

Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa*

Analysis of the parliamentary amendments to the Mais Médicos Program: the medical training model in dispute

Felipe Proenço de Oliveira¹, Ana Maria Costa², Antonio José Costa Cardoso³, Josélia de Souza Trindade⁴, Iêda Maria Ávila Vargas Dias⁵

*Também contribuíram para o artigo Natália Regina Alves Vaz Martins e Leonor Maria Pacheco Santos.

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências Médicas, Departamento de Promoção da Saúde - João Pessoa (PB), Brasil.
proenco@hotmail.com

²Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS) - Brasília (DF), Brasil.
dotorana@gmail.com

³Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências - Itabuna (BA), Brasil.
antoniojcardoso@gmail.com

⁴Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil.
joselia.trindade@gmail.com

⁵Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil.
iedavargasdias@gmail.com

RESUMO Pesquisa documental quali quantitativa que analisa o processo legislativo e atos normativos do Programa Mais Médicos. O estudo categoriza 575 emendas apresentadas e as alterações na Medida Provisória. Evidencia o conjunto dos interesses e disputas envolvidos no processo, seja aperfeiçoando ou desvirtuando. Ressalta os confrontos nas emendas que atendem a interesses corporativos e aquelas aliadas ao princípio constitucional da universalidade, resultando em mudanças principalmente no Capítulo da Formação Médica. Conclui que a polêmica e o acirramento entre posições ideológicas não comprometeram a iniciativa governamental de diminuir a carência de médicos e fixá-los em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE Saúde coletiva. Médicos de atenção primária. Médicos graduados estrangeiros.

ABSTRACT Qualitative-quantitative documentary research, which aimed to analyze the Mais Médicos (More Doctors) Program legislative process and normative acts. The study categorizes the 575 amendments submitted and the changes in the Provisional Measure. It shows the set of interests and disputes involved in the process, resulting in changes mainly in the Medical Education Chapter. It highlights the clashes in the amendments that serve corporate interests and those allied to the constitutional principle of universal health. It concludes that the controversy, interests and dispute among ideological positions did not compromise the governmental initiative to reduce the shortage of doctors for the Public Health System (SUS).

KEYWORDS Public health. Physicians primary care. Foreign medical graduates.

Introdução

Segundo pesquisa domiciliar realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) em todas as unidades da federação no período de 3 a 19 de novembro de 2010 com amostra de 2.773 pessoas, a falta de médicos era considerada o principal problema do Sistema Único de Saúde (SUS) por 58,1% dos entrevistados, enquanto aumentar o número de médicos foi a principal medida sugerida para melhorar o atendimento em centros de saúde (46,9%), serviços especializados (37,3%) e de urgência e emergência (33,0%).

O Programa Mais Médicos (PMM) integra um conjunto estratégico de ações do governo federal para melhorar o acesso e a qualidade do SUS por meio de mudanças na formação médica, investimentos em infraestrutura das unidades básicas de saúde e provimento de médicos para atuação nas regiões subservidas, de grande vulnerabilidade social e sanitária, seja em municípios pequenos ou médios, seja na periferia dos grandes centros (OLIVEIRA ET AL., 2015; SANTOS ET AL., 2015).

Segundo a pesquisa Demografia Médica no Brasil, publicada em 2013, havia uma razão média de 1,95 médico por mil habitantes (SCHEFFER, 2013). Esse número, porém, contabilizava médicos com duplo registro e sem limite de idade; o Ministério da Saúde utilizava a estimativa de 1,83 médico por mil habitantes (BRASIL, 2015). Esse indicador (seja 1,83 ou 1,95 médico por mil habitantes) é bem inferior ao de outros países da América do Sul, de Portugal e da Espanha (CARRYL; ROSSATO; PRADOS, 2016).

Com base nessas estimativas, o governo federal traçou metas e definiu estratégias para ampliar o provimento de profissionais médicos para atuação na atenção básica, visando atingir 2,7 por mil habitantes em 2026.

O PMM foi proposto pelo governo federal por meio da Medida Provisória (MP) nº 621, de 08 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União em 09 de julho de 2013 (BRASIL, 2013B). Em 10 de julho, houve a republicação do inciso II do *caput* do art. 4º dessa MP, por ter sido

constatada incorreção (ANDRÉS; CARVALHO, 2013). Após publicação, a MP passou a ser debatida pelo Congresso Nacional, tendo recebido 575 propostas de emendas. No dia 22 de outubro do mesmo ano, a MP foi aprovada com alterações, passando então à condição de Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013A).

O Programa tem oito objetivos relacionados com a formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, a saber: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e propiciar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013A).

As chamadas para contratação de médicos, realizada por meio de editais, permitem a participação tanto de médicos brasileiros, formados no Brasil e em outros países, quanto de profissionais estrangeiros. Para atuar nos municípios que aderiram ao PMM, os médicos selecionados recebem uma bolsa mensal, que é paga pelo Ministério da Saúde, ficando o município responsável pelas despesas de moradia e alimentação, além de transporte para a realização das atividades de atenção à saúde (OLIVEIRA ET AL., 2015).

O contrato tem duração de três anos, podendo ser renovado apenas uma vez, por igual período, para os médicos com registro no Brasil previamente ao Mais Médicos (BRASIL, 2013A). A possibilidade de prorrogação foi estendida para os médicos estrangeiros posteriormente, em 2016, por meio de nova MP apresentada pelo Governo Dilma

Rousseff. A MP foi aprovada sem modificações, tendo sido convertida na Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016, possibilitando a permanência de todos os médicos por três anos além do período previsto inicialmente. No caso da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que viabilizou a participação dos médicos cubanos, decidiu-se pela prorrogação somente no caso de médicos que se casaram com brasileiros.

O médico estrangeiro selecionado pelo PMM desenvolve suas atividades autorizado por registro provisório que, segundo a MP nº 621, deveria ser fornecido pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRM). Todavia, durante os debates para sua conversão na Lei nº 12.871, isso passou a ser responsabilidade do Ministério da Saúde. A licença permite atuar somente durante o prazo estabelecido no Programa e restringe o exercício das atividades clínicas às unidades básicas de saúde do município onde o profissional foi alocado.

Desde o início, quando da publicação da MP nº 621, determinou-se que as vagas seriam primeiramente destinadas aos médicos com registro no Brasil, ou seja, formados em instituições nacionais ou com diploma revalidado. Em um segundo momento, as vagas seriam ofertadas para médicos de nacionalidade brasileira com atuação profissional em outros países. As vagas restantes deveriam ser preenchidas por médicos estrangeiros que se formaram no exterior; e, somente em última instância, deve ser acionada a cooperação internacional com a Opas, que estabeleceu uma parceria com o governo cubano para essa finalidade.

O PMM estabelece ainda que os médicos selecionados devem obrigatoriamente participar de curso de especialização em saúde da família buscando integrar ensino e serviço. O Curso é oferecido na modalidade de educação a distância por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). O acompanhamento do desempenho dos médicos, bem como o apoio à sua participação na especialização, é realizado por tutores e supervisores vinculados às universidades públicas que

aderiram à iniciativa. Os médicos devem cumprir 32 horas semanais de atividades práticas nas unidades básicas de saúde e 8 horas de atividades teóricas no curso de especialização (BRASIL, 2013A).

No primeiro ano de implantação, de agosto de 2013 a setembro de 2014, houve o provimento de 14.462 médicos, sendo 1.846 médicos formados no Brasil, 1.187 intercambistas formados em outros países e 11.429 cooperados vindos de Cuba (BRASIL, 2015). O Programa atraiu médicos de 47 diferentes nacionalidades no período 2013-2014 (OLIVEIRA ET AL., 2015). Completados dois anos, em 2015, havia 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2015). Se em um primeiro momento 85% das vagas demandadas pelos municípios foram preenchidas por médicos estrangeiros, a fase seguinte mostra um perfil com composição diferente, traduzindo a mudança de aceitação dos profissionais nacionais ao referido Programa, de início duramente criticado pelas entidades médicas (CARVALHO, 2014). Dessa forma, os médicos com registro no Brasil, que em 2014 eram 6,5% dos participantes no Programa, passaram a representar 29% em 2015 (BRASIL, 2015).

Diversos estudos que avaliaram o provimento de médicos pelo Programa demonstraram que houve redução no número de municípios com escassez de médicos, ocorreu uma expansão no acesso aos serviços de saúde nas regiões mais vulneráveis e houve redução nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios participantes, com satisfação bastante positiva dos usuários e gestores (COMES ET AL., 2016; GIRARDI ET AL., 2016; SANTOS ET AL., 2017).

Com o intuito de incidir sobre o processo de formação de profissionais médicos no Brasil, foi elaborado um plano de expansão de vagas na graduação e na residência em medicina em todo o País, envolvendo instituições públicas e privadas, proporcionando a descentralização da formação e a interiorização

das Instituições de Ensino Superior (BRASIL, 2015). Essas ações estão sob a responsabilidade do Ministério da Educação (MEC) em conjunto com o Ministério da Saúde.

Entretanto, nem todas as características do PMM relacionadas nos parágrafos acima integravam a redação do texto da MP nº 621. As emendas apresentadas para alteração da MP modificaram aspectos do Programa tanto no provimento emergencial de médicos, representado pelo Capítulo IV da Medida, quanto na abertura de cursos de medicina e formação médica no Brasil (Capítulos II e III), tendo sido incorporadas à versão final do texto da Lei nº 12.871.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo analisar os avanços e retrocessos registrados nos atos normativos que instituíram o Programa, ou seja, os interesses em disputa identificados na análise das emendas à MP nº 621 até sua conversão à Lei nº 12.871, à luz dos princípios constitucionais do SUS.

Metodologia

Para realizar esta pesquisa documental, optou-se por abordagens quantitativa e qualitativa. Para fins de análise, o núcleo temático das 575 emendas propostas à MP foi classificado, de modo independente, por dois pesquisadores. Um terceiro autor deste estudo ajuizou os casos de classificação divergente. Os dados foram tabulados, e a frequência simples foi calculada.

O método qualitativo é adequado quando o objetivo é conhecer, descrever e interpretar um fenômeno. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa constitui uma possibilidade para conseguir não só uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, mas também de criar o conhecimento partindo da realidade.

Realizou-se a análise das peças legislativas a partir da sua estrutura: epígrafe (natureza, número e data); ementa (descrição sucinta do seu conteúdo); preâmbulo (justificativa); corpo da norma (texto relacionado

com a matéria); fecho (medidas necessárias à implementação, disposições transitórias, cláusula de vigência e cláusula de revogação); assinatura e anexos.

A análise da forma das emendas apresentadas à MP nº 621/2013 e da Lei nº 12.871/2013 foi orientada pela Lei Complementar nº 95/1998, que define o modo como devem ser grafados a epígrafe, a ementa e o preâmbulo de leis, decretos e demais atos de regulamentação expedidos por órgãos do Poder Executivo (BRASIL, 1998).

Quanto à análise do conteúdo, foram realizadas leituras sucessivas, identificação de núcleos de conteúdo, comparação, quantificação quando pertinente e interpretação (MINAYO, 2010). O objetivo da interpretação foi tentar perceber os significados muitas vezes não expressos no corpo da norma, à luz do contexto histórico e institucional, no cenário da dinâmica política registrada no processo parlamentar que tratou do PMM.

Resultados e discussão

O PMM foi instituído por MP sob a justificativa de relevância e urgência. Segundo o art. 62. da Constituição Federal (CF) de 1988, o Presidente da República pode adotar esse dispositivo, mas tais medidas perdem sua validade se não forem convertidas em lei no prazo de 60 dias. Houve pedido de solicitação do prazo inicial, fazendo com que a Lei fosse aprovada em outubro de 2013 em tempo hábil.

Identificaram-se significativas alterações entre os atos normativos referidos, evidenciando o conjunto dos interesses envolvidos no processo tanto no sentido de seu aperfeiçoamento como do seu desvirtuamento. Tais mudanças serão apresentadas conforme a ordem em que aparecem na Lei, acompanhadas de discussão sobre as emendas relacionadas e as motivações que levaram à redação final.

Os temas abordados pelas emendas propostas à MP foram classificados utilizando os passos descritos na metodologia e estão apresentados na *tabela 1* e na *tabela 2*:

Tabela 1. Emendas apresentadas à Medida Provisória nº 621/2013 segundo o Capítulo no qual a alteração foi proposta. Brasil, 2013

Capítulo da Medida Provisória	Nº de Emendas	Percentual
II Autorização para Funcionamento dos Cursos de Medicina	65	11,3
III Formação Médica no Brasil	95	16,5
IV Projeto Mais Médicos para o Brasil	357	62,1
V Disposições Finais	42	7,3
Emendas não relacionadas com o Programa Mais Médicos	16	2,8
Total	575	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Emendas apresentadas à Medida Provisória nº 621/2013 segundo o núcleo temático de seu conteúdo e em ordem decrescente de ocorrência. Brasil, 2013

Capítulo	Núcleo Temático da Emenda	Quantidade	Percentual
IV	Exige revalidação dos diplomas médicos obtidos no exterior	90	15,6
II	Modifica critérios para os novos Cursos de Medicina	65	11,3
III	Modifica ou regulamenta o Segundo Ciclo do Curso de Medicina	64	11,1
IV	Veda a prorrogação do período de participação	37	6,4
IV	Dispõe sobre outras propostas relacionadas com o Projeto Mais Médicos para o Brasil	36	6,3
IV	Regulamenta valores de Bolsas e Ajudas de Custo para os Integrantes do PMM	34	5,9
IV	Garante direitos trabalhistas	32	5,6
III	Suprime o Segundo Ciclo do Curso de Medicina	31	5,4
IV	Responsabiliza o supervisor pelas ações do médico	28	4,9
Diversos	Dispõe sobre outras propostas não relacionadas com o Programa Mais Médicos	24	4,2
IV	Exige do médico intercambista proficiência em língua portuguesa	20	3,5
V	Retira do Ministério da Saúde e Ministério da Educação a possibilidade de acordos ou transferências para entidades privadas	18	3,1
IV	Institui por Lei o Revalida e o regulamenta	17	3,0
IV	Modifica documentação exigida para ingresso no programa	17	3,0
IV	Retira a obrigação do CRM de expedir o registro provisório	16	2,8
V	Suprime Bolsa da EBSERH	16	2,8
IV	Propõe critérios para Supervisão e Tutoria do Médico Intercambista	15	2,6
IV	Exige respeito aos Princípios de Reciprocidade entre os países	15	2,6
Total		575	100

Fonte: Elaboração própria.

Agregadas no núcleo temático ‘Dispõe sobre outras propostas relacionadas ao Projeto Mais Médicos para o Brasil’, encontram-se emendas com objetivos diversos: emendas que pretenderam modificar o mecanismo de avaliação no ingresso do médico intercambistas no Projeto, proibir que os dependentes legais do médico intercambista exercessem atividades remuneradas no Brasil e duas emendas que visavam substituir o Segundo Ciclo do Curso de Medicina por ‘serviço social profissional obrigatório’.

Quanto ao ‘serviço social profissional obrigatório’, Rezende (2013) reconhece a validade da criação, por lei, de serviços civis obrigatórios, mas argumenta que a instituição de treinamento em serviço para estudantes de medicina desenvolvido exclusivamente no âmbito do SUS com um caráter híbrido de requisito de formação profissional e serviço civil obrigatório padeceria de vício de inconstitucionalidade por ausência do pressuposto de urgência, ao qual se refere o art. 62. da CF.

Já entre as emendas agrupadas no núcleo temático ‘Dispõe sobre outras propostas não relacionadas ao PMM’, chamou a atenção a diversidade das propostas do tipo ‘jabuti’ (como são tratados no jargão da Câmara), ou seja, aquelas emendas em completa dissonância em relação ao objeto da MP. Nesse grupo, destacam-se a ‘isenção de multas de dívidas de estados e municípios’ e a ‘extinção do Exame da Ordem dos Advogados do Brasil’, sendo esta última de proposição do Deputado Eduardo Cunha.

Ao comparar o texto da MP com a Lei, observa-se que, na epígrafe da Lei, foram introduzidas referências às modificações nas Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que não existiam na MP. Os aspectos de acréscimos ou mudanças de legislação anterior que a MP incorporou são inerentes ao processo legislativo que sempre deve cuidar de verificar como o tema é tratado em outras leis para que não ocorram incoerências ou contradições.

Na Lei nº 8745, que dispõe sobre a

contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, foi acrescida no art. 2º a admissão de professores para suprir demandas excepcionais de programas e projetos que visam ao aperfeiçoamento de médicos de atenção básica. A inclusão foi fruto de emendas que discutiam a necessidade de mais docentes em instituições federais de ensino superior para viabilizar a abertura de vagas em cursos públicos de medicina. Projetava-se na época a abertura de mais 38 cursos públicos de medicina, especialmente em regiões interioranas e de fronteira (COSTA ET AL., 2015).

Na Lei nº 6.932, que dispõe sobre as atividades do médico residente, foi acrescido no art. 1º o parágrafo 3º que especifica que a residência médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil e determina regras para as instituições certificadoras. Essa inclusão está diretamente relacionada com emendas que extinguíram o Segundo Ciclo formativo no PMM e que tiveram como consequência mudanças no formato de ingresso na residência médica por meio da especialidade de Medicina Geral de Família e Comunidade.

Apresenta-se a seguir a análise do corpo das normas.

Ao comparar o corpo da MP com a Lei, não se observam alterações no texto no Capítulo I – Disposições Gerais, tendo em vista que não foram apresentadas emendas relacionadas com esse capítulo.

No Capítulo II, que trata ‘Da Autorização para o Funcionamento de Cursos de Medicina’, foram acrescentados parágrafos que reafirmaram o disposto na MP sobre a obrigatoriedade de critérios de necessidade social para a oferta do Curso de Medicina, mas que se diferenciaram da MP ao permitir: a abertura de cursos a partir da iniciativa de unidades hospitalares que fossem certificadas como de ensino ou que possuísem pelo menos dez programas de residência médica; e ao estender os parâmetros de rede de serviços de saúde aos cursos já existentes por

meio da incorporação desses requisitos no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). Tais conteúdos foram incorporados a partir de emendas que geraram o segundo principal núcleo temático analisado, relativo a modificações na abertura dos cursos de medicina.

Essas modificações definiram um novo marco regulatório para a abertura de cursos de medicina no Brasil, pois passaram a exigir que sejam avaliados critérios relacionados com a necessidade social dessa formação médica e a condicionar a criação do curso de graduação à estrutura da rede de serviços de saúde. Com isso, estabeleceu-se regulamentação específica para os cursos de graduação de medicina que extrapola a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Tais mudanças estão em consonância com a proposição de uma comissão internacional de especialistas em educação médica que sugere uma terceira geração de reformas na educação médica, evoluindo de um primeiro modelo, fortemente influenciado pelo Relatório Flexner, em que os currículos são baseados no paradigma científico, passando por uma geração na qual as escolas adotam a formação baseadas em problemas e chegando no modelo mais atual de sistemas de educação integrados aos sistemas de saúde e de ciência, tecnologia e inovação, dialogando com a importância do desenvolvimento de competências locais que tenham um olhar global (FRENK *ET AL.*, 2010). Mesmo assim, as entidades corporativas foram contrárias às mudanças propostas, defendendo que novos cursos de medicina deveriam ser criados somente se houvesse hospitais universitários.

No Capítulo III, 'Da Formação Médica no Brasil', o texto sofreu significativas alterações. O art. 4º teve seu *caput* alterado, e foram retirados os incisos I e II, seguidos dos parágrafos 1º, 2º e 3º. Os parágrafos eliminados referiam-se à proposta de um Segundo Ciclo na formação médica envolvendo treinamento em serviço, exclusivamente na atenção

básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos. Nessa segunda fase, além da supervisão acadêmica da instituição de educação superior, o estudante se submeteria à supervisão técnica de médicos detentores de título de pós-graduação e receberia bolsa custeada pelo Ministério da Saúde (art. 4º, §§ 2º e 3º). A proposição do Segundo Ciclo foi uma das principais motivações para a Associação Brasileira de Educação Médica ter se posicionado contra a MP (GOMES; MEHRY, 2017).

Mesmo com a retirada do Segundo Ciclo, a Lei incorporou a necessidade de pelo menos 30% das atividades do internato ocorrerem em serviços de atenção básica e urgência e emergência no SUS (como previa o desenvolvimento de todo o novo ciclo de formação) e tornou obrigatório o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais anteriormente só estavam previstas em portarias do MEC. Respeitou-se, ainda, o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas DCN.

Apesar da publicação por portaria das DCN de 2001 que preveem uma maior inserção dos estudantes na atenção básica, concluiu-se que ainda era insuficiente a atuação nesses serviços, mesmo em cursos orientados por essas diretrizes anteriores implantadas (ALMEIDA *ET AL.*, 2007). Portanto a disposição de um percentual em lei do período mínimo de atividades nesse nível de atenção configurava-se como uma nova iniciativa de regulação da inserção nos serviços que precisará ser avaliada quanto a sua efetividade, ainda mais considerando as resistências quanto a práticas inovadoras de ensino.

O *caput* do art. 5º que trata sobre a residência médica foi modificado, e foram retirados os parágrafos 1º, 2º, 3º, 4º, mudanças realizadas com a finalidade de excluir o Segundo Ciclo da redação da Lei e incorporar as propostas relativas à formação no ingresso da residência médica. Dessa forma, manteve-se a duração do curso de medicina, que habilita o médico para o exercício

profissional, em seis anos, mas modificou-se o percurso para a formação do especialista, que passa a ter uma inserção importante na atenção básica com a Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) e previsão de oferta de vagas para todos os concluintes da graduação, meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Estimava-se que o *deficit* na oferta de vagas para ingresso na residência médica no Brasil era de cerca de 4 mil em 2013 (BRASIL, 2015). Após a discussão no Congresso, a redação da Lei modificou a MP e incorporou um componente inédito na formação de especialistas médicos que é a universalização da residência médica, seguindo o exemplo do percurso formativo de outros países com sistemas universais de saúde onde há vagas de residência para todos os médicos que concluem a graduação (OECD, 2011).

Além disso, dialoga-se com a constatação de necessidade urgente de regular o acesso aos programas de residência médica, modificando a disponibilidade de vagas nos programas (AMORETTI, 2005). Dentro da estratégia discutida por Amoretti (2005), cita-se justamente a necessidade de ampliação de vagas na área de Medicina de Família e Comunidade (que na redação da Lei teve incluído o termo ‘Geral’ durante a relatoria do Congresso) já que o número de médicos com formação em atenção básica estava em patamares inferiores ao total de 5% dos médicos no Brasil (BRASIL, 2015).

O novo texto do art. 6º que orienta sobre as metas para a oferta de residência médica excluiu o parágrafo único e acrescentou os incisos I e II com as respectivas alíneas. Destaca-se a obrigatoriedade da residência em MGFC como critério de acesso à boa parcela das demais especialidades médicas. Os parlamentares, entretanto, mantiveram outras nove especialidades como de acesso direto, cabendo considerar que essas especialidades respondem por um número relativamente pequeno de vagas de residência:

Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades: I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades: a) Genética Médica; b) Medicina do Tráfego; c) Medicina do Trabalho; d) Medicina Esportiva; e) Medicina Física e Reabilitação; f) Medicina Legal; g) Medicina Nuclear; h) Patologia; e, i) Radioterapia. (BRASIL, 2013A).

Acrescentou-se, ainda, o art. 7º que definiu que o ‘Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos’ (BRASIL, 2013A), mas como pré-requisito para algumas especialidades consideradas básicas, definiu que somente o primeiro ano dessa residência será obrigatório:

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica: I - Medicina Interna (Clínica Médica); II - Pediatria; III - Ginecologia e Obstetrícia; IV - Cirurgia Geral; V - Psiquiatria; VI - Medicina Preventiva e Social. (BRASIL, 2013A).

Para as demais especialidades, deixou-se a critério do MEC, ouvidos a Comissão Nacional de Residência Médica e o Ministério da Saúde, o tempo de pré-requisito de MGFC, se um ou dois anos. Foi disciplinado ainda que o pré-requisito da MGFC seria válido somente a partir do momento em que houvesse a universalização da residência e que as atividades na rede saúde-escola dessa especialidade seriam coordenadas pelo Ministério da Saúde, que em conjunto com o MEC poderia complementar as bolsas de residência.

Ainda nesse Capítulo, outra importante mudança proposta pela relatoria do Congresso ao ouvir a Comissão de

Especialistas do MEC foi introduzida: as avaliações seriadas, a cada dois anos para o Curso de Graduação em Medicina e anualmente para os Programas de Residência Médica, sob responsabilidade de realização do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), órgão vinculado ao MEC. Essas mudanças estão em consonância com preocupações atuais na gestão acadêmica, a exemplo da implantação de instrumentos processuais como o teste de progresso (PINHEIRO ET AL., 2015).

Por fim, no Capítulo III, vale destacar a inserção da Seção Única que criou o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), também uma demanda apresentada pela Comissão de Especialistas do MEC à Relatoria do Projeto de Conversão em Lei com o objetivo de elencar diretrizes de pactuação entre as instâncias do SUS e as instituições de ensino, sob coordenação dos Ministérios da Educação e da Saúde:

Art. 12º. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica. (BRASIL, 2013A).

Conforme a *tabela 1*, 62% das emendas foram relativas ao Capítulo IV, 'Do Projeto Mais Médicos para o Brasil', tema de grande polêmica naquele momento por permitir o ingresso de médicos estrangeiros sem a realização do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida). Esse foi o Núcleo Temático com mais proposições conforme a *tabela 2*, com um total de 90

emendas solicitando a obrigatoriedade do exame. A exigência do Revalida foi um dos temas principais de mobilização das entidades médicas, que defendiam o exame como garantia de qualidade do médico que seria inserido no mercado de trabalho brasileiro (GOMES; MEHRY, 2017). Mesmo assim, a Lei não incluiu o Revalida, modificando somente o tempo de duração e o formato de avaliação do módulo de acolhimento e avaliação realizado quando do ingresso de médicos com registro no exterior.

O argumento que embasou a negativa dessas emendas era de que o Revalida era um exame de caráter restritivo, que não possuía um parâmetro de comparação com a formação no Brasil e que, ao mesmo tempo, autorizava para o médico aprovado o exercício da medicina em qualquer serviço e localidade, favorecendo assim a má distribuição de profissionais (BRASIL, 2015).

Também no que se refere ao ingresso do médico com registro no exterior, foi incluída a necessidade de que este, além de possuir conhecimento em língua portuguesa, deverá também, de acordo com inciso específico, conhecer as normas que organizam o SUS e os protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da atenção básica. Tais necessidades apresentadas por emendas, ao serem incorporadas na Lei, geraram modificações no Módulo de Acolhimento e Avaliação, etapa inicial obrigatória para todos os médicos com registro no exterior que ingressam no Mais Médicos.

O art. 16. teve os parágrafos 2º, 3º, 4º e 5º alterados e excluiu o parágrafo 6º da MP, retirando o papel dos CRM na emissão do registro para exercício profissional dos médicos provenientes do exterior, ficando assim redigido:

§ 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o art. 17 da

Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º. (BRASIL, 2013A).

Segundo essa nova redação, ao emitir o registro único do médico intercambista, o Ministério da Saúde passa a reconhecer o exercício profissional da medicina no Brasil, prerrogativa que era exclusiva dos CRM. Mesmo assim, o Ministério da Saúde tem a obrigatoriedade de informar aos CRM os registros emitidos, que seguem com a prerrogativa de fiscalização do exercício médico. O fato de o registro profissional deixar de ser prerrogativa exclusiva dos conselhos de medicina enfrentou resistência por parte das entidades médicas inicialmente, mas acabou sendo aceito durante a negociação do texto final da Lei (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013).

Foi acrescentado um artigo relativo à concessão de pontuação adicional nos processos seletivos da residência médica para profissionais que tivessem inserção na atenção básica. Isso fez reconhecer o que já ocorria na prática com o desenvolvimento de ações como o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab), principal iniciativa de provimento do Ministério da Saúde antes do Mais Médicos e que foi incorporado a esse programa.

O Capítulo V, de 'Disposições Finais', teve somente 7,2% de emendas apresentadas ao texto da MP, mas acabou tendo acréscimos diversos, a exemplo do art. 26. que possibilita que, além da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) também possa conceder bolsas para ações de saúde.

No art. 27, foram acrescentados dois parágrafos que regulamentaram as atividades de fortalecimento da preceptoria já propostas na MP, mas que com a Lei também passaram

a ser contabilizadas na avaliação de desempenho docente e na previsão de medidas que ampliam a formação de preceptores da residência médica.

A partir das emendas, foi incluído no art. 30. da Lei o número máximo de médicos estrangeiros no Programa, que não pode exceder o equivalente a 10% dos médicos com registro no Brasil inscritos nos CRM. Além disso, estabeleceu-se um prazo de cinco anos para qualificar as unidades básicas de saúde com equipamentos e infraestrutura.

Finalizando a comparação do Capítulo V, registra-se que foram acrescentados mais três artigos que tratavam da supervisão dos médicos no Programa e do Cadastro Nacional de Especialistas. Considerando o papel do supervisor e do tutor de acompanhar as atividades dos médicos na atenção básica, foi garantida na Lei a defesa desses profissionais pela Advocacia Geral da União como representação judicial e extrajudicial.

O Cadastro Nacional de Especialistas já estava previsto em portaria do Ministério da Saúde, mas, ao ser incluído na Lei (já que não constava na MP), dispôs que a certificação de especialistas médicas se submete às necessidades do SUS e obrigou as entidades médicas a encaminhar seus registros de especialistas para o Ministério da Saúde. Entende-se que a disponibilidade dessas informações é um passo fundamental para o planejamento da gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2015).

Cabe ressaltar também um dispositivo proposto na Relatoria e presente no Projeto de Lei de Conversão da MP nº 621 que é o Fórum Nacional de Ordenação de Recursos Humanos na Saúde, o qual acabou não sendo incluído no texto final da Lei por demanda das entidades médicas. O Conselho Federal de Medicina (CFM) apoiou a aprovação da Lei em virtude da retirada do Fórum (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013), que teria composição multiprofissional, com caráter consultivo e teria a finalidade de propor diretrizes para a competência de cada profissão em saúde no Brasil.

A Associação Brasileira de Medicina defendeu que o PMM criava uma ‘Medicina dos Pobres’, e o CFM caracterizou a MP como a maior agressão sofrida pelos médicos do Brasil, representando grave risco à saúde da população e piora da formação médica. Avalia-se que a mobilização das entidades não foi suficiente para deter o Programa, e o apoio do CFM ao texto final gerou cisão no movimento médico (GOMES; MEHRY, 2017).

Para ter validade, os atos normativos devem ser assinados pela autoridade competente. Os dois textos jurídicos foram assinados pela Presidente Dilma Rousseff, pelo Ministro da Educação Aloízio Mercadante, pelo Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha e pela Ministra do Planejamento, Orçamento e Gestão Miriam Belchior, e a Lei também foi assinada por Luís Inácio Lucena Adams, Advogado Geral da União do Brasil.

Considerações finais

À guisa da conclusão, pode-se aludir que a baixa razão de médicos por habitante e sua má distribuição nas regiões e municípios brasileiros são importantes desafios à universalização do acesso ao SUS e que o PMM representou uma vigorosa iniciativa governamental voltada a sanar essa carência histórica de médicos em dezenas de regiões subservidas e/ou de grande vulnerabilidade social e sanitária.

O SUS constitucional tem como princípio a universalização e a integralidade da assistência à saúde, o que exige a conformação de redes de serviços acessíveis em todo o território nacional. Entretanto, registra-se a dificuldade de garantir a presença e a fixação de médicos e de outros profissionais da equipe de saúde em muitas regiões do País. Diagnosticada a escassez, o PMM incide sobre a falta de médicos em curto e médio prazo, ao associar o provimento à ampliação e mudanças na formação do profissional,

o que parece essencial para a prestação de cuidados de forma continuada aos usuários e suas famílias.

A permanência de tais profissionais facilita a criação de vínculo com as comunidades, contribuindo para que a atenção primária se consolide e favorecendo que se torne a ordenadora do cuidado e a coordenadora das redes integrais. Também favorece a compreensão dos processos de saúde e doença, permitindo aos serviços incidir sobre o conjunto de seus determinantes sociais e culturais, auxiliando na formulação de estratégias mais adequadas às necessidades da população.

Os resultados deste estudo apontam que, a despeito de ter sido duramente criticada pelas entidades médicas por ocasião do debate parlamentar, o processo desenvolvido no Congresso Nacional permitiu avanços na legislação do PMM. Destaque particular deve ser dado às DCN e à interiorização das escolas médicas, que poderá contribuir para a fixação de médicos nos respectivos territórios. A Lei do Mais Médicos estabelece-se, assim, como marco para a criação ou aperfeiçoamento de condições para um maior acesso da população brasileira aos serviços de saúde.

Com disputas que seguiram além daquele momento, as mudanças na formação curricular também foram significativas na Lei, com acréscimos importantes após a MP. Elas passaram a ter uma quase exclusividade no debate a partir do momento em que o provimento se consolidou e recebeu a aprovação da sociedade. Com isso, setores que não concordavam com as mudanças na formação, e principalmente com a regulação da formação de especialistas no País, passaram a questionar mais fortemente as disposições da Lei nesse campo, as quais evidentemente apontam para uma escola médica vinculada ao sistema de saúde e, portanto, em consonância com o debate internacional. Proposições que excluam mecanismos de regulação da formação na Lei levariam a retrocessos importantes na gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS.

Apesar de a legislação ser estanque e a realidade dinâmica, o aprimoramento do processo de construção social e da cidadania demanda o exercício democrático do debate e do contraditório, em nome do interesse público. O árduo caminho do processo legislativo no caso da MP nº 621, orientado por forte tensão corporativa e por posições

francamente contrárias à estratégia de prover profissionais médicos aos municípios, representou um momento culminante do acirramento entre posições ideológicas antagônicas que sucederam naquela casa e no País. Por isso o tema aqui abordado merece mais estudos, sob outras perspectivas e olhares. ■

Referências

ALMEIDA, M. J. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

AMORETTI, R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.

ANDRÉS, A.; CARVALHO C. V. *Medida Provisória 621, de 2013*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/notas-descriativas-sobre-medidas-provisorias/2013>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.

_____. Lei nº 6.932, de 7 de julho 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 7 jul. 1981. Disponível em: <[http://www.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6932.htm)

[planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6932.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6932.htm)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

_____. Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8745cons.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF,

- 26 fev. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp95.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- . Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 jul. 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- . Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/livro-maismedicos-2015.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Relator da MP do Mais Médicos fecha acordo com Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/454027-RELATOR-DA-MP-DO-MAIS-MEDICOS-FECHA-ACORDO-COM-CONSELHO-FEDERAL-DE-MEDICINA.html>>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- CARRYL, J. A. M.; ROSSATO, L.; PRADOS, R. M. N. Programa Mais Médicos. *Revista Diálogos Interdisciplinares*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/161>>. Acesso em: 26 jan. 2017.
- CARVALHO, F. C. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUL, 15., 2014, Palhoça, *Anais...*. Palhoça: Unisul, 2014. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37695555/INTERCOM_SUL_2014_-_MAIS_MEDICOS_E_OPINIAO_PUBLICA_-_FERNANDA_CAVASSANA.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.
- COMES, Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.
- COSTA, A. M. *et al.* Mais (e Melhores) Médicos. *Tempus, actas de saúde coletiva*, Brasília, DF, v. 9, n. 4, p. 175-181, dez, 2015.
- FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, Londres, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.
- GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, Botucatu, jul. 2017.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2011. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em 26: jan. 2017.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Health at a Glance 2011*. [S. l.]: OECD, 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en>. Acesso em: 15 mar. 2016.
- OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.
- PINHEIRO, O. L. *et al.* Teste de Progresso: uma Ferramenta Avaliativa para a Gestão Acadêmica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 68-78, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02182013>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

REZENDE, R. M. A *Constitucionalidade dos Serviços Obrigatórios e o Programa Mais Médicos*. Brasília, DF: CONLEG, 2013. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/496330>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

SANTOS, L. M. P. *et al.* Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*, [S. l.], v. 95, p. 103-112, 2017.

_____. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

Disponível em: <http://www.redepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/12/artigo28_12-2015.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.

SCHEFFER, M. (Coord.). *Demografia Médica no Brasil*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2013.

Recebido para publicação em fevereiro de 2017

Versão final em agosto de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Pesquisa financiada no Edital nº 41 CNPQ/MCT/Decit/MS. Processo número 40351/2013