Nordeste, embora mantida a concentração no Sudeste. O programa também viabilizou a abertura de PRM em alguns estados que ainda não contavam com formação em diversas especialidades, ainda que permaneçam muitos desafios (ALESSIO; SOUSA, 2016)

---

<sup>150</sup> Microdados disponibilizados para *download* pelo INEP em <http://portal.inep.gov.br/microdados>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2018. Tabulação e cálculo realizados pelo autor. Em 2015, eram 266 cursos médicos, com oferta de 29.383 vagas. O setor privado respondia por 145 cursos (54,45%) e 19.243 vagas (65,5%).

Segundo as análises, algumas instituições não conseguiram abrir efetivamente as vagas de RM (1º edital do Pró-Residência) e as especialidades priorizadas pela política lidavam com o problema da ociosidade, especialmente em MFC e Pediatria, áreas de menor procura pelos médicos recém-formados, mas as que registraram aumentos mais substantivos em número de vagas, juntamente com a Psiquiatria. Em MFC, entre 2009 e 2014, a taxa de ociosidade ficou em torno de 70% (ALESSIO; SOUSA, 2016; PETTA, 2013). Rodrigues et al (2013) opinaram que o Programa pouco avançou em definir padrões de referência que permitam estabelecer equilibrada relação oferta-demanda de médicos especialistas para o SUS.

Já no PROVAB, a edição de 2012 teve problemas de retenção de profissionais nas localidades, com apenas 26% dos médicos efetivamente contratados pelos municípios e baixa adesão destes à oferta do curso de Especialização em Atenção Básica via UNA-SUS. Ocorreram também problemas na supervisão dos médicos, que envolveu disputas entre um formato que valorizasse o caráter educativo da supervisão, com ações de diagnóstico do território, trabalho em equipe, elaboração de planos de educação permanente e projetos de intervenção no território, e o modelo tradicional de supervisão já existente conduzido pelas instituições de ensino, entidades médicas e a CNRM, considerado médico-centrado e com viés avaliativo e punitivo, que foi o que prevaleceu (CARVALHO; SOUSA, 2013).

Rodrigues et al. (2013) sinalizam que o Programa Mais Médicos avançou um pouco mais, constituindo-se como uma medida que mais claramente representou a ação estatal na regulação sobre a profissão médica. Oliveira et al. (2017) observaram que o PMM se configurou como a intervenção política que apresentou maior transversalidade sobre os desafios de distribuição geográfica, distribuição por nível (se atenção primária ou especializada) e disponibilidade de médicos no SUS. Os autores ressaltam, porém, que nenhuma das ações estatais de enfrentamento da escassez e distribuição de médicos por eles analisadas<sup>151</sup> direcionaram-se para a regulação do setor privado (OLIVEIRA et al., 2017). Nesse aspecto, vale mencionar a fraca relação da produção da política nacional estudada com a atuação da corporação voltada ao setor privado, confirmando esse limite da agenda governamental.

Em análise do Projeto Mais Médicos para o Brasil, Girardi et al (2016) identificou um aumento significativo na oferta de médicos na Atenção Básica, no período de março de 2013 a

---

<sup>151</sup> Os autores identificaram e analisaram as seguintes intervenções políticas: Projeto Rondon, Programa de Interiorização do SUS (PISUS), Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), Telessaúde, Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e Mais Médicos (Oliveira et al., 2017).

setembro de 2015, a partir do Índice de Escassez de Médicos em APS<sup>152</sup>. O número de municípios brasileiros com escassez de profissionais médicos caiu de 1.200 para 777 no período mencionado. Houve redução das desigualdades entre os municípios, mas as iniquidades distributivas persistiram. Um problema identificado foi o fato de a implementação do Programa ter contribuído para menor oferta regular de médicos pelos municípios no Norte e Nordeste, indicando substituição da mão-de-obra regularmente contratada pelos médicos do PMM, gerando maior dependência com o programa federal (GIRARDI et al., 2016).

No que se refere à organização do movimento médico nacional, o estudo evidenciou que a atuação das entidades é informada por condicionantes históricos que remetem aos processos que as originaram, bem como às suas trajetórias e configurações institucionais. No tocante às origens, observou-se conexões entre as motivações para a idealização das entidades, tendo como ponto de partida o Sindicato Médico Brasileiro, constituído nos anos 1920 (transformado em Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro nos anos 1940). Foi em congressos sindicalistas que as propostas para a constituição dos conselhos de medicina foram idealizadas e deliberadas, com submissão à aprovação pelo Estado.

A estrutura do CFM legalmente constituída em 1944, com subordinação ao Estado, motivou a contestação do movimento médico por mudanças e teve como um dos resultados a criação da AMB, em 1951. A entidade atuou na alteração da legislação dos conselhos, efetivada em 1957, conferindo-os autonomia administrativa e financeira. As inter-relações entre o CFM e a AMB tem expressão já nesse período, uma vez que as associações estaduais ligadas a AMB tiveram papel protagonista na estruturação dos conselhos regionais de medicina a partir de 1957. Além disso, o Código de Ética formulado pela AMB em 1953 foi incorporado como referência pelo CFM.

Já a FENAM surge em outro contexto, em 1973, no período da ditadura militar, envolvendo-se nas lutas pela redemocratização. Sua origem insere-se em um momento de ressurgimento do movimento sindical, com a ocorrência de greves e mobilizações dos trabalhadores (ações que não eram defendidas pela AMB, no contexto do seu surgimento, por exemplo). A proposta da Federação parte do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SindMed-RJ), originalmente o SMB, e que também já havia idealizado uma federação de sindicatos nos anos 1930. Até meados da primeira década de 2000, a FENAM ainda era sediada na cidade do Rio de Janeiro, revelando a sua vinculação com o SindMed-RJ.

---

<sup>152</sup> O índice foi criado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG.

De modo geral, é possível inferir que os elementos presentes nas origens das entidades médicas, ao mesmo tempo, configuram as motivações que as conectam e demarcam os aspectos que as diferenciam. O formato específico de representação da medicina brasileira é, portanto, resultante desse duplo fenômeno, que compreende o desejo de atuação conjunta, de unidade corporativa, mas que convive com as divergências de pensamentos e ideologias políticas no interior da medicina, acomodados nos diferentes formatos institucionais da representação.

Essa perspectiva também repercute na trajetória histórica de atuação das entidades analisadas. As convergências originárias da AMB com o CFM se expressam nas alianças dessas entidades em torno de uma corrente ‘liberal-conservadora’ que guiou a ação política dessas organizações pelo menos até o fim dos anos 1970 e início dos anos 1980, quando do advento do REME. Este movimento se contrapôs a tal corrente e influenciou a atuação da FENAM, avançando, posteriormente, para as outras entidades.

Alguns aspectos da atuação política das organizações no decorrer do período estudado indicam o efeito desses condicionantes históricos. Um deles diz respeito à constituição da aliança política e programática do CFM com a AMB efetivada em 1999, com a FENAM ingressando tardiamente na agenda da unidade nacional de representação, embora posicionamentos e ações conjuntos estivessem presentes. Esse processo também se refletiu nas discussões sobre a criação da Ordem dos Médicos, idealizada pela AMB e CFM sem prever a FENAM como membro da Ordem, alegando-se que as atribuições sindicais deveriam permanecer dissociadas das funções conselhais ou associativas.

Quanto às configurações institucionais, a adoção do formato federativo das entidades possibilita alta representatividade no território nacional e se reflete também na composição das diretorias, que definem regras estatutárias para viabilização da diversidade de representação dos federados na gestão da organização nacional. Dentro do período analisado, esta característica teve papel importante na organização de movimentos coordenados nacionalmente, mas com execução descentralizada a cargo de entidades dos sistemas federativos, como as que foram deflagradas principalmente a partir de 2007. A relação histórica CFM-AMB também se espelha na configuração institucional, uma vez que a normatização que organiza o funcionamento do CFM prevê a indicação de representante da AMB para composição do quadro de conselheiros da autarquia, juntamente com os 27 representantes estaduais/distrital.

Em relação à agenda corporativa, a recuperação dos aspectos históricos evidenciou que muitos temas da pauta médica presentes no contexto da política nacional entre 2003 e 2015 já acompanhavam o conjunto de reivindicações do movimento médico nacional no passado. No

geral, a atuação das entidades é modelada por uma agenda permanente, duradoura e com temas que são parte dos processos históricos de profissionalização da medicina, vinculando-se ao exercício do poder profissional articulado à defesa de interesses junto ao Estado.

Reivindicações referentes ao combate à expansão das escolas médicas e aos diplomas estrangeiros, além da defesa dos atos privativos dos médicos motivaram o surgimento das suas organizações de representação e apresentam-se constantemente como bandeiras de luta da corporação, embasando as suas estratégias de atuação, o que pôde ser observado na presente análise. Um “olhar” mais amplo sobre a política nacional, não circunscrita somente ao conteúdo produzido pela SGTES (ainda que este tenha sido o ponto de partida) e recuperando-a a partir de 2003, possibilitou identificar a recorrência dos temas de interesse da corporação médica e da presença destes nas agendas dos governos. Por exemplo, a expansão dos cursos de medicina e as questões sobre revalidação de diplomas cubanos (ou ainda, o exercício da medicina com diplomas estrangeiros sem revalidação no país) já conformavam as preocupações das entidades médicas no início dos anos 2000, bem como vinham sendo objetos discutidos no âmbito da política nacional de trabalho e educação na saúde desde 2003. Desse modo, ao comporem o conjunto de intervenções do Mais Médicos em 2013 não representavam uma novidade em si, pois estavam presentes nos processos interativos entre os agentes governamentais e o movimento médico antes e ao longo do período analisado.

No tocante ao exame das interações governo-corporação médica, o estudo evidenciou que, no contexto dos governos Lula (2003 a 2010) predominaram relações baseadas no diálogo, participação e negociação entre os atores, incentivadas pelas regras que informaram o desenvolvimento da política naquele período. As estruturas governamentais nas quais as entidades médicas tinham assento cumpriram papel na acomodação de algumas tensões surgidas no decorrer dos processos decisórios do governo, como no caso do acordo Brasil-Cuba para revalidação de diplomas e das tentativas de mudanças na CNRM em 2003. Para esses casos, os desfechos foram favoráveis à corporação médica, expressos pelo recuo do governo em instituir um projeto piloto específico para os médicos brasileiros egressos da ELAM e o não prosseguimento da tramitação legislativa do Ajuste Complementar; e pela manutenção da CNRM na estrutura do MEC, sem unificá-la com as residências multiprofissionais instituídas pelo MS.

Observou-se, ao longo do período, permeabilidade às reivindicações dos médicos quanto aos processos de abertura de cursos de medicina no país. Já no início do governo, em 2003, tendo o CNS como arena, as entidades atuaram junto aos agentes governamentais (MEC



e DEGES, principalmente) e viabilizaram medidas de restrição à abertura dos cursos. A CIRH configurou-se como espaço de articulação para que tensões com o MEC se revertessem em ações específicas daquele órgão, intensificadas a partir de 2007 e que incluíram a criação de diretrizes objetivas para a apreciação dos pedidos de criação de cursos e ampliação de vagas, previsão de manifestação prévia do CNS e iniciativas de acompanhamento e supervisão de cursos mal avaliados pelo SINAES/ENADE.

As entidades contaram com o apoio do MS e do DEGERTS, especificamente, nas discussões sobre o projeto de regulamentação da medicina, mediante posicionamento público do departamento em audiências públicas e apreciação, com parecer favorável, do PL do Ato Médico na CRTS, onde as entidades tinham assento. Sobre pauta da carreira exclusiva do médico, embora sem desfecho, visualizaram-se ações governamentais em resposta ao pleito do movimento médico, primeiramente no âmbito da Comissão Especial do PCCS-SUS (DEGERTS), que possibilitou a coleta de subsídios e viabilizou as negociações que resultaram nas diretrizes para elaboração e revisão de planos nos níveis subnacionais em 2007; e posteriormente, ao final do segundo governo Lula, com a retomada das discussões sobre o tema em comissão instituída pelo ministro da saúde, como parte da ‘Agenda Positiva’ das entidades com o MS.

A diretriz participativa possibilitou angariar apoio das entidades aos programas Pró-Residência e Pró-internato, com resolução de questionamentos dentro das instâncias de negociação destas medidas. No caso do Pró-Residência, a subcomissão constituída contribuiu para que houvesse manejo dos atores estatais em minimizar possíveis reações da corporação que inviabilizassem o processo de formulação e implementação. Por outro lado, as discussões tiveram como desfecho programas com abrangência limitada, contingenciando a ação do governo sobre essa temática no período.

Em síntese, os processos interativos entre as entidades médicas nacionais e os agentes governamentais no âmbito da política estudada, de 2003 a 2010, se desenvolveram em ambiente propício ao diálogo, com permeabilidade de parte da estrutura estatal às reivindicações da corporação e certo manejo do governo em acomodar interesses, de modo a preservar o avanço possível das proposições. Entretanto, os desfechos, majoritariamente favoráveis às entidades, representaram negociações que limitaram, de certo modo, a capacidade de mudança das políticas implementadas, permanecendo o desejo de avançar na pauta que assumiu centralidade na agenda governamental a partir de meados de 2007: o provimento e fixação do médico em áreas de escassez de profissionais e com maior vulnerabilidade social.

A análise do período de 2011 a 2015 evidenciou outro conjunto de fatores que influenciaram as interações governo-corporação médica. Observou-se significativa alteração das regras que informavam a política, que passou a conferir menor ênfase à participação dos atores e indicou haver esgotamento do modo como operavam os espaços institucionais. De forma mais evidente a partir de 2012, a conduta governamental passou a ter predomínio da sobreposição nas decisões sobre a política e pouca abertura ao diálogo.

As fragilidades dos acordos negociados no âmbito do PROVAB deram início às tensões no diálogo entre os agentes governamentais e da corporação médica, em um contexto no qual a pauta da medicina passou a ser ponto prioritário da agenda do governo federal. Esse cenário se acirrou com a introdução de outras opções de políticas de enfrentamento da escassez e concentração de médicos no SUS, que confrontaram a pauta corporativa, focalizada na ideia da Carreira de Estado do Médico como política exemplar de interiorização do médico; e ameaçaram processos estabelecidos. As propostas de expansão das vagas de graduação em medicina colidiram com as conquistas obtidas junto ao governo no período anterior, assim como ocorreu com o caso do REVALIDA, contraposto pelos anúncios de ‘importação’ de médicos dispensados do processo de revalidação do diploma, em que pese não ter havido alteração formal nas regras de operacionalização do exame.

Em fevereiro de 2013, em decorrência do anúncio de que seria lançado o Programa Mais Médicos, ocorreu intensificação dos problemas no diálogo e manifestações de médicos pelo Brasil, dada a permanência da conduta governamental em não abrir possibilidade de negociação com as entidades. Oficialmente criado por MP em julho daquele ano, o PMM, marco de governo da presidente Dilma, representou a ruptura da corporação médica com o governo federal. As ações posteriores evidenciaram a postura de oposição das entidades ao PMM, que se ampliou para uma oposição ao governo federal, bastante evidenciada no contexto eleitoral de 2014.

Embora prevalecesse a ruptura, com prejuízos às interações, a reação da corporação médica resultou em recuo governamental da proposta de ampliação do tempo da graduação médicos. Além disso, indiretamente, a votação legislativa da MP do PMM propiciou alguma negociação entre os atores, intermediados pelas bancadas governista e oposicionista no Congresso Nacional, acarretando alguns desfechos parcialmente favoráveis ao movimento médico.

Em 2015, o ambiente legislativo foi novamente acionado como intermediário nas negociações em torno do decreto de criação do Cadastro Nacional de Especialistas, agora em um contexto bastante problemático em função da crise e da deterioração das relações Executivo

Federal e Legislativo, que teve como desfecho o recuo integral do governo ao revogar a norma e editá-la posteriormente com o conteúdo formulado pelas entidades médicas.

Uma síntese das características da política estudada, dos aspectos referentes à organização das entidades médicas nacionais e os elementos que marcaram as interações governo-corporação médica está apresentada no quadro 3 a seguir.

Quadro 3 - Momentos das interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde, Brasil, de 2003 a 2015 (continua)

| <b>Fortalecimento e Unidade Médica Nacional no Contexto de um Novo Patamar de Estruturação da Política de Trabalho e Educação na Saúde 2003 a junho de 2005</b>   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Política Nacional</b>  | <b>Entidades Médicas</b>   | <b>Interações Governo-Corporação Médica</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Criação da SGTES – DEGES e DEGERTS; “RHS no primeiro escalão do MS”</li> <li>– Estruturação da política; valorização de espaços de negociação, decisão, formulação e gestão das ações;</li> <li>– Ordenamento da formação: aposta na participação e diálogo como diretriz da política; maior presença do MS no CNS; aproximação MS-MEC; valorização do papel do CONASS, CONASEMS e IES</li> <li>– Propostas de alterações na RM – CNRM; criação da RMS;</li> <li>– Gestão da Educação: conteúdo inespecífico (não programático) – PNEPS (Polos de Educação Permanente em Saúde; integração ensino-serviço</li> <li>– Gestão do Trabalho: desprecarização, PCCS-SUS, CRTS, MNNP-SUS; Fórum Mercosul</li> <li>– Agenda do Governo Lula: solução para revalidação de diplomas de médicos brasileiros formados na ELAM/Cuba</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fortalecimento e unidade médica nacional: aliança CFM-AMB – Gestões iniciadas em 1999;</li> <li>– FENAM: processo de unificação da representação sindical (incorporação com a CMB); ambiente de mudanças; Nova gestão unificada em 2004;</li> <li>– Agenda: regulamentação da medicina (Ato Médico); abertura de cursos de graduação; carreira médica; revalidação de diplomas;</li> <li>– Setor privado: implantação da CBHPM (relação equilibrada entre planos privados e médicos - honorários);</li> <li>– Agenda legislativa: aproximação com a Frente Parlamentar da Saúde.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Legado de interações anteriores: projeto diretrizes, atuação no PITS. CME (convenio com CNRM); PLs no Congresso;</li> <li>– Diálogo com o novo governo, reuniões e visitas do ministro da saúde e equipe SGTES; convergência dos princípios e ideias das agendas; divergência sobre as formas de implementação;</li> <li>– Abertura de cursos: no CNS, ações de recomendação (moratória e critérios para abertura); Tensões com o MEC: acionamento judicial contra homologação de cursos; divulgação de publicações; pressão para aprovação de PL sobre moratória de 10 anos</li> <li>– Tensões na CNRM e recuo do governo na proposta de mudar a instância para o MS e unificar as residências; médicos contrários à RMS;</li> <li>– Ato médico – busca por consenso com as demais profissões da saúde</li> <li>– Setor privado: busca por apoio do ministro para uso da CBHPM como referência pela ANS; PL na CD para criação <i>roll</i> de procedimentos (2004);</li> <li>– Revalidação de diplomas: reação à assinatura do Protocolo de Intenções Brasil-Cuba; críticas das entidades à missão diplomática à ELAM (CFM)</li> </ul> |

Quadro 3 - Momentos das interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde, Brasil, de 2003 a 2015 (continuação)

| <b>Consolidação da Aliança Corporativa Nacional, Avanços no Legislativo e Maior Presença da Medicina no Conteúdo da Política<br/>Julho de 2005 a junho/julho de 2007</b>  |   |  |
|---|---|--|
| <b>Política Nacional</b>  | <b>Entidades médicas</b>  | <b>Interações Governo-Corporação médica</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Crise no governo, mudanças MS, SGTES e DEGES</li> <li>– Conteúdo da política: retomada da lógica programática – criação do Pró-Saúde (medicina, odontologia e enfermagem); revisão da PNEPS (substituição dos Polos de EPS pelas CIES-CGR); mudanças no VER-SUS;</li> <li>– Institucionalização da cooperação técnica MS-MEC; articulação com o SINAES e ENADE (INEP)</li> <li>– Medicina enfatizada na execução dos programas – <i>Formação médica, avaliação da qualidade da graduação</i>; Parceria FAIMER; e evento do Pró-Saúde específico</li> <li>– Programa Interministerial de Apoio a Cursos de Medicina de Universidades Federais (2006)</li> <li>– MS: Incentivo financeiro para PRM em MFC</li> <li>– Publicação das diretrizes nacionais do PCCS-SUS;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Consolidação da aliança AMB-CFM (continuidade da gestão do CFM e eleição de chapa de continuidade na AMB). FENAM se aproxima a partir de 2006;</li> <li>– Aprimoramento da ação no Poder Legislativo Nacional: criação da Comissão de Assuntos Políticos (CAP), elaboração da Agenda Parlamentar da Saúde Responsável;</li> <li>– CBHPM: agenda de consolidação; mudança no nome da comissão: Comissão Nacional de ‘Consolidação’ da CBHPM (antes era ‘Implantação’ – fortalecimento das comissões estaduais para avanços nos acordos com operadoras; proposição do uso para o SUS;</li> <li>– Reorganização da agenda sobre o PCCS exclusivo: ações voltadas para PCCS nos estados e Carreira Federal junto ao MS;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Manutenção do diálogo e continuidade da participação das entidades em espaços da política</li> <li>– Oposição ao Ajuste Complementar Brasil-Cuba, em tramitação na CD em 2007</li> <li>– Avanços no CNS: decreto estabeleceu manifestação prévia para criação de cursos de medicina, odontologia e psicologia; MEC editou portaria com critérios e diretrizes complementares. Entidades reivindicaram participação direta no processo;</li> <li>– Eleições no CNS: ameaça à vaga exclusiva; pedido de revogação do decreto que instituiu o processo; entidades fizeram acordo com base no regimento</li> <li>– Março de 2007: novo ministro; compromissos públicos com as entidades (“Agenda Positiva”);</li> <li>– Incentivos para PRM em MFC: estratégia do governo para valorizar a especialidade na CNRM. Pactuação da proposta na CIT com CONASS, CONASEMS; articulação com SBMFC;</li> <li>– Avanços do movimento médico no Legislativo: aprovação na CD do PL do <i>roll</i> de procedimentos (CBHPM); e do PL do ato médico no Senado – intensa mobilização das entidades (abaixo assinado), audiências públicas – posições favoráveis da SGTES e do CONASS;</li> </ul> |

Quadro 3 - Momentos das interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde, Brasil, de 2003 a 2015 (continuação)

| <b>Inovações Institucionais e Centralidade da Medicina na Agenda da SGTES no Contexto de Mobilizações e Vitórias do Movimento Médico junho/julho de 2007 a 2010</b>  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Política Nacional</b>   | <b>Entidades médicas</b>  | <b>Interações Governo-Corporação médica</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avanços na gestão da educação: criação da CIGES; consolidação parceria MS-MEC</li> <li>- Conteúdo da política: ampliação do Pró-Saúde; criação do PET-Saúde;</li> <li>- Mecanismos: pagamento direto pelo MS das bolsas dos programas (inovação);</li> <li>- Medicina assumiu centralidade na agenda da política: discussão de temas em espaços específicos – subcomissões da CIGES sobre necessidades de especialistas médicos e revalidação de diplomas estrangeiros;</li> <li>- Criação de programas para a categoria: Pró-Residência (2009) e Pró-Internato (2010);</li> <li>- Medidas para fixação em áreas de escassez: nova lei do FIES (2009-2010);</li> <li>- Retomada da discussão da carreira (Comissão Especial criada em 2010);</li> <li>- DEGERTS: criação de comissão para apoiar processos de construção de PCCS nos estados e municípios; funcionamento irregular da CRTS; esvaziamento do comitê de desprecarização.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuidade da aliança política: reeleição na AMB e mudanças institucionais com a nova gestão do CFM (revisão do plano estratégico e criação de comissões temáticas). “Defesa do SUS” como um dos eixos estratégicos da diretoria CFM 2009-2014);</li> <li>- FENAM: nova gestão 2008/2010 – mudança da sede da Federação para Brasília</li> <li>- Agenda com maior ênfase no SUS; proposições do XI ENEM (Carta de Brasília): reajustes na Tabela SUS; EC 29; Plano de Carreira, Piso Salarial (maior espaço para pauta vinculada à luta sindical);</li> <li>- Carreira de Estado como bandeira de luta</li> <li>- FENAM: Lançamento do PCCV, elaborado pela FGV. Documento assinado pelas 3 entidades;</li> <li>- Manifestações articuladas com parlamentares da Frente Parlamentar da Saúde - Projeção da agenda corporativa no Congresso Nacional;</li> <li>- Deflagração do Movimento Nacional pela Valorização do Trabalho Médico e Defesa do SUS (Comissão Nacional Pró-SUS); campanhas publicitárias, reuniões com autoridades, atos nos estados.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfações com o resultado da aprovação da EC 29 na CD;</li> <li>- 2009: Ex-presidente da AMB, Eleuses Paiva (DEM-SP) assume mandato na CD e a secretaria executiva da Frente Parlamentar da Saúde <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Proposição da EC 454 – Carreira de Estado do Médico (em conjunto com o então deputado Ronaldo Caiado - DEM/GO);</i></li> <li>- <i>Atuação para aprovação do PL do ato médico;</i></li> </ul> </li> <li>- Apoio à constituição da Comissão de Ensino Médico pelo MEC (2008) – avaliação de cursos com baixo desempenho no ENADE;</li> <li>- Entidades se retiraram do CNS; recusa em participar do processo eleitoral (2009);</li> <li>- Revalidação de diplomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Atuação em instâncias do governo (GT interministerial e, após, subcomissão da CIGES) – recuo do governo e criação de exame nacional para todos os diplomas (piloto);</i></li> <li>- <i>No Legislativo: apoio de deputados com reprovação de pareceres sobre o Ajuste Complementar. Retirado de pauta em 2009;</i></li> </ul> </li> <li>- 2010. Participação na comissão especial do MS para desenvolvimento de proposta de Carreira Federal para médicos, dentistas e enfermeiros: apresentação documento da FENAM sobre o PCCV.</li> </ul> |

Quadro 3 - Momentos das interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde, Brasil, de 2003 a 2015 (continuação)

| <b>Provimento e Fixação de Médicos como Prioridade da Política, Ampliação das Mobilizações e Tensões no Diálogo com o Governo Federal 2011 a 2012</b>  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Política Nacional</b>   | <b>Entidades médicas</b>   | <b>Interações Governo-Corporação médica</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Início do governo Dilma: continuidade mas com recomposições dos quadros MS e SGTES;</li> <li>- SGTES: mantidas ações em curso com reformulações pontuais e tentativas de ampliação dos recursos financeiros <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>DEGERTS: revisões nas ações e ações voltadas para estados e municípios. Prêmio InovaSUS. MNNP-SUS, aproximação com OIT;</i></li> <li>- <i>DEGES: edital Pró-Pet; retomada do VER-SUS (2012), novos editais Pró-internato e Pró-Residência (discussão sobre prioridade da MFC);</i></li> </ul> </li> <li>- Medicina como prioridade (provimento e fixação de médicos): normatização regras do FIES (parceria com DAB/SAS/MS); serviço civil-PROVAB;</li> <li>- Agenda de debates sobre escassez de médicos; novas opções de políticas na mesa de discussões a partir de 2012 (importação de médicos; aumento de vagas de medicina);</li> <li>- Instituição do REVALIDA (MEC-INEP)</li> <li>- Menor ênfase nos espaços de concertação da política; crescente postura de sobreposição da decisão governamental;</li> <li>- Marco regulatório da Residência Médica: SESu/MEC</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensificação das mobilizações pela Comissão Nacional Pró-SUS; reforço da pauta da carreira como caminho para a interiorização do médico;</li> <li>- Maior ação política dos CRM, valorizada na agenda estratégica do CFM, em atos e paralisações estaduais</li> <li>- Reorganização da agenda em defesa do financiamento do SUS em 2012, após a Lei nº141/2012 (envolvimento no Saúde+10)</li> <li>- Organização de lutas em defesa dos médicos do setor privado (abusos das operadoras, baixos honorários): Comissões de Saúde Suplementar e da CBHPM – AMB</li> <li>- Reforço no legislativo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Dep. Eleuses Paiva (PSD-SP); vice-presidente da Frente Parlamentar da Saúde;</i></li> <li>- <i>Senador Paulo Davim (PV-RN): ex-diretor da AMB;</i></li> <li>- <i>Criação do cargo de Diretor de Assuntos Parlamentares na AMB;</i></li> <li>- <i>CAP: ações nas redes sociais; fórum das CAP estaduais</i></li> </ul> </li> <li>- REVALIDA como bandeira de luta</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2011 - Expectativas positivas quanto à indicação do ministro da saúde Alexandre Padilha; aproximação com equipes MS e SGTES;</li> <li>- Intensa negociação em torno do PROVAB: discordâncias quanto ao bônus do programa para ingresso na RM; críticas ao modelo de supervisão;</li> <li>- 2012 - Problemas no diálogo e brechas em acordos negociados no PROVAB;</li> <li>- Reação da corporação ao anúncio do governo de abertura de 2 mil vagas de medicina; repúdio à reabertura de vagas de cursos com mau desempenho pelo CNE;</li> <li>- Denúncias da ocorrência de processos paralelos de revalidação de diplomas em algumas universidades; repúdio às declarações do governo de ‘importação de médicos’ sem submissão dos diplomas ao REVALIDA como política de provimento; atuação dos parlamentares Eleuses Paiva e Paulo Davim – PLs para transformar o Exame em Lei;</li> <li>- Oposição à proposta de nova estrutura da CNRM: formalização do CONASS e CONASEMS com direito a voto e criação de uma câmara recursal</li> </ul> |

Quadro 3 - Momentos das interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde, Brasil, de 2003 a 2015 (conclusão)

| <b>A Medicina como Marco de Governo, Esgotamento do Diálogo, Ruptura e Oposição ao Governo Federal<br/>2013 a 2015</b>   |  |  |
|--|--|--|
| <b>Política Nacional</b>   | <b>Entidades médicas</b>   | <b>Interações Governo-Corporação médica</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Contexto de crise política e econômica; manifestações populares; problemas com o Congresso Nacional (2015)</li> <li>– Agenda voltada predominantemente para o PMM: Marco de governo da presidente Dilma; primeiro anúncio em fevereiro de 2013;</li> <li>– Criação do DEPREPS: abrigou o PMM, PROVAB, Pró-Residência e Programa Nacional de Bolsas de RMS;</li> <li>– Pró-Residência: apoio financeiro, prioridade para MFC e formação de tutores e preceptores;</li> <li>– PROVAB: o MS passa a pagar os médicos (bolsas)</li> <li>– Pet Saúde e Pró-Internato: novo editais e versões; continuidade da execução do Pró-Saúde</li> <li>– Lançamento do Programa Mais Médicos (edição de MP em julho 2013)</li> <li>– Agenda a partir de 2015: menos intensa, com manutenção da prioridade no PMM; tentativa de criar o Cadastro Nacional de Especialistas; COAPES</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Continuidade das mobilizações pela valorização da medicina no setor público e a pauta do financiamento;</li> <li>– Intensificação das estratégias de rebatimento das ações do governo na área de provimento e fixação de médicos;</li> <li>– Foco na Carreira de Estado; realização de campanhas publicitárias; aproximação com o FONACATE</li> <li>– PMM: criação do Comitê Nacional de Mobilização das Entidades Médicas (AMB, ANMR, CFM, FENAM e FBAM)</li> <li>– Realização de edição extraordinária do Encontro Nacional das Entidades Médicas (ENEM)</li> <li>– 2015: relações frágeis; menor empenho das entidades em manter a estratégia de unidade nacional; continuidade ações conjuntas; <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Agendas individuais com o governo;</i></li> <li>– <i>Saída da AMB da Comissão Nacional de Saúde Suplementar;</i></li> <li>– <i>AMB e FENAM criam a Frente Nacional em Defesa da Saúde, da Medicina e do Médico. CFM não participa;</i></li> <li>– <i>Saída da FENAM da CAP; criação da CAP-FENAM (2013);</i></li> </ul> </li> <li>– Instabilidade na FENAM: criação da FMB</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Acirramento das tensões com o governo;</li> <li>– Formulação de propostas em contraponto aos anúncios do governo; tentativas de diálogo e abertura de negociação, com pouca ressonância no governo.</li> <li>– Esgotamento das possibilidades de diálogo com intensificação da conduta de sobreposição da decisão governamental;</li> <li>– Manifestações do movimento médico pelo país: repúdio aos anúncios da ‘importação de médicos estrangeiros; Campanha ‘REVALIDA Sim’</li> <li>– Comunicação da ruptura com o governo, após lançamento do Mais Médicos: saída de comissões do MS e do CNS</li> <li>– Recuo do governo (MEC) sobre a ampliação do tempo de formação em medicina</li> <li>– Enfrentamento ao PMM; judicialização; busca de apoio do Congresso (bancada oposicionista); CFM na condução por acordos com o relator da MP do PMM; reversão de alguns pontos.</li> <li>– A partir de 2014: conduta de oposição crescente ao governo federal; denúncias sobre má gestão, corrupção e não cumprimento de metas de governo (contexto eleitoral)</li> <li>– 2015. Reação ao decreto do Cadastro Nacional de Especialistas; articulação bem-sucedida no Congresso Nacional, com recuo do governo.</li> </ul> |

Fonte: O autor, 2018.



## 8 CONCLUSÕES

Este trabalho examinou as interações entre as entidades médicas nacionais e os agentes governamentais na política nacional de trabalho e educação na saúde produzida no período de 2003 a 2015. Enfatizou-se a elucidação de regras, atores e contextos político-institucionais presentes nos distintos momentos que demarcaram e caracterizaram esses processos interativos, incluindo também a relevância dos processos históricos que os condicionam.

A abordagem do institucionalismo histórico possibilitou identificar condicionantes da atuação das entidades, existentes desde às origens das mesmas, que remontam aos processos de profissionalização da medicina no Brasil. Além disso, os arranjos institucionais estabelecidos no decorrer das trajetórias destas organizações expressaram *feedbacks* no contexto de organização do movimento médico nacional dos anos 2000. É o caso das conexões entre a AMB e o CFM, que se desdobraram na formação da aliança política e programática de 1999, estruturada com o intuito de operar uma agenda de fortalecimento e unidade da representação médica no nível nacional. O avanço e consolidação desse arranjo, bem visível até 2009, deixaram “marcas” na atuação conjunta das entidades, ao passo que, mesmo diante de fragilidades e alterações na dinâmica dessa agenda, conformou-se como regra, prevalecendo nos posicionamentos unificados, nas mobilizações nacionais mutuamente organizadas e nas formas de abordagem junto aos governos, em defesa dos seus interesses corporativos.

Observou-se que o conteúdo da agenda do movimento médico nacional expressou a intencionalidade do ‘setor da medicina’ em projetar-se hegemonicamente na sociedade (referencial do setor), com valorização do papel social do médico articulada aos interesses corporativos. Dois pontos da pauta médica refletem de forma mais evidente essa constatação, ao serem acolhidos no âmbito da política nacional: o processo de regulamentação da medicina (Ato Médico) e a constituição do REVALIDA, ambos defendidos como mecanismos protetores da população, à qual estaria garantida melhor qualidade na prestação do cuidado médico.

É possível afirmar que as entidades conformaram uma comunidade de política que buscou intervir em processos decisórios ocorridos em arenas estatais, compartilhando valores e visões sobre quais deveriam ser os desfechos da política nacional, como no caso da defesa ‘intransigente’ da carreira de Estado e no rígido posicionamento de que não há escassez de médicos no país. Observou-se o predomínio de médicos ocupando postos de comando nas estruturas estatais, o que sinaliza para a possibilidade de conexões destes com as entidades de representação gerando repercussões nas interações e nos resultados da política. Entretanto, o

necessário aprofundamento sobre os vínculos individuais e dos grupos presentes nas arenas não compreendeu o escopo desta pesquisa.

No que se refere à política nacional, o exame de um período mais ampliado da sua trajetória, incluindo um recorte temporal de treze anos, evidenciou que o tema do provimento e fixação de médicos, projetado de forma mais evidente ao ser elevado a marco de governo no âmbito do PMM em 2013, estava atrelado a uma agenda governamental anterior (conformada desde os governos Lula) e que buscou gradativamente avançar com iniciativas sobre o problema. Nesse sentido, a temática é fruto das decisões tomadas ao longo da trajetória da política iniciada em 2003 (com legados também oriundos de períodos anteriores), não representando um elemento novo no conteúdo da agenda do governo para a política de saúde naquele período.

Por outro lado, as formas de implementação do conteúdo dessa agenda alteraram-se substantivamente em 2011/2012, expressos por mudanças na postura do governo sobre o processo decisório, na revisão de mecanismos e diretrizes da política e no relacionamento com as organizações médicas. Tais mudanças foram produzidas na própria trajetória da política, combinando o desejo de avançar e incorporar novas ideias e motivações (e também superar determinadas contingências decorrentes dos processos de negociação com a corporação), com a reorientação das regras instituídas, o que configurou uma situação de *path shaping*. Ou seja, produziu-se mudança institucional, mas com preservação e fortalecimento do projeto político idealizado.

A dimensão relacional da análise possibilitou identificar a diversidade de arenas de interação governo-corporação médica, com variações na permeabilidade aos interesses corporativos e nos desfechos produzidos. A existência de múltiplas arenas no âmbito da política estudada propiciou resultados distintos para um mesmo objeto da ação governamental, como reflexo da atuação contingente dos atores em interação nas variadas “frentes da política”. Um exemplo concreto a partir da análise empreendida é a coexistência do Exame Nacional REVALIDA, conquista do movimento médico fruto de certa permeabilidade da estrutura estatal ao pleito corporativo; e da sistemática que viabiliza a sua dispensa para os médicos estrangeiros participantes do Programa Mais Médicos, resultado de certa autonomização do Estado no processo decisório.

Como limites do estudo, ressalta-se que, em função do foco nas interações, não foram suficientemente exploradas as possíveis contribuições do perfil, formação, origem e trajetória dos atores governamentais e da corporação médica nas explicações sobre a política produzida,

a agenda corporativa dos médicos e as interações e seus desfechos. Outro limite identificado diz respeito à agenda da corporação médica orientada para o setor privado da saúde que, embora mapeada, os seus desdobramentos não se expressaram integralmente no ambiente e nos resultados da política analisada, cujo objeto predominante era o trabalho e a educação na saúde no SUS. Tal fato demanda estudos adicionais que focalizem as interações com outras organizações governamentais, como a ANS, e busque identificar aspectos institucionais próprios ao setor privado da medicina.

Por fim, a pesquisa pôs em evidência que o deslocamento de uma situação de diálogo entre os atores para um quadro de ruptura nas relações entre governo e corporação médica na política de trabalho e educação na saúde repercutiu no desenvolvimento do SUS. Faz-se necessária a preservação dos processos de negociação, de modo a consolidar um ambiente institucional que favoreça uma adesão mais forte da categoria médica ao projeto do sistema público, tendo em vista a centralidade da profissão, os recursos de poder que possui e a legitimidade social por ela conquistada.

## REFERÊNCIAS

- ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima De. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 633–667, 2016.
- ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima De. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 21, n. suppl 1, p. 1143–1156, 2017.
- ALMEIDA, Celia. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 13, n. 4, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000400009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000400009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 13 set. 2015.
- ANGELIN, Paulo Eduardo. Profissionalismo e Profissão: Teorias Sociológicas e o Processo de Profissionalização no Brasil. **REDD - Revista Espaço de Diálogo e Desconexão**, [s. l.], v. 3, n. 1, 2010.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Estatuto Social da Associação Médica Brasileira**, 2016.
- AVRITZER, Leonardo. Um desenho institucional para o novo associativismo. **Lua Nova**, [s. l.], n. 39, 1997.
- AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lilia Blima. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. **Salud Colectiva**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 9, 2016.
- BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Brasília, DF: Ed. Univ. de Brasília, 1993.
- BRASIL, Conselho Federal Medicina. **Resolução CFM nº 1.998/2012. Aprova o Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina**, 2012.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003. Aprova a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a Estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da educação permanente**, 2003. a.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 331, de 04 de novembro de 2003. Ratificar o ato de reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS-MNNP-SUS.**, 2003. b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde : SGETS : políticas e ações**Ministério da Saúde, , 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estudo sobre sociedades de especialistas em medicina no Brasil: parte integrante do estudo sobre especialização médica na América Latina e Caribe**Ministério da Saúde, , [s.d.] . Acesso em: 12 jun. 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o ministério da educação e da saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.**, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.093, de 19 de maio de 2006. Institui o Programa Interministerial de Apoio à Consolidação dos Novos Cursos de Medicina das Universidades Federais**, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão SGTES 2007**, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**, 2003. c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde. Agenda Positiva**, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Relatório Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS. “Em defesa da legalidade da ação do Estado e dos direitos dos trabalhadores”**, [s.d.].

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os conselhos de medicina, e dá outras providências**, 1957. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L3268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm)>

BRASIL/CUBA. **Protocolo de Intenções na Área de Educação, Saúde e Trabalho com vistas ao Reconhecimento Recíproco de Diplomas de Graduação e de Pós-Graduação “Stricto Sensu” na Área da Saúde entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba**, 2003. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b\\_75&gws\\_rd=cr&dcr=0&ei=MW7hWfOAJcvGwASBn4qoCQ](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_75&gws_rd=cr&dcr=0&ei=MW7hWfOAJcvGwASBn4qoCQ)>. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL/CUBA. **Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Cultural e Educacional entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba para o Reconhecimento de Títulos de Medicina Expedidos em Cuba**, 2006.

CAMPOS, Francisco Eduardo; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Eds.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. [s.l.] : Editora Fiocruz, 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábdo Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, [s. l.], n. 44, p. 13–24, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Os médicos e a política de saúde: entre a estatização e o empresariamento: a defesa da prática liberal da medicina**. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.

CARDOSO, Adalberto Moreira. Um Referente Fora de Foco: Sobre a Representatividade do Sindicalismo no Brasil. **Dados**, [s. l.], v. 40, n. 2, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52581997000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 21 jan. 2016.

CARVALHO, Mônica Sampaio De; SOUSA, Maria Fátima De. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

CARVALHO, Viviane Karoline da Silva; MARQUES, Carla Pintas; SILVA, Everton Nunes Da. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 9, p. 2773–2784, 2016.

CASTRO, Maria Helena Guimarães. Conflitos e interesses na implementação da reforma da política de saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 35, p. 15–21, 1992.

CASTRO, Thiago Figueiredo. **Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos**. 2015. Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

CHAVES, Huylmer Lucena et al. Vagas para residência médica no Brasil: Onde estão e o que é avaliado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 557–565, 2013.

COMES, Yamila et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 9, p. 2749–2759, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Comissões e Câmaras Técnicas**, 2015. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=category&id=32&Itemid=29](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=32&Itemid=29)>. Acesso em: 2 out. 2016.

CORTES, Soraia Vargas. Sociologia e políticas públicas. In: MARQUES, Eduardo Cesar; FARIA, Carlos Aurelio Pimenta (Eds.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Unesp e Editora Fiocruz, 2013.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 7, p. 1626–1633, 2009.

COUTO, Mariele Pena De. **O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil**. 2015. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias De; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 1613–1624, 2013.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho.** [s.l.] : Pioneira, 1975.

EPSM/NESCON/FM/UFG. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde,** 2009. Disponível em: <[http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20nacional%20da%20demanda%20de%20m%C3%A9dicos%20especialistas.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20nacional%20da%20demanda%20de%20m%C3%A9dicos%20especialistas.pdf)>

EPSM/NESCON/FM/UFG. **Boletim Sinais do Mercado de Trabalho em Saúde. Evolução do Mercado Formativo de Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas, 1993 a 2010,** 2012. a.

EPSM/NESCON/FM/UFG. **Relatório Final: monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil,** 2012. b. Disponível em: <[http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Monitoramento%20da%20demanda%20por%20especialidades%20e%20residencias%20medicas%20no%20Brasil.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Monitoramento%20da%20demanda%20por%20especialidades%20e%20residencias%20medicas%20no%20Brasil.pdf)>

EPSM/NESCON/FM/UFG. **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,** 2014. Disponível em: <[http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate\\_Pesquisa/Mercado%20de%20trabalho%20das%20profiss%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20de%20n%C3%ADvel%20superior%20no%20Brasil%20\(Rel.%20Final\).pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Mercado%20de%20trabalho%20das%20profiss%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20de%20n%C3%ADvel%20superior%20no%20Brasil%20(Rel.%20Final).pdf)>

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1999.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. **FENAM 35 anos de luta pela classe médica.** Rio de Janeiro.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. **Estatuto social da Federação Nacional dos Médicos,** 2013. Disponível em: <<http://www.fenam.org.br/estatuto>>. Acesso em: 25 set. 2015.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. **Fenam 40 anos.** [s.l: s.n.].

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. **Diretoria da FENAM para o triênio 2015-2018,** 2015. Disponível em: <<http://www.fenam.org.br/diretoria>>. Acesso em: 2 out. 2016.

FERLA, Alcindo Antonio; POSSA, Lisiane Bôer. Gestão da educação e do trabalho na saúde: enfrentando crises ou enfrentando o problema? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** [s. l.], v. 17, n. 47, p. 927–8, 2013.

FERRAZ, Alexandre Sampaio. Novos rumos do sindicalismo no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais,** [s. l.], v. 29, n. 86, p. 109–123, 2014.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** [s. l.], v. 17, n. 47, p. 929–930, 2013.

FRANÇA, Tânia et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 6, p. 1817–1828, 2017.

GERSCHMAN, Silvia Victoria. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. 2a. ed ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2004.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 9, p. 2675–2684, 2016.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 21, n. suppl 1, p. 1103–1114, 2017.

GONÇALVES, Rogério Fabiano et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 9, p. 2815–2824, 2016.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José De. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis (Rio J.)**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 551–570, 2010.

HADDAD ET AL. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], 2009.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, [s. l.], n. 58, p. 193–223, 2003.

IMPAGLIAZZO, Sandra Pereira. **A voz do Conselho Federal de Medicina: da defesa da ética à ação corporativa**. 1999. Dissertação de Mestrado - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

JAEGER, Maria Luiza. **Entrevista com Maria Luiza Jaeger para o Projeto Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: dinâmica e determinantes**. [s.l: s.n.]

LABRA, Maria Eliana. Associativismo no setor saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 193–225, 1993.

LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira; GERASSI, Camila Duarte. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: **MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde**. [s.l: s.n.]. p. 111–137.

LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa. **Corporação médica e reforma sanitária**. 1994. Dissertação de Mestrado - Escola de Administração Pública - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1994.

LÓPEZ-VALCAREL, Beatriz Gonzalez; PÉREZ, Patricia Barber; VEGA, Rafael Suárez. **Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil. Projeções para 2020.**, 2011. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>>



LUIZ, Ronir Raggio; BAHIA, Lígia. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Rev Saude Publica**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 689–698, 2009.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatia Vargas Faria. A agenda federal da saúde: dinâmica e prioridade. In: **Políticas de Saúde no Brasil continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 324.

MACHADO, Maria Helena (ED.). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1997.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, Nisia Trindade et al. (Eds.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. 1ª edição ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MARQUES, Eduardo Cesar. Notas Críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais BIB**, [s. l.], n. 43, 1997.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 9, p. 2907–2915, 2016.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2007.

NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira; SIQUEIRA, José Eduardo. Conselhos de medicina: criação, trajetória e consolidação. **Brasília Médica**, [s. l.], v. 46, n. 2, p. 140–149, 2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Distribuição dos vínculos dos profissionais de saúde por setores institucionais. In: RODRIGUES, Valdemar de Almeida; NOGUEIRA, Roberto Passos (Eds.). **Mapa federativo da remuneração de profissionais de saúde Contribuição à gestão do trabalho em saúde**. Brasília, DF: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Universidade de Brasília (UnB), 2014. p. 220.

NOGUEIRA, Roberto Passos; RODRIGUES, Valdemar de Almeida. Remuneração dos profissionais de saúde e comparação com outros profissionais nos setores público e privado. In: NOGUEIRA, Roberto Passos; RODRIGUES, Valdemar de Almeida (Eds.). **Mapa federativo da remuneração de profissionais de saúde. Contribuição à gestão do trabalho em saúde**. Brasília, DF: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Universidade de Brasília (UnB), 2014.

OLIVEIRA, Ana Paula Cavalcante De et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1165–1180, 2017.

OLIVEIRA, Felipe Proença De et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 19, n. 54, p. 623–634, 2015.

PEREIRA NETO, André de F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 600–615, 1995.

PEREIRA NETO, André de F. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 399–409, 2000.

PEREIRA NETO, Andre de F. **Passado e presente. O movimento médico no Brasil**Jornal do Sindmed RJ, , 2002.

PEREIRA NETO, Andre Faria. Ética e institucionalização da profissão médica (1927-57): Repertório de fontes documentais para uma história da criação dos conselhos de medicina. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 5, n. 2, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701998000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 1 ago. 2015.

PEREIRA NETO, André Faria. Os médicos e o Estado (1922): uma relação de tensão e colaboração. **Clio - Revista de Pesquisa História**, [s. l.], v. 2, n. 24, p. 37–62, 2006.

PEREIRA NETO, Andre Faria; MAIO, Marcos Chor. Origem e trajetória inicial do sindicato médico brasileiro: algumas considerações. **Cadernos de História e Saúde**, [s. l.], 1992.

PETTA, Helena Lemos. 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**, [s. l.], v. 37 (1), p. 72–79, 2013.

PIERANTONI, Célia Regina et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 685–704, 2008.

PIERANTONI, Celia Regina et al. **Graduações em Saúde no Brasil: 2000 a 2010**. Rio de Janeiro, RJ: Cepesc: IMS/UERJ, 2012.

PIERANTONI, Célia Regina et al. **Nota técnica 4 - Novos Caminhos. Formação Médica em Nível de Graduação: Período 2000-2013**Região e Redes, , 2015.

PIERANTONI, Celia Regina; FRANÇA, Tania; VARELLA, Thereza Christina. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil - 1995 a 2003. Medicina. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Ed.). **Diâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Brasília, DF. p. 409.

PIERANTONI, Célia Regina; VIANA, Ana Luiza d'Ávila Viana. **Educação e Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 1525–1534, 2013.

PIRES, Roberto; VAZ, Alexander. **Participação social como método de governo? Um mapeamento das “interfaces socioestatais” nos programas federais**. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

PITTELLI, Sérgio Domingos. O poder normativo do Conselho Federal de Medicina e o direito constitucional à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 38–59, 2002.

POGREBINSCHI, Thamy; SANTOS, Fabiano. Participação como representação: o impacto das conferências nacionais de políticas públicas no Congresso Nacional. **Dados**, [s. l.], v. 54, n. 3, p. 259–305, 2011.

PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica Viegas. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 22, n. 8, p. 1555–1564, 2006.

QUEIROZ, Marcos Souza. Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 318–325, 1991.

REIS, Helio Barroso. **AMB 60 anos 1951-2011**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2011.

RIBEIRO, Dominic Doula; PELEGRINI, Tatiane; RODRIGUES, Cristiana Tristão. Implementação e prospecções do Programa Mais Médicos no Brasil sob o enfoque do modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon. **Revista Espacios**, [s. l.], v. 38, n. 38, p. 17, 2017.

RIBEIRO, Maria Aparecida Andrés. **Apontamentos sobre residência médica no Brasil** Câmara dos Deputados. Consultoria Legislativa, , 2011.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 1147–1166, 2013.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 479–498, 2009.

SANTANA, Marco Aurélio. Entre a ruptura e a continuidade: visões da história do movimento sindical brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 14, n. 41, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69091999000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 21 jan. 2016.

SANTANA, Marco Aurélio; BRAGA, Ruy. O pêndulo oscilante: sociologia do trabalho e movimento sindical no Brasil. **Caderno CRH**, [s. l.], v. 22, n. 56, p. 297–309, 2009.

SANTOS, Andre Filipe Pereira Reid. Principais abordagens sociológicas para análise das profissões. **BIB**, [s. l.], n. 71, p. 25–43, 2011.

SANTOS, Regina Célia Nunes Dos; SOBRINHO, Délcio da FOnseca. O associativismo médico em Minas Gerais. **Rev Med Minas Gerais**, [s. l.], v. 18, n. 4. Suplemento 4, p. S74–S79, 2008.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 11, p. 3547–3552, 2015.

SANTOS NETO, Pedro Miguel Dos. **O Processo da Profissionalização Médica em Pernambuco - Um Estudo sobre a Categoria Médica Pernambucana, sua Organização, seus Interesses**. 1993. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 1993.

SCHEFFER ET AL. **Demografia Médica no Brasil. Dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina, 2011. v. I

SCHEFFER ET AL. **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina, 2015.

SCHEFFER, Mário C.; DAL POZ, Mario R. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. **Human Resources for Health**, [s. l.], v. 13, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0095-2>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

SCHEFFER, Mario César; CASSENOTE, Alex Jones Flores. A feminização da medicina no Brasil. **Rev. Bioét. (impr.)**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 268–77, 2013.

SCHRAIBER, Lilia Blima. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 57–64, 1995.

SILVA, Vinício Oliveira Da et al. Trabalho e educação na saúde: análise da produção científica brasileira entre 2011 e 2014. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. spe3, p. 296–315, 2017.

SILVA, Luiz Moraes de Oliveira Silva; DEDECCA. Dimensão e características do mercado de trabalho no macrocomplexo da saúde brasileira. **Revista da ABET**, [s. l.], v. 4, n. 2, 2006.

SOUZA, Celina. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2007. p. 65–86.

SOUZA, Leonardo De. **Representações do "Programa Mais Médicos pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina**. 2014. Dissertação de Mestrado - Universidade de Brasília, Instituto de Letras, Departamento de Linguística, Português e Línguas Clássicas, Programa de Pós-Graduação em Linguística, Brasília, DF, 2014.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Profissionais e trabalhadores de saúde no Brasil: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 1535–1536, 2013.

TEIXEIRA, Cláudia Regina Rodrigues Ribeiro. **A reforma Pedro Ernesto (1933): perdas e ganhos para os médicos do Distrito Federal**. 2004. Dissertação de Mestrado - Casa de Oswaldo Cruz - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

TEIXEIRA, Márcia; OLIVEIRA, Roberta Gondim; ARANTES, Rosana Freitas. Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In: LIMA, Luciana Dias De; MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Eds.). **Políticas de Saúde no Brasil continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 342.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury; GERSCHMAN, Silvia. **Relatório parcial da pesquisa movimentos sociais, construção de hegemonia e formulação de políticas: um estudo sobre o movimento médico e os movimentos populares em saúde**. Rio de Janeiro: NUPES, 1990.

VIANA, Ana Luiza Davila; BAPTISTA, Tatiana Wargas Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1ª edição ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 33–74.

VIEIRA ET AL. **Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia**, 2004.

VIEIRA, Felipe Almeida. **“Fazer a classe”: Identidade, Representação e Memória na Luta do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul pela Regulamentação Profissional (1931-1943)**. 2009. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

WEBER, Beatriz Teixeira. Identidade e corporação médica no sul do Brasil na primeira metade do século XX. **VARIA HISTORIA**, [s. l.], v. 26, n. 44, p. 421–435, 2010.

## APÊNDICE A - LEGISLAÇÃO CONSULTADA

**Decreto Presidencial de 23 de outubro de 2003.** Cria Comissão Interministerial com a finalidade de analisar as condições para o registro recíproco dos diplomas de graduação e pós-graduação *stricto sensu*, conforme o disposto no Protocolo de Intenções na área de Educação, Saúde e Trabalho, firmado entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba, e dá outras providências.

**Resolução CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003.** Aprova a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o Sus: Caminhos para a educação permanente em Saúde” e a estratégia de “PÓLOS OU RODAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE,” como instâncias loco regionais e interinstitucionais de gestão da educação permanente.

**Portaria GM/MS nº 2.429, de 23 de dezembro de 2003.** Cria câmara de regulação do trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e educação na Saúde do Ministério da Saúde.

**Portaria GM/MS nº 2.428, de 23 de dezembro de 2003.** Cria comissão especial para elaborar as diretrizes do plano de carreira, cargos e salários do âmbito do SUS.

**Portaria GM/MS nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003.** Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências.

**Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

**Portaria SGTES/MS nº 1, de 11 de março de 2004.** Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório e Recursos Humanos em Saúde.

**Resolução CNS nº 337, de 11 de março de 2004.** Recomenda aos Ministros de Estado da Saúde e da Educação manter a suspensão da abertura de novos cursos na Área da Saúde, conforme disposto nas resoluções CNS nº 324, de 03 de julho de 2003 e nº 336, de 15 de fevereiro de 2004.

**Portaria GM/MS nº 626, de 8 de abril de 2004.** Cria comissão especial para elaborar as Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS.

**Portaria GM/MS nº 827, de 05 de maio de 2004.** Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências.

**Portaria GM/MS nº 592, de 20 de abril de 2005.** Convoca a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências.

**Portaria GM/MS nº 623, de 27 de abril de 2005.** Institui a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

**Resolução nº 350, de 09 de junho de 2005.** Afirma entendimento de que a homologação da abertura de cursos na área da saúde pelo Ministério da Educação somente seja possível com a não objeção do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, cumprindo-se as considerações acima, relativamente à Constituição Federal, dentre outros.

**Portaria GM/MS nº 908, de 14 de junho de 2005.** Reinstala a Comissão Especial responsável pela elaboração das Diretrizes de Planos de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS.

**Portaria GM/MS nº 1.055, de 04 de julho de 2005.** Institui a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de promover a pactuação interinstitucional e intersetorial em torno das Diretrizes Políticas Gerais da Educação Permanente em Saúde no âmbito do SUS, bem como de seu acompanhamento e proposição das diretrizes de avaliação.

**Portaria GM/MS nº 1.111, de 05 de julho de 2005.** Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho.

**Portaria GM/MS nº 1.156, de 07 de julho de 2005.** Institui o Fórum Permanente Mercosul para o trabalho em Saúde.

**Portaria GM/MS nº 1.155, de 07 de julho de 2005.** Constitui a Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no SUS.

**Resolução CNS nº 354, de 14 de setembro de 2005.** Aprova o documento “Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde-SUS”.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005.** Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os Cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.118, de 03 de novembro de 2005.** Institui Parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para Cooperação Técnica na Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos na Área da Saúde.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.117, de 03 de novembro de 2005.** Institui no Âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a residência multiprofissional em Saúde e dá outras providências.

**Portaria GM/MS nº 174, de 27 de janeiro de 2006.** Reestrutura a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.

**Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o pacto Pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

**Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão.

**Portaria GM/MS nº 928, de 02 de maio de 2006.** Constitui a Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no SUS.

**Portaria GM/MS nº 929, de 02 de maio de 2006.** Institui o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde.

**Decreto Presidencial nº 5.773, de 09 de maio de 2006.** Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.093, de 19 de maio de 2006.** Institui o Programa Interministerial de Apoio à Consolidação dos Novos Cursos de Medicina das Universidades Federais.

**Portaria GM/MS nº 1.404, de 29 de junho de 2006.** Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (Progesus).

**Decreto Presidencial nº 5.839, de 11 de julho de 2006.** Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde – CNS e dá outras providências.

**Resolução CNS nº 363, de 11 de agosto de 2006.** Aprova a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde-SUS, para implementação nas três esferas de Governo – Federal, Estadual e Municipal

**Ministério das Relações Exteriores. Ajuste ao Acordo de Cooperação. 15 de setembro de 2006.** Ajusta o Acordo de Cooperação Cultural e Educacional entre o Governo do Brasil e Cuba para o reconhecimento de títulos de Medicina expedidos em Cuba.

**Portaria GM/MS nº 2.261, de 22 de setembro de 2006.** Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (Progesus).

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.538, de 19 de outubro de 2006.** Constitui grupo de trabalho para elaborar proposta de constituição, atribuições e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - GT - CNRMS.

**Portaria GM/MS nº 35, de 04 de janeiro de 2007.** Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 45, de 12 de janeiro de 2007.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e, institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

**Portaria GM/MS nº 1.318, de 5 de junho de 2007.** Publica as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação.

**Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007.** Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.507, de 22 de junho de 2007.** Institui o programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet - Saúde.

**Portaria GM/MS nº 1.963, de 14 de agosto de 2007.** Institui Comissão para Assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), na elaboração ou na reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários.

**Portaria GM/MS nº 1.996, de 28 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as Diretrizes para a Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

**Portaria SGTES/MS nº 33, de 10 de outubro de 2007.** Nomeia os seguintes integrantes para compor a Comissão para assessorar os Órgãos e instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) na elaboração ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários.

**Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 1, de 23 de outubro de 2007.** Institui a Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 26 de novembro de 2007.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os Cursos de Graduação da Área da Saúde.

**Portaria SGTES/MS nº 3, de 06 de março de 2008.** Designa os seguintes membros para compor a Comissão Executiva do Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde - Pró-Saúde.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet – Saúde.



**Portaria GM/MS nº 383, de 19 de fevereiro de 2009.** Institui a Subcomissão de Revalidação de Diplomas para aprimorar o Processo de Revalidação de Diplomas Expedidos por Instituições de Ensino Estrangeiras, especificamente do Curso de Medicina.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 917, de 06 de maio de 2009.** Estabelece Orientações e Diretrizes Técnico-Administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação.

**Portaria SGTES/MS nº 3, de 07 de maio de 2009.** Estabelece Orientações e Diretrizes para a Concessão de Bolsas de iniciação ao trabalho, Tutoria Acadêmica e Preceptoria para a Execução do Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde - Pet-Saúde, instituído no Âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 865, de 15 de setembro de 2009.** Aprova o Projeto Piloto de revalidação de diploma de médico expedido por universidades estrangeiras e disponibilizar exame de avaliação com base em matriz referencial de correspondência curricular, com a finalidade de subsidiar os procedimentos de revalidação conduzidos por universidades públicas.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.001, de 22 de outubro de 2009.** Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

**Lei Federal nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010.** Altera a Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o FIES (permite abatimento de saldo devedor do Fies aos profissionais de Saúde da Família; Utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas Instituições de Ensino; e dá outras providências).

**Portaria GM/MS nº 402, de 24 de fevereiro de 2010.** Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências.

**Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 2, de 03 de março de 2010.** Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet Saúde), o Pet Saúde/Saúde da Família.

**Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 4, de 03 de março de 2010.** Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet Saúde) o Pró-Internato em apoio ao Internato Médico Realizado em Universidades Federais.

**Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 3, de 03 de março de 2010.** Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet Saúde), o Pet Saúde/Vigilância em Saúde.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03 de março de 2010.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet Saúde) e dá outras providências.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 422, de 03 de março de 2010.** Estabelece orientações e diretrizes técnico administrativas para a Execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação.

**Portaria GM/MS nº 452, de 04 de março de 2010.** Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde.

**Portaria GM/MS nº 402, de 24 de fevereiro de 2010.** Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências.

**Portaria SGTES/MS nº 4, de 29 de março de 2010.** Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de Bolsas de Iniciação ao Trabalho, Tutoria Acadêmica e Preceptoria para a Execução do Programa de Educação pelo Trabalho para A Saúde - Pet-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação.

**Portaria GM/MS nº 2.169, de 28 de julho de 2010.** Institui comissão especial para elaboração de proposta de carreiras do SUS, com vistas a buscar soluções para ausência de profissionais permanentes na atenção à Saúde da população brasileira.

**Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 6, de 17 de setembro de 2010.** Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), o Pet-Saúde/Saúde Mental.

**Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 11, de 28 de dezembro de 2010.** Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsas para a Execução do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Pró-Residências) e institui o seu Sistema de Informações Gerenciais (SIG-Residências), no âmbito do Ministério da Saúde.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 278, de 17 de março de 2011.** Institui o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras - REVALIDA

**Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 1, de 20 de abril de 2011.** Nomeia os membros da Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos, indicados por suas instituições.

**Portaria GM/MS nº 1.377, de 13 de junho de 2011.** Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de Saúde da Família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º Do Art. 6º-B Da Lei Nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências. (Redação Dada Pela Portaria 203/2013/MS).

**Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o Planejamento da Saúde, a Assistência à Saúde e a Articulação Interfederativa, e dá outras providências.

**Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

**Portaria Conjunta SGTES/SAS nº 2, de 25 de agosto de 2011.** Define os Municípios prioritizados e a relação das especialidades médicas e áreas de atuação segundo os critérios dispostos na Portaria Nº 1.377/2011, para fins do benefício previsto no inciso II e § 3º Do Art. 6º B da Lei Nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES).

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.087, de 01 de setembro de 2011.** Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.

**Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 1, de 14 de setembro de 2011.** Institui a Subcomissão de Educação Profissional de Nível Médio para a Saúde, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, e dá outras providências.

**Decreto Presidencial nº 5.762, de 15 de setembro de 2011.** Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam Residência Médica e de programas de Residência Médica

**Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011.** Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).

**Resolução CNS nº 450, de 10 de novembro de 2011.** Apoia o Ministério da Saúde na realização de estudos para determinar o número de profissionais que devem ser formados anualmente, em todas as profissões da Saúde, para atender às necessidades da Sociedade Brasileira.

**Editais nº 7 e nº 8 PROVAB/MS, de 07 de dezembro de 2011.** Editais de convocação nº 7 e 8, de 7 de dezembro de 2011. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

**Portaria GM/MS nº 266, de 15 de fevereiro de 2012.** Institui o Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento da Qualidade da Formação de Profissionais de Saúde e de Estudos de Necessidade de Profissionais de Saúde e de Especialistas para o SUS.

**Portaria GM/MS nº 2.517, de 01 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal para apoio a projetos de planos de carreira e despreciação do trabalho em saúde.

**Portaria GM/MS nº 2.940, de 20 de dezembro de 2012.** Altera o § 1º do art. 4º da Portaria nº 2.517/GM/MS, de 1º de novembro de 2012, que dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal para apoio a projetos de planos de carreira e despreciação do trabalho em saúde.

**Portaria SGTES/MS nº 2, de 07 de fevereiro de 2013.** Cria o Grupo de Trabalho (GT) para elaboração de Módulos Educacionais sobre capacitação de médicos para o SUS e Cadastro Nacional de Especialistas Médicos e dá outras providências.

**Portaria GM/MS nº 203, de 08 de fevereiro de 2013.** Altera a Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, que estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º -B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências.

**Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 3, de 19 de fevereiro de 2013.** Dispõe sobre a execução da Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, alterada pela Portaria nº 203/GM/MS, de 8 de fevereiro de 2013, que estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º -B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências; as regras para abatimento do saldo devedor consolidado e a carência estendida.

**Portaria GM/MS nº 568, de 05 de abril de 2013.** Dispõe sobre a criação das Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da

Atenção Básica (PROVAB) e cria incentivo financeiro de custeio para manutenção e execução de suas atividades no ano de 2013.

**Portaria SGTES/MS nº 4, de 24 de maio de 2013.** Altera o art. 4º da Portaria nº 3/SGTES, de 15 de março de 2013, que institui os Comitês Gestores Nacional e Regional de Apoio Técnico e Operacional do III Fórum Global em Recursos Humanos em Saúde.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 08 de julho de 2013.** Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

**Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.

**Decreto Presidencial nº 8.040, de 08 de julho de 2013.** Institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos e dá outras providências.

**Portaria GM/MS nº 1.427, de 12 de julho de 2013.** Designa os representantes, titular e suplente, da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

**Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 10, de 05 de setembro de 2013.** Dispõe sobre procedimentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação de bolsistas do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

**Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

**Mensagem nº 465, de 22 de outubro de 2013** (veto ao parágrafo 1º do art. 16 do PL de conversão da MP 621/13)

**Portaria GM/MS nº 2.921, de 20 de novembro de 2013.** Dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil e institui incentivo financeiro de custeio para a manutenção e execução de suas atividades para os próximos 12 (doze) meses a contar da data de repasse do incentivo financeiro pelo Fundo Nacional de Saúde.

**Portaria SGTES/MS nº 53, de 28 de novembro de 2013.** Estabelece as Diretrizes de Monitoramento dos profissionais do PROVAB, matriculados nos cursos de especialização e dá outras providências.

**Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 2, de 24 de janeiro de 2014.** Dispõe sobre a equivalência dos termos Medicina de Família e Comunidade e Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito das atividades de formação em saúde e institui Grupo de Estudos voltado ao tema.

**Portaria SGTES/MS nº 32, de 20 de fevereiro de 2014.** Estabelece as Diretrizes de Monitoramento dos profissionais do PROVAB, matriculados nos cursos de especialização e dá outras providências.

**Resolução CNE/CES/MEC nº 3, de 20 de junho de 2014.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.

**Portaria DEPREPS/SGTES/MS nº 16, de 22 de julho de 2014.** Dispõe sobre a composição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil e das Comissões Únicas do PROVAB/Mais Médicos.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 10, de 20 de agosto de 2015.** Institui a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde.

**Decreto Presidencial nº 8.497, de 04 de agosto de 2015.** Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013

**Decreto Presidencial nº 8.516, de 10 de setembro de 2015.** Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

**Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.618, de 30 de setembro de 2015.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

## **APÊNDICE B – DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS CONSULTADOS, EXCETO LEGISLAÇÃO**

**Plano Nacional de Saúde 2004-2007.** Diretrizes: Fortalecimento da Gestão do Trabalho no SUS; Implementação da Educação Permanente e da Qualificação Profissional no SUS; Instituição e Operacionalização do Serviço Civil Profissional em Saúde

**Plano Nacional de Saúde 2008-2011.** Objetivo 4. Fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população. Diretriz 10 – Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS. Item b: Recursos Humanos.

**Plano Nacional de Saúde 2012-2015.** Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS

**Relatórios de Gestão da SGTES – 2003.1, 2003.2, 2004 a 2015**

**Resumos executivos das reuniões do Conselho Nacional de Saúde - nº 127 a 132. 2003**

**Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Ministério da Saúde. SGTES/DEGES. Brasília/DF, 25 de agosto de 2003

**Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde. Agenda Positiva.** Ministério da Saúde, SGTES/DEGERTS. Brasília/DF, 2004

**Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde. Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2005

**Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Desprecariza SUS.** Desprecarização do Trabalho no SUS: Perguntas & Respostas. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasil/DF, 2006

**PCCS-SUS. Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (Proposta para Discussão e Aprovação.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde. SGTES/DEGERTS. Brasília/DF, 2006.

**1º Relatório de Atividades.** Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Subcomissão de estudo e avaliação das necessidades de médicos especialistas no Brasil. MEC/MS. Brasília, 2008.

**Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde. Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2009

**Avaliação das necessidades de médicos especialistas. Relatório produzido pela Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil.** Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, junho de 2009.

**Fórum Mercosul para o Trabalho em Saúde.** Ministério da Saúde. SGTES/DEGERTS. Série D. Reuniões e Conferências. Brasília/DF, 2010.

**SGTES: Políticas e Ações.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília/DF, 2011

**Relatório Síntese.** Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade. Brasília/DF, 2012

**Folder Pró-Saúde – Pet-Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2013

**Discutindo Carreiras no SUS.** CONASS. Progestores. Nota Técnica 29/2013. 22 de agosto de 2013

**Folheto do DEGERTS.** Brasília/DF, 2013

### APÊNDICE C – DOCUMENTOS DAS ENTIDADES MÉDICAS CONSULTADOS

| <b>Associação Médica Brasileira (AMB)</b> |  |
|---|--|
| <b>Ano</b>                                | <b>Documento</b>   |
| 2003                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1325 a 1330)   |
| 2004                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1331 a 1333 e edição quadrimestral nº 1334)  |
| 2005                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1335 a 1340)   |
| 2006                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1341, 1342 e 1345; edições trimestrais nº 1343 e 1344)   |
| 2007                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1346 a 1348, 1350 e 1351; mensal nº 1349)  |
| 2008                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1352, 1354, 1356 e 1357; trimestral nº 1353; mensal nº 1355)   |
| 2009                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1358 a 1363)   |
| 2010                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1364 a 1369)   |
| 2011                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1370 a 1375)   |
| 2012                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1376 a 1381)   |
| 2013                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1382 a 1387)   |
| 2014                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1388 a 1393)   |
| 2015                                      | Jornal da AMB<br>(edições bimestrais nº 1394 a 1397 e 1399).<br><i>Obs.: edição 1398 set.-out. não disponível na página da AMB na internet</i> |
| 2006                                      | Nota da AMB sobre o processo eleitoral no CNS em 2006. São Paulo, 3 de agosto de 2006  |
| <b>Conselho Federal de Medicina (CFM)</b> |  |
| <b>Ano</b>                                | <b>Documento</b>   |
| 1999                                      | Jornal Medicina CFM<br>(partes das edições de outubro, novembro e dezembro)  |
| 2000                                      | Jornal Medicina CFM<br>(partes das edições de janeiro, fevereiro, março, julho-agosto, setembro e dezembro)                                    |
| 2001                                      | Jornal Medicina CFM<br>(partes das edições de janeiro, fevereiro e março-abril)  |
| 2002                                      | Jornal Medicina CFM<br>(partes das edições de janeiro-fevereiro, março, maio-junho, julho, agosto e setembro)                                  |
| 2004                                      | Jornal Medicina CFM<br>(edição bimestral nº 147)   |
| 2005                                      | Jornal Medicina CFM<br>(edição mensal nº 153)  |



|   |   |
|---|---|
| 2006  | Jornal Medicina CFM<br>(edição bimestral nº 160)  |
| 2007  | Jornal Medicina CFM<br>(edição mensal nº 167)   |
| 2008  | Jornal Medicina CFM<br>(edição mensal nº 169; bimestrais nº 170, 173 e 174)   |
| 2009  | Jornal Medicina CFM<br>(edições bimestrais nº 175 a 177; trimestrais nº 178 e 179)                                    |
| 2010  | Jornal Medicina CFM<br>(edições mensais nº 180 a 191)   |
| 2011  | Jornal Medicina CFM<br>(edições mensais nº 192 a 203)   |
| 2012  | Jornal Medicina CFM<br>(edições mensais nº 204 a 215)   |
| 2013  | Jornal Medicina CFM<br>(edições mensais nº 216 a 227)   |
| 2013  | Ofício CFM – encaminha documento à presidenta Dilma Rousseff. ‘Sugestões dos Médicos Brasileiros). 4 de abril de 2013 |
| 2014  | Jornal Medicina CFM<br>(edições mensais nº 228 a 239)   |
| 2015  | Jornal Medicina CFM<br>(edições mensais nº 240 a 251)   |
| <b>Federação Nacional dos Médicos (FENAM)</b> |   |
| <b>Ano</b>                                    | <b>Documento</b>  |
| 2009  | Plano de Carreira , Cargos e Vencimentos para Médicos. FENAM, AMB e CFM.<br><i>Produzido pela FGV</i>                 |
| 2010  | Revista Trabalho Médico<br>(edições dos meses de junho e outubro)   |
| 2011  | Revista Trabalho Médico<br>(edições dos meses de novembro e dezembro)   |
| 2012  | Revista Trabalho Médico<br>(edições dos meses de maio e outubro)  |
| 2013  | Revista Trabalho Médico<br>(edições dos meses de maio e dezembro)   |
| 2015  | Revista Trabalho Médico<br>(edições dos meses de janeiro e julho)   |

Fonte: elaboração do autor, 2018. Os documentos listados foram consultados/extraídos das páginas eletrônicas das entidades estudadas. Obs.: algumas edições do JAMB e do Jornal Medicina CFM foram publicadas em conjunto.

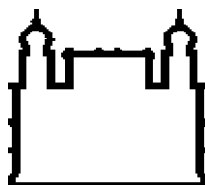
## APÊNDICE D – NOTÍCIAS DE INTERESSE CONSULTADAS

| <b>Data</b> | <b>Título</b>   | <b>Fonte</b>  |
|-------------|---|---|
| 15/07/2003  | Conselho Nacional de Saúde recomenda abertura de escolas médicas  | Portal do Conselho Federal de Medicina                          |
| 22/07/2003  | Suspensa abertura de escolas médicas  | Portal do Conselho Federal de Medicina                          |
| 02/2004     | Abertura de novos cursos de medicina: moratória!  | Jornal do Cremesp   |
| 20/06/2004  | Entrevista: Edson de Oliveira Andrade   | Portal do Conselho Federal de Medicina                          |
| 10/2004     | “A entidade médica única já existe de fato” (Entrevista. <i>O entrevistado desta edição é Eleuses Vieira Paiva, presidente da Associação Médica Brasileira</i> )            | Jornal do Cremesp   |
| 03/01/2005  | “Defendo a moralização do sistema”. <i>Figura central no movimento de boicote às operadoras, presidente da AMB negocia para que acabe bem um impasse que já dura um ano</i> | O Estado de São Paulo (entrevista reproduzida no portal do CFM) |
| 12/09/2005  | Toma posse novo presidente da FENAM   | SIMESC - Sindicato dos Médicos de Santa Catarina                |
| 23/02/2007  | Acordo com Cuba preocupa CFM, AMB e FENAM   | Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba              |
| 25/07/2007  | Ministério e faculdades buscam caminhos para formar profissionais da saúde para o SUS   | Revista Gestão Universitária                                    |
| 18/07/2008  | Divergências marcam debate sobre diploma de Cuba  | Agência Câmara  |
| 16/10/2008  | Ministério da Saúde diz estar aberto para negociar PCCS   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                             |
| 16/01/2009  | Argollo diz que FENAM vai lutar pela aprovação do salário profissional médico em 2009   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                             |
| 05/02/2009  | Comissão Pró-SUS faz análise dos três eixos de defesa do movimento médico   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                             |
| 19/03/2009  | Projeto de lei e outros assuntos de destaque para a classe médica   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                             |
| 04/05/2009  | Ministro da Saúde quer discutir atuação do Médico no Brasil com os dirigentes das entidades Nacionais   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                             |
| 05/05/2009  | Comissão se reúne para analisar abertura de cursos de medicina, psicologia e odontologia  | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                             |
| 03/06/2009  | FENAM lança plano de carreira para os médicos de todo o país  | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                             |
| 25/06/2009  | Entidades médicas querem novo modelo de avaliação para alunos formados em universidades estrangeiras  | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                             |
| 16/07/2009  | É impossível entender um Conselho de Saúde sem médicos, diz presidente da FENAM   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                             |

| <b>Data</b> | <b>Título</b>  | <b>Fonte</b>  |
|-------------|--|---|
| 09/2009     | As escolas estão formando bons médicos? Debate promovido pelo Cremesp reuniu acadêmicos e entidades para discutir a graduação no país  | Jornal do Cremesp   |
| 10/12/2009  | Entidades médicas esclarecem motivos da saída do Conselho Nacional de Saúde  | Portal do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul                    |
| 28/12/2009  | 2009 foi um ano marcante para os médicos, avalia presidente da FENAM   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 05/01/2010  | Balanço FENAM: Plano de carreira e honorários devem marcar 2010  | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 05/02/2010  | Comissão Pró-SUS se reúne no Ministério da Saúde e apresenta pauta de reivindicações das entidades nacionais   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 21/06/2010  | Cid Carvalhaes é eleito presidente da FENAM  | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 07/07/2010  | Diretoria da FENAM toma posse no próximo dia 29, em Brasília   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 15/07/2010  | Representantes de todos os Estados se reúnem no XII ENEM para discutir a saúde brasileira  | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 17/09/2010  | Presidente da FENAM apoia comissão que vai elaborar proposta de carreira no SUS  | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 06/10/2010  | Entidades demonstram preocupação com as novas propostas de avaliação dos programas de residência médica  | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 09/11/2010  | Comissão Pró-SUS define ações e estratégias para 2011  | Fala Médico – Blog oficial da FENAM                                     |
| 12/11/2010  | FENAM contrata consultoria política para atuar junto ao Congresso Nacional   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 16/11/2010  | Comissão define a progressão na Carreira do SUS para profissionais que quiserem atuar em regiões distantes   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 20/12/2010  | Ministro da Saúde recebe proposta de carreira do Sistema Único de Saúde  | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 01/03/2011  | Frente Parlamentar se reúne com ministro da Saúde  | Portal do Conselho Federal de Medicina                                  |
| 21/07/2011  | Entidades médicas voltam a debater políticas públicas no Conselho Nacional de Saúde. A convite do ministro da Saúde, CFM, AMB e Fenam acompanham a 223.ª Reunião Ordinária do CNS, que discutiu o financiamento do SUS | Portal do Conselho Federal de Medicina (reprodução do portal do CRM-PR) |
| 21/07/2011  | Plano que prevê abertura de 2,5 mil vagas para médicos precisa ser amplamente debatido   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                                     |
| 18/08/2011  | Padilha ouve entidades médicas para programa de Valorização na Atenção Básica  | Assessoria ANMR   |
| 02/09/2011  | Golpe na Residência Médica   | Assessoria ANMR   |

| <b>Data</b> | <b>Título</b>   | <b>Fonte</b>   |
|-------------|---|--|
| 28/02/2012  | Adib Jatene: Decisões equivocadas sobre escolas de medicina   | Folha de São Paulo                                   |
| 03/07/2012  | FENAM se posiciona contra o PROVAB e a favor da carreira médica   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                  |
| 24/06/2013  | Greve geral dos médicos: após pronunciamento de Dilma, médicos brasileiros pedem paralisação das atividades   | Fala Médico - Blog oficial da Fenam                  |
| 09/08/2013  | Presidente da Federação dos Médicos diz que governo desrespeita as leis trabalhistas (áudio e texto)  | Câmara dos Deputados. Rádio Câmara                   |
| 08/10/2013  | Relator da MP do Mais Médicos fecha acordo com Conselho Federal de Medicina. Mudança em texto conta com apoio do líder do governo na Câmara, mas MP ainda enfrenta resistência da Federação Nacional dos Médicos. | Câmara dos Deputados. Câmara Notícias.               |
| 11/03/2015  | Cinco pontos que você precisa saber sobre o PROVAB  | Portal do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul |

## APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ATOES GOVERNAMENTAIS)



**Ministério da Saúde**

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “O papel das organizações representativas da profissão médica na política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde”, desenvolvida pelo aluno Henrique Sant’Anna Dias, sob orientação das Professoras. Luciana Dias de Lima e Márcia Teixeira, que dará origem à tese a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

O(a) Sr(a). foi selecionado(a) pela relevante atuação na política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde no Brasil. A qualquer momento o(a) Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Esse trabalho tem como objetivo analisar a atuação das organizações representativas da profissão médica na política nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde no Brasil, entre 2003 e 2015.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista, realizada pelo pesquisador, com o auxílio de um roteiro, sobre os processos que envolveram a política nacional e a participação das entidades médicas nacionais no conjunto de iniciativas de mudanças na gestão e regulação do trabalho e da formação médica, propostas entre 2003 e 2015, e seus desdobramentos. A entrevista tem duração estimada entre 40 minutos e 1 hora e 20 minutos.

Mediante sua prévia autorização, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. O(a) senhor(a) pode solicitar a interrupção da gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista, caso a tenha autorizado.

As informações fornecidas serão processadas pelo pesquisador e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado. Na divulgação dos resultados, os entrevistados poderão eventualmente ser identificados, dada a relevância do cargo/funções e posições institucionais ocupadas. Ademais, é solicitada sua prévia autorização quanto à eventual divulgação do seu nome nos resultados da pesquisa, enquanto participante da mesma. Os resultados da análise são de inteira responsabilidade do pesquisador.

Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador, que o manterá em local seguro. A qualquer momento você poderá solicitar informações sobre a pesquisa ou sobre a sua participação nela, por meio dos contatos do pesquisador, disponibilizados neste Termo. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP

Este termo é redigido em 2 (duas) vias, ficando o(a) Sr(a) com uma via, devendo ambas ter suas folhas rubricadas e assinaturas, do pesquisador e do participante, na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP são: tel. e fax - (0XX) 21-25982863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br; sítio eletrônico: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>; endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

---

Henrique Sant'Anna Dias – (pesquisador do campo)

***Contato com o(a) pesquisador(a) responsável***

Henrique Sant'Anna Dias – Doutorando em Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ

**Tel (XX) XXXXXX /e-mails [hendias82@yahoo.com.br](mailto:hendias82@yahoo.com.br) / [henriqueserj@gmail.com](mailto:henriqueserj@gmail.com)**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

**Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

\_\_\_\_\_ (assinatura)

**Nome do entrevistado (por extenso):**

\_\_\_\_\_

**Assinale a sua opção quanto à autorização para gravar a entrevista:**

( ) Sim, autorizo a gravação da entrevista.

( ) Não autorizo a gravação da entrevista.

**Em relação à sua identificação como participante dessa pesquisa, assinale abaixo a opção que lhe for mais conveniente:**

( ) Autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa em uma relação geral de entrevistados e, eventualmente, vinculado a informações fornecidas;

( ) Autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa somente em uma relação geral de entrevistados;

( ) Não autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa.

## APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ATOES DA CORPORAÇÃO MÉDICA)



**Ministério da Saúde**

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “O papel das organizações representativas da profissão médica na política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde”, desenvolvida pelo aluno Henrique Sant’Anna Dias, sob orientação das Professoras. Luciana Dias de Lima e Márcia Teixeira, que dará origem à tese a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

O(a) Sr(a). foi selecionado(a) pela relevante atuação na política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde no Brasil. A qualquer momento o(a) Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Esse trabalho tem como objetivo analisar a atuação das organizações representativas da profissão médica na política nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde no Brasil, entre 2003 e 2015.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista, realizada pelo pesquisador, com o auxílio de um roteiro, sobre os processos que envolveram a política nacional e a participação das entidades médicas nacionais no conjunto de iniciativas de mudanças na gestão e regulação do trabalho e da formação médica, propostas entre 2003 e 2015, e seus desdobramentos. A entrevista tem duração estimada entre 40 minutos e 1 hora e 20 minutos.

Mediante sua prévia autorização, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. O(a) senhor(a) pode solicitar a interrupção da gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista, caso a tenha autorizado.

As informações fornecidas serão processadas pelo pesquisador e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado. Na divulgação dos resultados, os entrevistados poderão eventualmente ser identificados, dada a relevância do cargo/funções e posições institucionais ocupadas. Ademais, é solicitada sua prévia autorização quanto à eventual divulgação do seu nome nos resultados da pesquisa, enquanto participante da mesma. Os resultados da análise são de inteira responsabilidade do pesquisador.

Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador, que o manterá em local seguro. A qualquer momento você poderá solicitar informações sobre a pesquisa ou sobre a sua participação nela, por meio dos contatos do pesquisador, disponibilizados neste Termo. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP

Este termo é redigido em 2 (duas) vias, ficando o(a) Sr(a) com uma via, devendo ambas ter suas folhas rubricadas e assinaturas, do pesquisador e do participante, na última página. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP são: tel. e fax - (0XX) 21- 25982863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br; sítio eletrônico: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>; endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

\_\_\_\_\_  
Henrique Sant'Anna Dias – (pesquisador do campo)

***Contato com o(a) pesquisador(a) responsável***

Henrique Sant'Anna Dias – Doutorando em Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ

**Tel (XX) XXXXXXXX** /e-mails [hendias82@yahoo.com.br](mailto:hendas82@yahoo.com.br)/ [henriquesesrj@gmail.com](mailto:henriquesesrj@gmail.com)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

**Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

**Nome do entrevistado (por extenso):**

**Assinale a sua opção quanto à autorização para gravar a entrevista:**

( ) Sim, autorizo a gravação da entrevista.

( ) Não autorizo a gravação da entrevista.

**Em relação à sua identificação como participante dessa pesquisa, assinale abaixo a opção que lhe for mais conveniente:**

( ) Autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa em uma relação geral de entrevistados e, eventualmente, vinculado a informações fornecidas;

( ) Autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa somente em uma relação geral de entrevistados;

( ) Não autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa.



## APÊNDICE G – RELAÇÃO GERAL DE ENTREVISTADOS

Quadro 1 – Entrevistados segundo nome, cargo e perfil (continua)

| <b>Nome</b>                      | <b>Cargo</b>  | <b>Perfil</b>  |
|----------------------------------|---|--|
| Alceu José Peixoto Pimentel      | Coordenador da Comissão de Assuntos Políticos do CFM (desde 2006) | Médico. Foi presidente do Sindicato em Alagoas nos anos 90, com atuação na área conselhal em Alagoas e ocupando funções no âmbito do CFM.  |
| Alexandre Medeiros de Figueiredo | Diretor do DEGES (2013-2016)                                      | Médico Epidemiologista. Docente da Universidade Federal da Paraíba. Foi coordenador médico da Estratégia Saúde da Família do município de Natal e coordenador de Desenvolvimento Institucional e do Telessaúde Redes da Região Metropolitana de João Pessoa. Na UFPB, coordenou o PROVAB, o internato em saúde coletiva e a Residência em MFC.   |
| Ana Estela Haddad                | Diretora do DEGES (2005-2010)                                     | Odontóloga, Doutora em Ciências Odontológicas, é professora Associada do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP), Foi Assessora do Ministro da Educação (2003-2005)  |
| Ana Paula Cerca                  | Diretora do DEGERTS (2013-2014)                                   | Cientista social, com atuação no movimento sindical, filiada à CUT, onde desenvolveu projetos de trabalho e renda. No governo Lula, atuou no MTE (secretaria de relações de trabalho) e no Ministério da Previdência Social; no governo Dilma, foi coordenadora geral de gestão do trabalho na SGTES, antes de assumir o DEGERTS.  |
| Ângelo D'Agostini Júnior         | Diretor do DEGERTS (2015-2016)                                    | Sociólogo, experiência na área sindical, foi Diretor no SINDSAÚDE -SP. É técnico Administrativo concursado da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo  |
| Cid Célio Carvalhaes             | Presidente da FENAM (2010-2012)                                   | Médico Neurocirurgião, foi Presidente da ANMR, atuou também em cargos de Direção do SIMESP e o presidiu  |
| Denise Motta Dau                 | Diretora do DEGERTS (2011-2013)                                   | Assistente social. Mestre em Saúde Coletiva. Atuação na área sindical, com funções de direção na CUT e na CNTSS. Atuou na fundação do Sindsaúde-SP e compôs seu quadro diretivo. Foi conselheira do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social da Presidência da República (2007-2009). Ex-secretária municipal de política para mulheres da prefeitura de SP (Gestão Fernando Haddad) |

Quadro 1 – Entrevistados segundo nome, cargo e perfil (continuação)

| <b>Nome</b>                       | <b>Cargo</b>  | <b>Perfil</b>  |
|-----------------------------------|---|--|
| Felipe Proença de Oliveira        | Diretor do DEPREPS<br>(2013-2016)   | Médico. Professor Assistente do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba.  |
| Francisco Eduardo Campos          | Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde<br>(2005-2010)             | Médico Sanitarista. Professor titular aposentado do Departamento de Medicina Preventiva da FM-UFMG. Especialista em Políticas de Desenvolvimento Científico e Tecnológico da FIOCRUZ. Foi consultor permanente da Organização Pan-Americana da Saúde em Washington e temporário da OMS em Genebra. |
| Heder Murari Borba                | Presidente da FENAM<br>(1999-2003/ 2005-2006)                                   | Médico Urologista. Servidor público federal (ANVISA) Foi Coordenador Geral do Sistema Brasileiro de Transplantes do Ministério da Saúde (2011-2015).   |
| Heider Aurélio Pinto              | Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de<br>(2014-2016)          | Médico Sanitarista. Atuou como diretor do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (2011-2014)  |
| José Luiz Gomes do Amaral         | Presidente da AMB<br>(2005-2011)  | Médico Anestesiologista. Professor Titular da UNIFESP, com atuação na Associação Paulista de Medicina e Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  |
| Laura Camargo Macruz Feuerwerker  | Coordenadora de Ações estratégicas de Educação na Saúde do DEGES<br>(2003-2005) | Médica Sanitarista. Professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Política, Gestão e Saúde.   |
| Maria do Patrocínio Tenório Nunes | Secretária Executiva da CNRM  | Médica. Professora associada da Disciplina de Clínica Geral e Propedêutica do Departamento de Clínica Médica da Universidade de São Paulo.   |
| Maria Helena Machado              | Diretora do DEGERTES<br>(2003- 2010)  | Socióloga. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.  |
| Maria Paula Dallari Bucci         | Secretária de Ensino Superior do MEC<br>(2008-2010)                             | Graduação em Direito. Professora da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo  |
| Milton de Arruda Martins          | Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde<br>(2011-2012)             | Médico. Professor Titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP. Foi Presidente da ABEM por dois mandatos (2002-2008).   |
| Monica Sampaio de Carvalho        | Diretora do DEGES<br>(2012-2013)  | Médica. Assessora técnica do CONASEMS e médica sanitária concursada pela Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. Experiência nas gestões municipal e estadual da saúde em Sergipe e Aracaju.   |

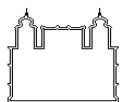
Quadro 1 – Entrevistados segundo nome, cargo e perfil (conclusão)

| <b>Nome</b>               | <b>Cargo</b>   | <b>Perfil</b>  |
|---------------------------|--|--|
| Mozart Júlio Tabosa Sales | Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (2012-2014).            | Médico. Servidor público do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (1999) e Médico Legista do Instituto de Medicina Legal de Pernambuco (2001). Exerceu cargos no governo federal nos mandatos do presidente Lula e da presidenta Dilma (2003-2016). Vereador pelo PT no Recife (2005-2008) e assessor do Gabinete do Prefeito do Recife (2009).  |
| Otto Fernando Batista     | Presidente da FENAM (2015-2017)  | Médico Ginecologista. Atuação no Sindicato dos Médicos do Espírito Santo. Foi Secretário de Saúde em Marechal Floriano, onde também foi vice-prefeito (2005-2008). Presidiu a Cooperativa dos Ginecologistas e Obstetrícia. Foi conselheiro do CRM-ES (2005-2008) e conselheiro fiscal da Unimed Vitória.  |
| Ricardo Burg Ceccim       | Direção de DEGES (2003-2005)   | Enfermeiro Sanitarista. Professor de Educação em Saúde do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da UFRGS.  |
| Rosana Puccini            | Coordenadora de Ações estratégicas de Educação na Saúde do DEGES (2011-2012) | Médica Pediatra, Professora titular da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária - Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina – Unifesp. Foi coordenadora do Promed e do Pró-Saúde Medicina da Unifesp (2003-2011). Presidente da Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Pediatria (2001-2003). Coordenadora Nacional da Rede IDA-Brasil) no período de 1990-93. Diretora do Campus São Paulo da Unifesp (2013-2017 e 2017-2021). |
| Sigisfredo Luís Breneli   | Diretor do DEGES (2011 a 2012)   | Médico. Professor do curso de medicina da Universidade Estadual de Campinas, foi presidente na ABEM de 2014 a 2016.  |
| Vinicius Ximenes          | Diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde da SESu/MEC (2013 a 2016)    | Médico Sanitarista. Professor da Faculdade de Medicina da UnB (2016). Foi professor do Curso de Medicina da UFCG (2009-2013). Membro da CNRM de junho de 2014 a março de 2016, e presidente em exercício desde janeiro de 2015 até março de 2016.  |

Fonte: O autor, 2018.

Nota: quadro construído a partir de informações concedidas durante as entrevistas; consulta ao Currículo Lattes, quando disponível; dados biográficos disponíveis nas páginas institucionais do governo e das entidades médicas; e a partir dos documentos coletados.

## APÊNDICE H – ROTEIRO DE ENTREVISTA (ATOES GOVERNAMENTAIS)



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



### ROTEIRO DE ENTREVISTA (ATOES GOVERNAMENTAIS/ESTATAIS)

**Projeto:** O papel das organizações representativas da profissão médica na política nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de realização:

Início:

Término:

#### Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo: M F

Data de nascimento:

Endereço:

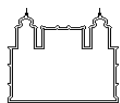
Telefone:

E-mail:

#### QUESTÕES

1. Fale sobre a sua formação, experiência profissional anterior.
2. Qual o cargo que ocupa/ocupou no governo/na organização? Por qual período/desde quando?
3. Fale sobre sua participação na política de gestão do trabalho e da educação em saúde.
4. Considerando o período em que atuou/atua como (citar o cargo), quais os principais projetos e programas desenvolvidos com foco na formação e trabalho médicos?
5. Conte os principais objetivos e estratégias desses projetos e programas. Considera que eles têm alcançado os resultados esperados?
6. Houve/há participação das entidades médicas nacionais – CFM, FENAM e AMB – na construção e desenvolvimento das iniciativas (nos espaços de negociação e decisão)?
  - a. Se não. Quais motivos o(a) senhor(a) aponta? Algum fato ocorrido?
  - b. Se sim. De que modo foi/é a participação? Em quais espaços houve/há maior participação?
7. Como o(a) senhor(a) avalia a participação dessas entidades na política de gestão do trabalho e da educação em saúde no Brasil?
8. Como caracteriza as relações estabelecidas com essas entidades?
9. Quais meios foram/são estabelecidos pelos atores da política no diálogo com as entidades médicas nacionais? Houve problemas, tensões?
10. O(a) senhor(a) percebe/percebeu mudanças de rumo nas políticas, em decorrência da relação com as entidades médicas nacionais (ou da participação delas)?
11. O(a) senhor(a) identifica(ou) a participação relevante de outras organizações representativas dos médicos em nível nacional na política em questão?
  - a. Se sim, quais? Algum motivo específico?
12. Alguma informação adicional que o(a) senhor(a) gostaria de apresentar?
13. Por fim, o (a) Sr.(a) tem alguma sugestão de outros atores importantes para este estudo? Indica leituras complementares que possam contribuir com o estudo?

## APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA (ATORES CORPORAÇÃO MÉDICA)



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



### ROTEIRO DE ENTREVISTA (Corporação médica)

**Projeto:** O papel das organizações representativas da profissão médica na política nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de realização:

Início:

Término:

#### Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo: M F

Data de nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

### QUESTÕES

1. Fale sobre a sua formação, experiência profissional anterior.
2. Qual o cargo que ocupa/ocupou na organização? Por qual período/desde quando?
3. Considerando o período em que atuou/atua como (citar o cargo), quais foram/são os principais elementos orientadores da atuação da entidade (quais foram/são os pontos prioritários da gestão da entidade)?
4. Considerando o período em que atuou/atua na entidade, como esta organiza/organizou a sua participação política junto ao governo (Poder Executivo) e ao Poder Legislativo nacional? Qual a agenda política da entidade?
5. Conte sobre a participação da entidade na política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde (projetos e programas federais, do MS, do MEC, voltados para a formação e o trabalho médicos).
  - a. Quais iniciativas considera/considerava mais relevantes? Quais temas?
  - b. Quais foram/são os posicionamentos da entidade sobre estas iniciativas?
6. Ainda sobre a participação da entidade na política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde:
  - a. Quais os espaços decisórios da política de maior participação da entidade?
  - b. Como as demandas, opiniões e posicionamentos dos médicos foram/são apresentados nesses espaços?
  - c. De qual maneira a entidade buscou contribuir com a formulação e operacionalização das políticas desenvolvidas nesses espaços?
  - d. Na ocasião de ausência de participação da entidade nesses espaços, quais são/foram os motivos?
7. Quais meios foram/são estabelecidos para diálogo com os atores governamentais em nível nacional? Como caracteriza/caracterizava a relação da entidade com estes atores? Houve problemas, tensões?
8. E as relações entre as entidades médicas nacionais, qual a sua visão?
9. Além da FENAM, AMB e CFM, o(a) senhor(a) identifica(ou) a participação relevante de outras organizações representativas dos médicos em nível nacional na política em questão? Se sim, quais? Algum motivo específico?
10. No geral, como avalia a atuação do Estado (governo federal, Congresso Nacional) na proposição de políticas voltadas para a formação e o trabalho em medicina?
11. Alguma informação adicional que o(a) senhor(a) gostaria de apresentar?
12. Por fim, o (a) Sr.(a) tem alguma sugestão de outros atores importantes para este estudo? Indica leituras complementares que possam contribuir com o estudo?