



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES - CCHLA
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TIAGO SALESSI LINS

**DISPUTAS DE CAPITAL NO CAMPO MÉDICO: SUAS CONFIGURAÇÕES POR
MEIO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA

2022

TIAGO SALESSI LINS

**DISPUTAS DE CAPITAL NO CAMPO MÉDICO: SUAS CONFIGURAÇÕES POR
MEIO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção de título de Doutor em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Souza de Medeiros

JOÃO PESSOA

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L759d Lins, Tiago Salessi.

Disputas de capital no campo médico : suas configurações por meio do Programa Mais Médicos na Paraíba / Tiago Salessi Lins. - João Pessoa, 2022. 194 f. : il.

Orientação: Rogerio de Souza Medeiros.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Saúde pública - Paraíba. 2. Políticas públicas - Saúde. 3. Sociologia dos campos. 4. Prática médica. I. Medeiros, Rogerio de Souza. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614(813.3)(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

03/03/2022 15:15

https://sipac.ufpb.br/sipac/protocolo/documento/documento_visualizacao.jsf?imprimir=true&idDoc=2201503



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

ATA Nº 1 / 2022 - PPGS (11.01.15.73)

Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO

João Pessoa-PB, 15 de Fevereiro de 2022

ATA DA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA PARA AVALIAR O ALUNO TIAGO SALESSI LINS.

Aos 23 dias do mês de fevereiro de 2022, às 9h, por videoconferência (<http://meet.google.com/gcu-yyym-vwa>) conforme Portaria 90/GR/REITORIA/UFPB; Comunicado nº 02/2020/PRPG/UFPB; Portaria PRPG nº 54/2020; Portaria 36/CAPES, realizou-se a sessão pública de defesa de Tese, intitulada: “DISPUTAS DE CAPITAL NO CAMPO MÉDICO: SUAS CONFIGURAÇÕES POR MEIO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA” apresentada pelo(a) discente **Tiago Salessi Lins**, estando a Comissão Examinadora composta pelos docentes: Rogério de Souza Medeiros (presidente), Simone Magalhães Brito (membro interno), Miqueli Michetti (membro interno), Nicole Louise Macedo Teles de Pontes (membro externo) e Luciano Bezerra Gomes (membro externo). Dando início aos trabalhos, o(a) professor(a) Rogério de Souza Medeiros, na qualidade de Presidente da Comissão, convidou os demais integrantes da Banca Examinadora para compor a mesa. Em seguida foi concedida palavra ao(a) defendente para expor uma síntese de sua Tese que, após, foi arguida pelos membros da Comissão Examinadora. Encerrado os trabalhos de arguição, os examinadores deram o parecer final sobre a Tese, à qual foi atribuído o seguinte conceito: **APROVADA**. A seguir foi encerrada a reunião, devendo a Universidade Federal da Paraíba, de acordo com a Lei, expedir o respectivo Diploma de **DOCTOR EM SOCIOLOGIA**. O presidente da banca assina sozinho e em nome de todos, conforme artigo 17, parágrafo único, da Portaria PRPG nº 54/2020.

OBSERVAÇÕES DA BANCA EXAMINADORA

(Não Assinado)
FREDERICO VICTOR ACIOLY MOTA GOMES
Matrícula: 2424822

(Assinado digitalmente em 03/03/2022 15:14)
ROGERIO DE SOUZA MEDEIROS
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
Matrícula: 2679192

Processo Associado: 23074.011267/2022-47

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufpb.br/documentos/> informando seu número: 1, ano: 2022, documento(espécie): ATA, data de emissão: 15/02/2022 e o código de verificação: **f44e7b5e4c**

A Julyana, Pedro e Maya por existirem em minha vida.

AGRADECIMENTO

A Julyana por me acompanhar nessa jornada de maneira incondicional e pelo seu apoio crucial para a superação dos desafios imagináveis e inimagináveis durante esse processo.

Ao meu pai, Manoel Álvaro e Eliana Almeida, que foram tanto inspiradores, quanto apoiadores para que eu pudesse prosseguir até o fim desse doutoramento.

À minha mãe (*in memoriam*), Maria Luiza Salessi, até hoje presente e inspiradora.

À Rosa Sampaio (*in memoriam*), uma grande incentivadora e que me apoiou nessa grande jornada, que é o encontro com o meu “eu”.

Aos meus companheiros do Departamento de Promoção do Centro de Ciências Médicas da UPFB, propiciando suporte e inspiração para essa pesquisa. Em especial, a Ricardo Soares e Gabrilla Barreto, que compuseram junto comigo o grupo de pesquisa do PMM na Paraíba, e a Alexandre Medeiros pela parceria na pesquisa durante o doutorado sanduíche.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes, pelo pagamento da bolsa do doutorado sanduíche que me permitiu condições de realizar esta importante e significativa etapa em minha carreira de pesquisador.

A Rogério Souza de Medeiros, como orientador sempre esteve disponível e foi um grande mentor dessa tese.

A Luciano Bezerra Gomes, que foi um grande conselheiro acompanhando de perto esta produção e contribuindo, nos momentos mais críticos, de maneira essencial.

À Cynthia Whitehead pela calorosa acolhida no The Wilson Center. Mesmo diante de uma agenda atribulada, esteve disponível e aberta para dialogar sobre a pesquisa com ávido interesse.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade em contribuir para a melhoria deste trabalho.

A todos os docentes e discentes do PPGS/ UFPB, pelas boas discussões em sala e fizeram muita falta no decorrer do doutorado e de amadurecimento da pesquisa, decorrentes do distanciamento causados pela pandemia.

RESUMO

A política pública do Programa Mais Médicos (PMM) movimentação no “campo” da saúde, em especial, no campo médico, que tem como um de seus objetivos enfrentar o problema da escassez de médicos, principalmente, nas áreas desassistidas. Lançado, em 2013, em meio a grande mobilização popular reivindicando seus direitos sociais e mobilização dos prefeitos recém-eleitos, recebeu contundentes críticas das entidades médicas. O enfrentamento da problemática da escassez de médicos não envolve apenas o equilíbrio entre demanda e oferta de profissionais, assim com a sua distribuição, inclui espaços de disputa e agentes em busca pela retenção de capitais. Foi pela necessidade de compreender as características da configuração dessas relações entre agentes com posições objetivas e suas disputas por melhores posições no “campo”, que nos baseamos na abordagem bourdieusiana para esclarecer os “invariantes” e “variantes” da prática dos médicos. Para isso entrevistamos 20 médicos integrante do PMM na Paraíba. O olhar analítico dessa realidade propiciou a percepção de duas dimensões, a primeira uma abordagem do PMM como política pública a ser esmiuçada através da sociologia dos campos, e a segunda a compreensão do jogo que conduz as disputas por capital na profissão médica. Nesse sentido, as seguintes perguntas foram norteadoras desse estudo: Quais os capitais que estão em disputa em torno do PMM? E por fim, como o PMM afetou o campo médico? São a esses questionamentos e a análise se e como o PMM afetou o campo médico em relação as características para entrada no campo, a elementos que caracterizam sua hierarquia interna e a distinção entre a atuação na AB e nas especialidades, que nos dedicamos no decorrer desta tese.

Palavras-chaves: Prática médica, Política pública e teoria bourdieusiana.

ABSTRACT

The public policy of the Mais Médicos Program (PMM) has produced movement in the “field” of health, especially in the medical “field”. This policy has as one of its objectives to address the problem of shortage of physicians, especially in underserved areas. Launched in 2013, amidst great popular mobilization claiming their social rights and mobilization of newly elected mayors, it received strong criticism from medical entities. Dealing with the problem of shortage of doctors does not only involve the balance between demand and supply of professionals, as well as their distribution, it includes spaces for dispute and agents in search of capital retention also. It was due to the need to understand the characteristics of the configuration of these relationships between agents with objective positions and their disputes for better positions in the “field”, that we relied on the Bourdieusian approach to clarify the "invariants" and "variants" of physicians' practice. For this, we interviewed 20 physicians who are members of the PMM in Paraíba. The analytical view of this reality provided the perception of two dimensions, the first an approach to the PMM as a public policy to be scrutinized through the sociology of the fields, and the second an understanding of the game that drives the disputes for capital in the medical profession. In this sense, the following questions guided this study: Which capitals are in dispute around the PMM? And finally, how has the PMM affected the medical field? It is to these questions and the analysis if and how the PMM affected the medical field in relation to the characteristics for entering the field, the elements that characterize its internal hierarchy and the distinction between the work in Primary Healthcare and in the specialties, that we have dedicated ourselves throughout this thesis.

Keywords: Medical practice, Public policy and Bourdieusian theory.

ABSTRACTO

La política pública del Programa Más Médicos (PMM) ha producido movimiento en el “campo” de la salud, especialmente en el “campo” médico. Esta política tiene como uno de sus objetivos abordar el problema de la escasez de médicos, especialmente en áreas desatendidas. Lanzado en 2013, en medio de una gran movilización popular reivindicando sus derechos sociales y la movilización de los alcaldes recién electos, recibió fuertes críticas de las entidades médicas. Abordar el problema de la escasez de médicos no sólo involucra el equilibrio entre la demanda y la oferta de profesionales, así como su distribución, incluye también espacios de disputa y agentes en busca de retención de capital. Fue por la necesidad de comprender las características de la configuración de estas relaciones entre agentes con posiciones objetivas y sus disputas por mejores posiciones en el “campo”, que nos apoyamos en el enfoque bourdieusiano para esclarecer las “invariantes” y las “variantes”. de la práctica de los médicos. Para ello, entrevistamos a 20 médicos integrantes del PMM en Paraíba. La mirada analítica de esta realidad brindó la percepción de dos dimensiones, la primera un acercamiento al PMM como política pública a ser escrutada a través de la sociología de los campos, y la segunda una comprensión del juego que impulsa las disputas por el capital en el profesión médica. En ese sentido, las siguientes preguntas orientaron este estudio: ¿Qué capitales están en disputa en torno al PMM? Y finalmente, ¿cómo ha afectado el PMM al campo médico? Es a estos cuestionamientos y al análisis de si y cómo el PMM incidió en el campo médico en relación a las características de ingreso al campo, los elementos que caracterizan su jerarquía interna y la distinción entre el trabajo en la Atención Primaria de Salud y en las especialidades, que nos hemos dedicado a lo largo de esta tesis.

Palabras clave: Práctica médica, Políticas públicas y teoría bourdieusiana.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Linha do tempo do Programa Mais Médicos	19
Figura 2	Imagens dos protestos realizado por todo o Brasil em crítica ao PMM, 2013	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição dos perfis 1 ao 6 de classificação dos municípios brasileiros utilizados no PMMB, 2013.....	61
----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características demográficas dos entrevistados.....	79
Tabela 2	Perfil educacional dos profissionais médicos entrevistados.....	81
Tabela 3	Experiência profissional e tempo de atuação no Programa Mais Médicos dos profissionais médicos entrevistados.....	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Comparativo da relação de médicos por 1 000 habitantes, composto por países da OCED e alguns países em desenvolvimento, entre os anos 2000 e 2013.....	56
Gráfico 2	Comparativo da relação de médicos graduados por 100 000 habitantes entre países componentes da OCDE, no ano de 2011 (ou mais próximo).....	58
Gráfico 3	Comparativo da quantidade de médicos generalistas* e especialistas composto por países da OCED, no ano de 2013 (ou mais próximo).....	59

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde da Família
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
eSF	Equipes de saúde da família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
ISI	Industrialização Por Substituição De Importações
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PMM	Programa Mais Médicos
REVALIDA	Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeira Médicos
RHS	Recursos humanos em saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
STF	Supremo Tribunal Federal
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	CAPÍTULO 1 – PIERRE BOURDIEU: A SAÚDE COMO CAMPO.....	25
1.1	LOCALIZANDO A ABORDAGEM BOURDIEUSIANA.....	26
1.1.1	Conceitos bourdieusianos.....	27
1.2	RECONHECENDO A SAÚDE COMO CAMPO	35
1.3	SOCIOLOGIA DA PROFISSÃO E A CATEGORIA MÉDICA	38
1.3.1	Usando a abordagem bourdieusiana para entender a profissão	40
2	CAPÍTULO 2 – A METAMORFOSE DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E A FORMULAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	46
2.1	MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL	46
2.2	REESCREVENDO AS REGRAS DO JOGO NO BRASIL: DO SEGURO SOCIAL AO DIREITO À SAÚDE.....	49
2.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	51
2.4	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DO SURGIMENTO À ATUALIDADE	53
2.5	PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL (PMM): RECURSOS HUMANOS PARA A AB	55
2.5.1	O contexto de surgimento do PMM: escassez de médicos e AB estagnada	55
2.5.2	Apresentação da política do PMM	60
2.5.2.1	<i>Eixo 1: Provimento emergencial.....</i>	<i>61</i>
2.5.2.2	<i>Eixo 2: Melhora na infraestrutura da AB</i>	<i>63</i>
2.5.2.3	<i>Eixo 3: Formação médica – graduação e residência</i>	<i>64</i>
2.6	RESULTADOS ALCANÇADOS PELO PROVIMENTO EMERGENCIAL DE MÉDICOS: REVISÃO DA LITERATURA	64
2.6.1	Cobertura e impacto do PMM.....	64
2.7	POSICIONAMENTO DOS ATORES SOCIAIS.....	67
3	CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA.....	70
3.1	PERCURSO: DA VISITA NO CAMPO DE PESQUISA AO OLHAR ANALÍTICO SOBRE O PMM.....	73

3.1.1	O trabalho de campo.....	73
3.1.2	Análise de Dados Qualitativo (ADQ).....	75
4	CAPÍTULO 4 – DISPUTAS DE CAPITAL E OS EFEITOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO CAMPO MÉDICO	79
4.1	O PERFIL DOS MÉDICOS ENTREVISTADO	79
4.2	CAMPO MÉDICO – CARACTERÍSTICAS, FRONTEIRAS E CONVERSÃO DE CAPITAL.....	82
4.2.1	Relação médico e usuário.....	84
4.2.2	Escolha da profissão	92
4.2.3	Fronteiras do campo médico: entre a clínica e a gestão do serviço	94
4.2.3.1	<i>Relação entre gerentes e médicos: disputa por capital profissional</i>	<i>96</i>
4.3	TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	97
4.4	A SINGULAR DINÂMICA DO “JOGO” NO CAMPO MÉDICO	101
4.4.1	Distribuição de capitais e a hierarquia no campo médico	101
4.4.1.1	<i>A posição da medicina de família e comunidade no campo médico</i>	<i>101</i>
4.4.1.2	<i>Hierarquia e práticas no campo médico</i>	<i>103</i>
4.5	RELAÇÕES ENTRE A CONFIGURAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICO E AS DISPOSIÇÕES DO CAMPO MÉDICO.....	110
4.5.1	Motivos pelo ingresso no PMM.....	110
4.5.2	Vínculo de trabalho: do ideário ao objetivado	113
4.5.3	Controle sob o agente	120
4.5.4	Sentido de identificação com sua prática	121
4.5.5	Entrada no campo médico	125
4.5.5.1	<i>Médicos cubanos – a explicitação da regulação do campo médico.....</i>	<i>127</i>
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
	REFERÊNCIAS.....	138
	APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADO AOS MÉDICOS	145
	APÊNDICE 2 – UMA ANÁLISE CRÍTICA SOBRE O DESIGN DAS POLÍTICAS DE PROVIMENTO MÉDICO PARA ÁREAS DESASSISTIDAS: UM ESTUDO DE CASO COMPARATIVO E HISTÓRICO ENTRE BRASIL E CANADÁ.....	148

INTRODUÇÃO

Atualmente, a política de saúde é de tamanha importância que podemos apontá-la como estando entre as três áreas mais importantes da política social, em que se destaque na América Latina: as pensões, a saúde e os subsídios e controles de preços (ESPING-ANDERSEN, 1996).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído por meio da Constituição Federal de 1988, é reconhecido como uma das políticas públicas mais inclusivas praticadas no Brasil. A adoção da saúde como direito social foi uma conquista da sociedade brasileira, resultado da grande efervescência social e da mobilização popular em torno da institucionalização de direitos no processo de redemocratização do Estado brasileiro. Ficou estabelecido, constitucionalmente, que as ações e serviços de saúde devem atender aos cidadãos de maneira universal, gratuita e integral.

Com sucessos e retrocessos, a trajetória de desenvolvimento e expansão do SUS é reconhecida pelos avanços proporcionados, mesmo enfrentando um país com alta carga de desigualdade social e com alocação de recursos relativamente baixos em comparação com outros países (CASTRO *et al.*, 2019; OECD, 2013; PAIM *et al.*, 2011; PONKA *et al.*, 2019).

Desde a sua criação, em 1988, o SUS tem progredido consistentemente na ampliação de sua cobertura e na oferta de serviços, contribuindo para dirimir as desigualdades sociais em saúde, mas não sem desafios. Entre eles, com foco no interesse desta tese, podemos destacar: a permanência de grandes variações entre os municípios em relação à qualidade da infraestrutura, recursos humanos insuficientes, baixa capacidade de gestão e dificuldade no acesso a serviços de saúde (CASTRO *et al.*, 2019; OECD, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2015; PAIM *et al.*, 2011; PONKA *et al.*, 2019).

Dessa forma, fica evidente que a transição para o modelo proposto no SUS, além dos rearranjos legais e institucionais, demanda adequações em um de seus pilares: os recursos humanos em saúde (RHS). Seja em quantidade de RHS, frente ao agigantamento da cobertura assistencial imposta pela universalização, seja pelas “novas” necessidades requeridas pelas transições demográfica, epidemiológica¹ e organizacional do SUS.

Com relação à disponibilidade de profissionais de saúde nos serviços para atender à população, em particular, a quantidade e a distribuição dos profissionais, é uma questão crítica há tempos, não só no Brasil, mas para todo o globo (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006;

¹ Transição demográfica nos referimos a questões como a migração da área rural para urbana, levando ao crescimento desorganizado de municípios com infraestrutura limitada, o declínio da fertilidade total e o envelhecimento da população. Já com relação a transição epidemiológica referimos a carga diversificada de doenças e causas de morte por doenças transmissíveis, crônicas e por causas externas (violência e acidentes).

OECD, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Essa problemática abrange tanto países desenvolvidos, quanto países em desenvolvimento, em seu amplo leque de profissões da saúde, em que se destaca a medicina (ZURN *et al.*, 2004). O desafio para que este tema torne-se alvo de políticas públicas e a complexidade de abordá-lo fazem com que poucos países engajem-se em iniciativas de reformas desta questão, à exceção de países como Canadá, Brasil, Cuba, Irã e Tailândia (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006), que nesses último 30 anos abordaram a questão de uma maneira sistemática e abrangente.

A situação do número de médicos pode ser demonstrada por índices como a proporção de médicos por habitantes. Este permite uma comparação inicial e geral entre as regiões, ou até entre nações. No caso do Brasil, em 2011, esta proporção apresentava-se em 1,8 médicos /1.000 habitantes, sendo menor do que no México (2,2) e Canadá (2,4). Muito menor do que a média de 3,2 dos países que compõem a OCDE² e de países como Espanha (3,5), Uruguai (3,7), Portugal (3,8) e Argentina (3,9) (BRASIL, 2015; OECD, 2013; PINTO *et al.*, 2017).

Já em relação à distribuição dos médicos, em 2012, encontrava-se de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam, proporcionalmente, com menos médicos. Dos 27 estados brasileiros, 22 estavam abaixo da média nacional, dos quais cinco tinham menos do que 1 med./1.000 hab. Todos estes cinco estados se encontravam nas regiões Norte e Nordeste. Muito embora o estado de São Paulo, com a média de 2,49 med./1.000 hab., não alcançasse uma distribuição satisfatória em seu território (BRASIL, 2015). Essa distribuição desequilibrada dos profissionais da saúde contribui para o aumento das disparidades no acesso aos serviços de saúde, consequentemente, nas condições de saúde entre a população rural e urbana (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006).

Somam-se a este cenário de insuficiência de médicos, dados relativos ao mercado de trabalho médico, que entre os anos 2000 e início dos anos 2010, mostrou salários crescentes, saldos positivos de empregos na economia formal, baixas taxas de desemprego e altas taxas de procura e aproveitamento das vagas nos cursos de graduação (GIRARDI *et al.*, 2013). Como resultado, verifica-se que de 2002 a 2012, a quantidade de médicos formados no Brasil correspondeu a apenas 65% do total de empregos médicos criados no mesmo período (GIRARDI *et al.*, 2013; PINTO *et al.*, 2017).

Mas a maior iniquidade se manifesta ao perceber que quanto menor, mais pobre, de difícil acesso e precárias as condições sociais, econômicas e sanitárias da região e do município,

² A edição de 2013 do *Health at Glance* da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) comparou dados de indicadores chaves em saúde dos 34 países membros. Também incluiu dados de países como Brasil, China, Índia, Indonésia, Rússia e África do Sul.

maior é a escassez de médicos. Ao mesmo tempo, verifica-se um aumento exorbitante dos valores necessários para conseguir deslocar estes médicos das regiões urbanas, inflacionando o mercado de trabalho médico, justamente nos municípios menores e com capacidade limitada de atrair e fixar os profissionais (BRASIL, 2015; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; MACIEL FILHO; BRANCO, 2008). Dessa forma, é possível percebermos o cenário de escassez de profissionais médicos no Brasil.

No campo da saúde, com foco na relação entre o Estado brasileiro e o campo médico, podemos apontar dois problemas centrais relacionados ao ordenamento dos RHS: uma regulação profissional marcada pela atuação dos Conselhos Profissionais médicos e quantidade e distribuição dos médicos balizadas pelas leis de mercado.

Com relação à regulação das profissões de saúde no Brasil, a partir da década de 1950, foram sendo aprovadas diversas leis federais que deram origem ao atual modelo, de forma que esta regulamentação é composta por um conjunto normativo amplo, complexo e fragmentado. Apesar de possuir sua base na Constituição Federal de 1988, é complementada por uma extensa e variada quantidade de leis, decretos, portarias e, principalmente, resoluções editadas pelos conselhos profissionais. Isto faz com que o modelo regulatório se torne conflituoso e realizado de forma intensa pelos conselhos profissionais³ (AITH *et al.*, 2018).

Além da fragmentação e da complexidade, a regulação das profissões de saúde vigente hoje também padece de desatualização. Grande parte das leis que orientam o exercício das profissões de saúde e organizam os respectivos conselhos profissionais foram criadas antes mesmo da promulgação da CF/1988 e da criação do SUS. Essa realidade regulatória emaranhada representa um obstáculo à implementação do SUS como política de Estado (AITH *et al.*, 2018).

Nosso sistema de saúde funciona como um grande guarda-chuva e uma caixa contemporizadora de tensionamentos. Ou seja, o SUS é um espaço social de intersecção de uma multiplicidade de campos e de relações entre agentes com diversificados interesses e posições, de forma que podemos observar uma miríade de opções e orientações sinérgicas, ou até concorrentes na definição da política do SUS. Por exemplo, ao mesmo tempo em que a saúde foi estabelecida como um direito de todos os cidadãos na CF/1988, também foi assegurada a possibilidade à iniciativa privada de explorar economicamente a assistência à saúde. Segundo alguns autores, este sistema, que deveria ser suplementar ao público, tornou-se um sistema

³ Os conselhos profissionais são considerados instituições da Administração Indireta da União e foram criadas ao longo da segunda metade do século XX por diversas leis que atualmente representam o marco normativo das 14 profissões da área da saúde reconhecidas como tal pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução n. 298/1998).

paralelo, competindo por recursos econômicos, políticos e humanos (GOMES, A. P. A.; MACIEL, 2019; PAIM *et al.*, 2011).

Este modelo de intervenção fragmentado e desigual do Estado brasileiro nas políticas sociais data das décadas de 1920 e 1930, quando os direitos sociais e civis de um indivíduo estavam relacionados à sua posição no mercado de trabalho (PAIM *et al.*, 2011). Nos governos do presidente Vargas (1930 - 1945) e na ditadura militar (1964 - 1984), o sistema de proteção social foi expandido, todavia, mantendo seu caráter fragmentado com um Ministério da Saúde subfinanciado, provendo ações preventivas e o Sistema de Seguridade Social, fornecendo assistência médica com base nas categorias ocupacionais, cada um com diferentes ofertas e níveis de cobertura (GIOVANELLA *et al.*, 2012; PAIM *et al.*, 2011). Indivíduos com empregos informais ficavam à mercê de uma oferta inadequada dos serviços públicos ou da assistência filantrópica e de serviços de saúde privados pagos (PAIM *et al.*, 2011). Durante a ditadura militar o sistema privado recebeu amplos incentivos para a sua expansão, principalmente nos grandes centros urbanos, voltados para o modelo hospitalar e de especialidades, gerando alto consumo de tecnologia e centrado em práticas curativas.

No final dos anos 1980, não só o Brasil, mas grande parte dos países, estava almejando ou passando por reformas no financiamento e na organização de seus sistemas de saúde. O avanço dos custos para a manutenção desse modelo baseado na assistência hospitalar e de especialidades, com uso frequente de tecnologias novas e caras, somadas às mudanças nos padrões de adoecimento e envelhecimento das populações, além de não terem o impacto esperado na melhoria da qualidade da assistência prestada, estavam tornando-se financeiramente insustentáveis, aumentando as disparidades entre subgrupos populacionais, e parcelas cada vez maiores da população mundial encontravam-se sem acesso à assistência à saúde (STARFIELD, 2002).

Diante desta situação compartilhada por várias nações, houve uma convergência de interesses sobre a natureza da atenção primária à saúde⁴ (APS) e seu papel dentro dos sistemas de saúde. No entanto, o contexto internacional adverso de baixo crescimento econômico e maior presença de governos conservadores colocou o modelo de atenção primária integral em embate com a concepção de uma APS seletiva, prevalecendo esta última (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

No Brasil, a adesão a proposições de APS entrou na agenda de debates da reforma setorial já em meados da década de 1970, acompanhando o movimento internacional. Diversas

⁴ Neste trabalho, aplicamos os termos de Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde como intercambiáveis.

iniciativas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), na década de 1970, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsauúde), nos anos 1980, as Ações Integradas de Saúde (AIS), tomadas como estratégia em 1985, os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC), entre 1984 e 1987, foram tentativas de consolidar uma rede de serviços básicos de saúde no Brasil (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

No entanto, foi somente com a criação do SUS e com a mobilização política e social do movimento da Reforma Sanitária, que o modelo de atenção à saúde sofreu uma grande inflexão. O Brasil se encontrava em um momento propício à implementação de uma APS capaz de reorientar o sistema de saúde. Entretanto, durante a década de 1990, o avanço do projeto neoliberal⁵ fez com que o Ministério da Saúde implementasse uma APS seletiva, por meio de intervenções como o Programa de Agentes Comunitários, em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994⁶ (GIOVANELLA *et al.*, 2012). Todavia, em 1997, quando o Saúde da Família é adotada como estratégia no Brasil, ele ganha um caráter mais abrangente, tornando-se um modelo para a atenção básica (AB) do SUS, assumindo papel central na orientação do tipo de assistência a ser prestada pelo sistema e na articulação com os demais níveis de atenção à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012; PAIM *et al.*, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tornou-se, assim, a marca institucional e a expressão normativa no setor público de saúde, que vem sendo progressivamente implementada em todo o Brasil. Uma vez conformadas as suas diretrizes normativas nacionais, o propósito primordial dessa estratégia tem sido ampliar o acesso e estabelecer um determinado ordenamento da rede de serviços e de apoio logístico.

Portanto, nos detendo a esta dimensão da análise, é possível notar a disputa por recursos e espaços dentro deste campo. Podemos assim dizer, que a ESF é conformada:

(...) por uma estratégia dialeticamente estruturada e estruturante, instituída e instituinte. É estruturada com base em diversos determinantes sociais, notadamente aqueles decorrentes das políticas de governo, que se interpõem em uma pluralidade de instâncias e dinâmicas de poder, típicas dos sistemas institucionalizados de ação. É instituída em razão de normas, prescrições e

⁵ O projeto neoliberal ou a contrarreforma tinha como princípios a “redução” dos gastos públicos e a realização da cobertura e oferta de serviços da saúde via mercado.

⁶ Em tese, dando prioridade aos grupos mais expostos aos riscos de adoecer e morrer, o Ministério da Saúde, com a experiência do Pacs/PSF, propôs-se a atuar na esfera da equidade e, promovendo a atenção primária, contribuir para a construção de um sistema de saúde voltado para a qualidade de vida dos grupos excluídos, permitindo-lhes o acesso aos serviços de saúde locais. Ainda assim, mantinha características de uma APS seletiva, pois o PSF inicialmente foi implantado como programa focalizado em populações muito pobres com cesta restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial.

comportamentos regrados (Weber, 1996) da parte de seus atores institucionais, individuais e coletivos. É instituinte em razão das ações intencionais da parte dos diversos atores institucionais de seu entorno, do exercício e das graduações de poder estabelecidos entre os mesmos, das dinâmicas de margens de autonomia de cada um e das interações e mediações políticas resultantes. É estruturante de uma determinada modelagem para as políticas de “Atenção à Saúde” de nível primário e de âmbito local, distinta das anteriores (CHAVES; MIRANDA, 2008, p. 154).

Essa modelagem citada pelos autores se constitui em práticas “inovadoras”, enfatizando a sua realização em ato e a necessidade de criar combinações alternativas ao uso acentuado de tecnologias novas e caras. Somando-se a isso, mudanças com formas democráticas de gestão dos serviços e a ampliação do acesso e coordenação do cuidado pela AB produziriam novas dinâmicas e práticas de trabalho, influenciando o remodelamento dos perfis profissionais e das comunidades de práticas em seu entorno.

A expansão da ESF encontrou forte limitação desde seu lançamento. Entre os problemas podemos destacar a limitação do “método indutivo”, eleito pelo governo federal como estratégia de implementação através de estímulos financeiros, ao invés de um planejamento sistêmico. Como resultado, a estratégia acarretou na responsabilização das gestões municipais pela decisão de adotar tal modelo, gerando mais fragmentação e iniquidades do que uma unicidade guiada pelas necessidades de saúde (CAMPOS, G. W. de S.; PEREIRA JÚNIOR, 2016). Por sua vez, a alta carga atribuída aos municípios no custeio da ESF “contribuiu para aumentar a preocupação dos prefeitos com a ESF, receosos do comprometimento excessivo do orçamento municipal com a saúde” (CAMPOS, G. W. de S.; JÚNIOR, 2016, p. 2657).

Ademais, das limitações provenientes do modo de implantação da ESF, o SUS defrontava-se com a ausência de mecanismos institucionais para objetivar a formação de RHS conforme as necessidades de saúde, e de maneira a responder o atual modelo de atenção à saúde.

Diante da ausência de um planejamento sistêmico almejando um avanço estratégico da ESF, com um modelo de regulação profissional fortemente executado pelos Conselhos Profissionais e a disputa por RHS com a rede privada, os municípios não conseguem, isoladamente, desenvolver uma política de pessoal adequada para a AB. Percebe-se os municípios limitados e circunscritos a uma permanente negociação com os profissionais como tentativa de recrutar pessoal, em particular, os médicos.

Essa problemática da escassez de profissionais da saúde, com destaque para os médicos, e a conseqüente formulação de uma política pública para sua “resolução”, já havia sido abordada pelo governo federal em anos anteriores. No entanto, estas abordagens espelhavam o estado do equilíbrio de poder no campo da saúde a favor dos interesses da categoria médica.

Dessa forma, as políticas não colidiam com pontos importantes de interesses da categoria médica e o quadro mantinha-se praticamente sem alterações.

Com mudanças importantes na conformação do campo e no equilíbrio de poder, a problemática da escassez de profissionais “ascende” de importância na agenda governamental, e é incorporado à agenda do governo federal no mandato da Presidenta Dilma Rousseff. Esta nova configuração aponta para a elaboração de uma política mais contundente em relação aos interesses da categoria médica, até então preponderantes.

No dia 8 de julho de 2013, ainda no calor das chamadas “Jornada de Junho”, a Presidenta Dilma Rousseff assinou a medida provisória que instituiu Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) (Figura 1). O programa objetivava resolver o problema crônico da escassez de médicos e levar médicos para as regiões desassistidas do Brasil. Dessa forma, a aposta era de que o PMM “teria apoio popular, como de fato teve, e isso superaria o provável prejuízo político” (PINTO, 2021, p. 285) frente ao campo médico e seus prolongamentos.

Assim, o Ministério da Saúde sustentou sua política baseando-se em argumentos e dados que retratavam o número insuficiente de médicos (BRASIL, 2015; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; GIRARDI *et al.*, 2016; PINTO *et al.*, 2017), sua concentração nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2015; EPSM, 2012; SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011) e a dificuldade de atração e fixação destes profissionais nas regiões de necessidade e maior vulnerabilidade (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; MACIEL FILHO, 2007). Todos esses fatores estavam atuando de maneira sinérgica limitando, então, a expansão e o desenvolvimento da AB no país (BRASIL, 2013b, 2015; PINTO *et al.*, 2017). Em outras palavras, os dados apontavam para um cenário de profunda escassez de médicos no país, sobretudo na AB. Fato evidenciado ao se perceber o crescimento de apenas 1,5% da cobertura da ESF durante o início dos anos 2000 (BRASIL, 2015).

Figura 1 - Linha do tempo do Programa Mais Médicos



Fonte: Porta Brasil (2013ANO).

Na sequência ao lançamento do PMM, houve uma onda de protestos e críticas ao PMM, alavancada pela categoria médica, protagonizada pelas entidades representativas dos médicos (Conselho Federal de Medicina – CFM e a Associação Médica Brasileira – AMB) e parte das universidades de medicina do Brasil. Entre as críticas, destacava-se o argumento da realização da revalidação do diploma para os médicos formados no exterior. Afirmavam que a medida seria apenas um paliativo, ineficaz, e abriria a possibilidade de profissionais atuarem sem a avaliação dos órgãos competentes, trazendo risco à população assistida.

Entre as ações de oposição à iniciativa do governo, as entidades médicas organizaram ações como: campanhas informativas e publicitárias dirigidas para os médicos e a população brasileira; articulação com deputados e senadores para interromper o processo de aprovação da Lei do Mais Médicos no Congresso; protestos de rua convocando médicos, residentes e estudantes de medicina para levantarem a “bandeira” da categoria; ação judicial de inconstitucionalidade do PMM, encaminhada ao Supremo Tribunal Federal.

Figura 2 – Imagens dos protestos realizados por todo o Brasil em crítica ao PMM, 2013



Fonte: Imago/Zumapress (2013).

Diante da importância que o PMM adquiriu, tanto na agenda dos governos, como na das entidades médicas, ele tornou-se tema central no debate público nacional, recebendo atenção dos meios midiáticos e acadêmicos. Isto ocorreu motivado não apenas pelo volume de recursos financeiros movimentados⁷, mas também pela mobilização de capital político e simbólico, consequente da sua repercussão sobre o sistema público de saúde e sobre o campo médico como um todo, colocando os sentidos e os objetivos do programa em disputa.

⁷ No ano de 2014, segundo o Sistema Integrado de Finanças Públicas (SIAF), considerando os gastos dos Ministérios da Saúde, Educação e Defesa, foram empenhados recursos para o PMM na ordem de 2,81 bilhões de reais chegando a 3,44 bilhões no ano de 2017 (3,91 bilhões em valores corrigidos a dezembro de 2020 pelo IPCA), quando teve seu maior orçamento.

Frente a uma ação do Estado que buscava, fundamentalmente, atacar o problema da escassez de médicos, a atuação e os posicionamentos dos profissionais médicos no PMM não podem ser explicados apenas com dados estatísticos ou a partir de análises que partam da dimensão macro ou microssocial isoladamente. É, precisamente, por tratar da relação entre agentes com posições objetivadas e suas disputas por melhores posições e o espaço social no qual os agentes estão inseridos, que nos apoiamos na abordagem bourdieusiana para esclarecer os “invariantes” e os “variantes” da prática dos médicos.

O meu interesse pelo tema das relações sociopolíticas definidoras do campo médico foi acentuado durante minha carreira médica na especialidade Saúde da Família e Comunidade, que, somada à minha prática na magistratura na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e na supervisão do PMM, me impulsionou a estudar a atuação dos médicos no programa.

Neste trabalho, que faz parte de uma ampla pesquisa denominada “Avaliação do Impacto do Programa Mais Médicos no Brasil”, de caráter multicêntrico, envolvendo pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade de Brasília (UnB), Imperial College London (IC) e London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), analisei alguns aspectos relacionados às categorias que constituem a política pública do PMM, buscando, a partir da abordagem bourdieusiana, explicitar a relação entre a fração do campo burocrático responsável pelo PMM (ministro da saúde, secretários e diretores das pastas envolvidas) e o campo médico, assim como a disputa pelo capital específico no campo médico, impulsionando a tomada de decisão dos agentes médicos inseridos no PMM. Dessa forma, a política do PMM pode ser analisada nessa perspectiva como o produto da relação entre o campo da medicina e o grupo de agentes administrativos e políticos que, no âmbito do espaço governamental, intervêm nessas questões.

Os motivos que me conduziram a analisar uma política pública de recursos humanos em saúde foram: primeiramente, o fato de ser professor de medicina e médico envolvido há anos nas discussões sobre a formação médica e sobre o trabalho na AB, me torna um agente envolvido com esse objeto de estudo; em segundo lugar, o recorte de análise objetivando estudar a prática médica deve-se ao seu papel expressivo na definição do modelo de saúde ofertado e na maneira como o trabalho em saúde se desenvolve; e, por fim, por reconhecer a necessidade de se realizar uma abordagem explicitando camadas mais profundas dessa realidade específica para a sua melhor compreensão.

Olhando para o objeto desta tese sob uma perspectiva bourdieusiana, é importante destacar que para compreender a prática do agente médico inserido no PMM, tanto suas

características disposicionais e situacionais não se restringem ao PMM, quanto é preciso estudá-las em relação com o PMM, considerando essa política pública como um complexo de relações entre campos.

Nesta pesquisa descrevemos o campo médico através de três aproximações. A primeira, por meio da análise das passagens que foram agrupadas sob a temática da relação entre médico e paciente. E a segunda, ao tratar sobre os interesses motivadores na escolha da profissão médica. E, por fim, na identificação da relação entre médicos e gestores dos serviços. Em conjunto, essas três aproximações possibilitaram explicitar as características e as configurações específicas do campo médico, a exemplo da identificação do capital específico dele e a configuração hierarquizada das relações entre médicos e outros agentes, como desdobramento de sua posse. Além disso, entre as estruturas e as regras, notamos a influência da estrutura do modelo biomédico ao ser estabelecido como o sistema classificatório dominante no *habitus* dos médicos.

Na sequência, descrevemos e analisamos a relação entre a configuração do PMM e as disposições no campo médico. Mesmo constituindo-se a partir de disposições dominadas em relação ao campo médico, a configuração do programa foi capaz de induzir a ida de médicos para áreas desassistidas. Por meio relação entre o PMM e o campo médico, foi possível explicitar mecanismos de controle na entrada no campo médico, sua regulação e um sentido de identificação do médico com o programa.

Para deixar mais claro o percurso percorrido por mim, esta tese está dividida em quatro capítulos, no total. No capítulo 1, apresento os elementos-chave da abordagem bourdieusiana que mobilizei para compreender o objeto de análise, assim como sua aproximação com o campo da saúde, das profissões e da ação pública, que auxiliaram na análise do material encontrado na pesquisa. No capítulo 2 busquei apresentar o cenário e o contexto do sistema de saúde brasileiro, com destaque para Atenção Básica e o lançamento do Programa Mais Médicos para o Brasil. No capítulo 3 apresento a metodologia utilizada na pesquisa. No 4 exploro a prática dos agentes médicos através da lente bourdieusiana apoiada em conceitos como o de homologia entre campos, capital e conversão de capital, *doxa* e *illusio*. Desse modo, foi possível caracterizar os interesses que mobilizam as escolhas dos agentes, assim como o capital específico valorizado no campo médico e suas influências sobre as estratégias desenvolvidas pelos médicos para “jogarem” o esse jogo. Frente ao conhecimento das propriedades atuais da prática médica, torna-se factível esclarecer se os agentes médicos atuam, em um espaço social como o PMM, guiados por sua livre escolha individual ou se antes caracterizam-se como um grupo que tem seu senso prático fortemente moldado pelo campo e têm seus interesses atualizados de maneira

relacional. Além do contexto do Brasil, abordado centralmente nesta tese, também exploramos o cenário e a iniciativa para superação do problema da escassez de médicos no Canadá, com o objetivo de comparar com a iniciativa brasileira. Essa parte da tese foi fruto do Doutorado Sanduíche, realizado no The Wilson Center/University of Toronto, em Toronto/Canadá, sob orientação da professora Cynthia Whitehead, e apresentada no Apêndice 2 desta tese.

Assim, o objetivo não é demonstrar que a medicina não é autônoma, mas ilustrar como a prática médica se forma e muda em uma relação dialética entre fatores internos e externos na construção cotidiana da medicina. Por fim, sintetizamos nas considerações finais os principais achados que dialogam com a nossa hipótese de que as ações do PMM afetaram o campo médico em relação às características para entrada do campo, a elementos que caracterizam a hierarquia interna ao campo e a distinção entre a atuação na AB e nas especialidades.

É importante reconhecer e apontar os limites desse estudo, principalmente no que diz respeito ao alcance da análise empreendida nele, que se debruça sobre uma experiência local e, portanto, seus achados referem-se a essa configuração. Ao mesmo tempo, entretanto, ele pode ajudar a compreender as configurações das posições e das disputas por capital em uma realidade mais ampla como a nacional. Assim, espero que este trabalho possa contribuir para o avanço da pesquisa na Paraíba e para a formulação de políticas públicas em saúde, já que se almejou pôr em relevo aspectos sociológicos da prática médica no contexto de uma política pública de saúde de abrangência nacional, ao tentar evidenciar como os profissionais médicos têm “jogado” no campo da saúde pública, em particular na AB, configurando, portanto, um diagnóstico situacional e disposicional de agentes executores de uma importante dimensão do espaço social.

CAPÍTULO 1 – PIERRE BOURDIEU: A SAÚDE COMO CAMPO

Deixando de lado o relativismo extremo, é proveitoso julgar que a compreensão do funcionamento da realidade seja algo complexo e de difícil representação. A tentativa de entendimento e representação do real, daquilo que está posto e sendo reproduzido, exige do observador um desprendimento “historicamente situado e datado” na tentativa de compreensão daquilo que se deseja observar (BOURDIEU, 1996a).

Um grande tema da sociologia é o grau de liberdade que os sujeitos e grupos sociais têm para tomar decisões e realizar ações e o quanto isso é livre ou constrangido e influenciado por elementos da estrutura social. Relacionando-se diretamente com a questão da reprodução social e das possibilidades de mudança, além da presença evidente de elementos como relação de dominação, conflito entre agentes envolvidos, disputa por capitais e pela legitimação das medidas tomadas, o referencial bourdieusiano nos pareceu ser adequado para analisar as relações e interesses dos agentes médicos envolvidos na execução da política pública do PMM.

No atual modelo da sociedade capitalista reconhecido como legítimo, o Estado está no centro do desenvolvimento de políticas e das análises sobre estas. Ele é o agente benevolente que desloca a sociedade, seus agentes e suas relações para uma posição de meros destinatários das suas ações. Assim, continuar a fazer análise da ação estatal sem levar em conta os agentes é renegar as diferenças entre classes, raças, gêneros e regiões.

A formulação de uma política pública não está relegada a qualquer instância governamental, pressupõe-se que há agentes responsáveis pela formulação que concentrem certa autoridade dentro da esfera governamental, os chamados burocratas. Por outro lado, a execução de uma política não passa pelas mãos de seus formuladores, “assim, um programa é o resultado de uma combinação complexa de decisões de diversos agentes” (ARRETCHE; 2002: 03).

Por um lado, se me coloco à disposição para o entendimento de um momento crucial de uma política pública, por outro lado, não renego que uma política é algo bem maior e mais profundo do que sua própria prática. Neste sentido, da construção à execução de uma política pública, há situações complexas, permeadas por conflitos de interesses, consensos, até que se façam acordos políticos, para que se possa colocar em vigor determinada política (MAINARDES, 2006). Isso é reafirmar que uma política pública não é mera atuação governamental.

Neste sentido, o desenho de uma política pública será o mais próximo possível das estratégias e dos objetivos traçados, levando-se em consideração o relativo grau de aceitação dos executores e dos beneficiários dessa política pública. Ademais, os diferentes contextos nos

quais essas políticas venham a ser executadas podem gerar impactos diferentes a partir de uma mesma regulamentação estatal.

Buscamos enfatizar a importância de se conceber o setor da saúde como uma arena com estruturas sociais que moldam e restringem a ação social interna, e defendemos que isso seja teorizado como um campo em sentido bourdieusiano. Isso significa que o setor saúde pode ser entendido como um sistema relativamente aberto, compartilhando algumas das lógicas e da estrutura de outros campos, mas também apresentando algumas práticas sociais e discursos singulares (BOURDIEU, 1989; BOURDIEU; WACQUANT, 1992). Conceituar o setor saúde como um campo supera a polaridade presente e problemática na literatura, seja o de imputar o papel de mero replicador das premissas estruturais e terminais da macroestrutura, atribuídos ao sujeito, ou seja pela demasiada ênfase nas subjetividades dos atores envolvidos, como se estes tivessem liberdade e total poder sobre suas escolhas e modo de agir (BOURDIEU; WACQUANT, 1992; COLLYER, F., 2018; WACQUANT, 2007).

Neste capítulo buscamos apresentar resumidamente a abordagem bourdieusiana. Sendo dividida em três partes. Na primeira apresentamos a sua teoria em relação com outras abordagens, para logo em seguida apresentar os conceitos centrais e a relação entre eles. Ao fim, aproximamos estes conceitos com a área da saúde.

1.1 LOCALIZANDO A ABORDAGEM BOURDIEUSIANA

O sociólogo Pierre Bourdieu (1930-2002) foi responsável pela construção de uma vasta literatura sobre a questão das ações e das relações dos agentes. Sua compreensão do real como relacional dentro dos espaços sociais/espços simbólicos (BOURDIEU, 1989; BOURDIEU; WACQUANT, 1992) é inspiradora na tentativa de compreensão dos elementos sociais atuais. O objetivo primordial de sua obra foi produzir uma “teoria geral da economia das práticas”, uma teoria capaz de interpretar compreensivamente a lógica das lutas baseadas em interesses sobre tipos específicos de capital em campos muitos diversos (HANS; KNÖBL, 2013).

Sua abordagem sociológica busca levar absolutamente em conta a capacidade e poder dos atores em agir. Sua “teoria da prática” é uma abordagem que vai além do “objetivismo” e olha com seriedade para o que os atores fazem. Isso só pode ter êxito se for mostrado que existem “relações dialéticas entre as estruturas objetivas [dos campos] [...] e as inclinações estruturadas [dos atores]”, ou seja, que ações e estrutura se determinam mutuamente por meio de sua interrelação. Esta noção é entendida, então, como produto de uma “relação dialética” entre um *habitus* e uma situação, categoria que na obra de Bourdieu recebeu a denominação de campo (HANS; KNÖBL, 2013). Assumindo, assim, uma posição contrastante tanto com os

funcionalistas e os estruturalistas, pois para ele as estruturas são “feitas” e continuamente reproduzidas pelos agentes, quanto com os subjetivistas, pois enfatiza o profundo impacto causal dessas estruturas nos atores. A partir de suas pesquisas, Bourdieu percebeu uma certa instrumentalização das regras pelos agentes que as usam conforme melhor lhe coubessem ou seguindo-as somente a fim de disfarçar seus interesses concretos (HANS; KNÖBL, 2013).

Para Bourdieu o estruturalismo falhou ao privilegiar demasiadamente a orientação das regras e padrões culturais sobre a ação empreendida pelos atores sociais, em detrimento desta estar relacionada com interesses dos atores. Assim, Bourdieu nega o papel meramente de reprodução e objeto passivo dos agentes. Portanto, para o autor, há um elemento de “imprevisibilidade” inerente à ação humana no que diz respeito a regras e padrões, rituais e regulações. Dessa forma, são introduzidos elementos de uma teoria da ação nos elementos teóricos estruturalistas, ou seja, a ideia de conduta em desacordo com as regras e relacionada com interesses (HANS; KNÖBL, 2013).

O autor valoriza o modo de pensamento relacional, ao invés do pensamento substancialista. Assim, para ele, não é o ator individual que é o núcleo da chave analítica; pelo contrário, são as relações entre os atores ou as relações entre as posições no interior de um sistema ou no interior de um campo que são centrais (HANS; KNÖBL, 2013).

1.1.1 Conceitos bourdieusianos

Para autores como HANS e KNÖBL (2013), o conceito de campo fornece uma porta de entrada para a teoria bourdieusiana. Diferentemente do que alguns possam estar acostumados com a leitura em artigos e materiais diversos, conceitos como o de campo não têm uma definição “fechada”. Para Lahire (2017), definir as propriedades essenciais de um campo não é uma tarefa fácil, visto as nuances e mudanças, mesmo que pequenas, que o conceito adquiriu a cada uso que Bourdieu fez. Exercício esse que aqui buscamos realizar de maneira sucinta, mas que consiga esclarecer, ao menos ao leitor inicial, como o conceito de campo deva ser compreendido.

Para pensar em campo, é necessário pensar relacionalmente (BOURDIEU; WACQUANT, 1992). Ou seja, a noção de campo pode ser definida, mas apenas dentro do sistema teórico que o constitui, não isoladamente (BOURDIEU; WACQUANT, 1992). Portanto, “o que é verdade para os conceitos, é verdade para as relações que adquirem seu significado apenas dentro de um sistema de relações” (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 96). Bourdieu nos dá uma boa visão ao dizer:

Podemos pensar em um campo como um espaço dentro do qual um efeito do campo é exercido, de modo que o que acontece a qualquer objeto que atravessa esse espaço não pode ser explicado apenas pelas propriedades intrínsecas do objeto em questão. Os limites do campo estão situados no ponto onde os efeitos do campo cessam (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 100).

A maneira como os conceitos vão sendo selecionados para explicar a realidade social e a maneira como eles vão se constituindo ocorre tanto por uma escolha deliberada, como uma recusa consciente de Bourdieu, que almeja uma maneira de superar a abordagem positivista da realidade (BOURDIEU; WACQUANT, 1992). Como resultado, exige o seu uso não de maneira estática e pronta a serem postas em prática, mas tendo sua definição com precisão determinada relacionalmente e diante da sua análise empírica. A exemplo do conceito de campo.

Com sua teoria dos campos, Bourdieu propõe um modelo bastante geral para refletirmos e compreendermos nossas sociedades diferenciadas. Diz ele:

(...) o cosmo social é composto de uma série de microcosmos sociais relativamente autônomos, ou seja, espaços de relações objetivas que são o local de uma lógica e uma necessidade que são específicas e irredutíveis àquelas que regulam outros campos. Por exemplo, o campo artístico, ou o campo religioso, ou o campo econômico seguem lógicas específicas: enquanto o campo artístico se constituiu rejeitando ou revertendo a lei do lucro material (Bourdieu 1983d), o campo econômico emergiu, historicamente, através da criação de um universo dentro do qual, como costumamos dizer, "negócios são negócios", onde as relações encantadas de amizade e de amor são, em princípio, excluídas (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 100).

Desse seu comentário podemos destacar algumas propriedades gerais do campo:

- Um campo é um microcosmo, com autonomia relativa, incluído no macrocosmo constituído pelo espaço social global;
- São espaços de relações objetivas onde se desenvolvem uma lógica e necessidades específicas, bem como interesses e disputas irredutíveis às regras do jogo e aos desafios dos outros campos;
- Um campo é um “sistema” ou um “espaço” estruturado de posições ocupadas pelos diferentes agentes do campo;
- A cada campo corresponde um *habitus* próprio do campo.

Para auxiliar o entendimento e as relações de alguns conceitos como o de campo, capital e *habitus*, o próprio autor faz duas analogias interessantes: a primeira, entre jogo e campo e, a segunda, entre trunfos e capital. Todavia, estas devem ter seu uso com cautela e com ressalvas. Uma diferença marcante deve-se à propriedade do campo, que ao contrário do jogo, não é

proveniente de um ato deliberado de criação e que segue regularidades não explícitas e não codificadas. Ele descreve a analogia com o jogo da seguinte forma:

(...) Assim, temos apostas que são em grande parte o produto da competição entre jogadores. Temos um investimento no jogo, *illusio* (de *ludus*, o jogo): os jogadores são levados pelo jogo, eles se opõem, às vezes com ferocidade, apenas na medida em que concordam em sua crença (doxa) no jogo e suas apostas; eles concedem a estes um reconhecimento que escapa ao questionamento. Os jogadores concordam, pelo mero fato de jogar, e não por meio de um "contrato", que vale a pena jogar o jogo, que "vale a pena", e esse conluio é a própria base de sua competição (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 98).

Outra comparação que nos ajuda a entender o conceito de campo e capital é a analogia com os trunfos, ou seja, cartas mestras cuja força varia dependendo do tipo de jogo. Assim como o valor relativo das cartas muda conforme cada jogo, a hierarquia das diferentes espécies de capital (econômico, social, cultural, simbólico) varia entre os vários campos. Em outras palavras, existem cartas que são válidas, eficazes em todos os campos — essas são as espécies fundamentais do capital —, mas seu valor relativo como trunfo é determinado por cada campo e até pelos estados sucessivos do mesmo campo. Isso ocorre porque, no fundo, o valor de uma espécie de capital depende da existência de um jogo, de um campo em que essa competência possa ser empregada: uma espécie de capital é eficaz em um determinado campo tanto como recurso, quanto como aposta de luta, aquilo que permite a seus possuidores exercer um poder, uma influência no campo em consideração (BOURDIEU; WACQUANT, 1992).

Com essas duas analogias, o autor nos esclarece que, em sendo a realidade social composta por vários campos, nos quais diferentes regras são aplicadas, os atores devem agir em referência a estas regras se desejam ter sucesso em obter lucros — formas específicas de capital — dentro desse campo.

Em outras palavras, um campo é um espaço social cujas atividades se situam numa área particular (como a arte ou a política), cujos desafios que os estruturam e as regras que os regem são irredutíveis para aqueles e aquelas que estruturam e regem as outras áreas. Os indivíduos (agentes) de um campo não seguem a mesma lógica e objetivos que os de outro campo. Um artista procurará ser reconhecido por seus colegas e críticos de arte e, portanto, se esforçará para atender aos critérios que definem o que é um bom artista, enquanto um político buscará posições de poder e praticará o jogo democrático (ou, em referência ao mesmo) será leal ao partido e seu líder, ou será útil dentro do governo como um tecnocrata bem treinado. Isso significa também

que os recursos relevantes variam de um campo para outro; isso é o que Bourdieu chama de “capital específico” (DUBOIS, 2021).

Capital, para Bourdieu, portanto, são esses recursos e bens pelos quais os agentes direcionam estrategicamente suas ações guiados por seus interesses. Sua preocupação é ressaltar como as lutas sociais dizem respeito à busca por formas diferentes de capital. De acordo com Bourdieu, as ações que, à primeira vista, parecem irracionais, porque elas não são guiadas em direção ao ganho financeiro imediato, devem ser consideradas como um meio de adquirir benefícios substanciais de outros tipos, o que Bourdieu chama de “ganhos simbólicos”. Essa forma simbólica de capital é de relevância crucial para a hierarquia de classe em uma sociedade, pois isso pode ser convertido em capital “real”, em certas circunstâncias. Nesse sentido, não há nada economicamente irracional sobre o capital simbólico. Assim, essa forma simbólica de capital é similar a um tipo de crédito, na base da qual as oportunidades econômicas constantemente surgem.

Em se tratando de capital, Bourdieu postula a existência de diferentes tipos de capital, como o econômico, fundado na apropriação de bens materiais; o social, baseado em relações mundanas que constituem fontes estratégicas de apoios para atuação dos agentes sociais; o cultural, que tem na posse dos títulos escolares uma de suas manifestações institucionais; e o simbólico acima descrito, aqui em outras palavras, seriam formas de que se revestem as diferentes espécies de capital quando percebidas e reconhecidas com legítimas.

De acordo com Bourdieu, esse conceito de capital nos habilita a modelar uma estrutura de sociedade de classes. Em sua visão, é preciso estar atento ao fato de que as formas de capital podem, algumas vezes, ser trocadas ou traduzidas em termos de outras, sua conversão é frequentemente possível. Isto é, para determinar a posição de um indivíduo dentro da estrutura da sociedade de classes, é vital estudar, ao mesmo tempo, o volume de capital disponível para esse indivíduo, bem como a estrutura desse capital.

Entretanto, o uso do termo capital fez com que Bourdieu recebesse críticas contundentes de ser um economicista. Assim como a utilização do termo interesse, que mais à frente de sua carreira, o autor preferiu empregar o conceito *illusio*.

Seja no campo político ou campo da saúde, o interesse dos atores desempenha um papel decisivo. Alinhado às regras que pertencem ao interior do campo específico, atores perseguem seus interesses de acordo com o modo como se relacionam com esses campos, embora, porque se habituaram a ele, não estejam sempre conscientes desses interesses.

Um capital não existe e funciona, exceto em relação a um campo. Ele confere um poder sobre o campo, sobre os instrumentos de produção ou reprodução materializados ou

corporificados cuja distribuição constitui a própria estrutura do campo, e sobre as regularidades e as regras que definem o funcionamento normal do campo e, portanto, sobre os lucros gerados. Como espaço de forças potenciais e ativas, o campo é também um campo de lutas, que visa preservar ou transformar a configuração dessas forças. Dessa forma, a principal preocupação é sempre com lucros e perdas e as lutas e disputas sobre os diferentes tipos de capital. Portanto, o modelo de ação de Bourdieu sempre permanece o mesmo e toma fundamentalmente a mesma forma com respeito aos vários campos.

Além disso, o campo, como estrutura de relações objetivas entre posições de força, fundamenta e orienta as estratégias pelas quais os ocupantes desses cargos buscam, individual ou coletivamente, salvaguardar ou melhorar sua posição e impor o princípio de hierarquização mais favorável aos seus próprios produtos. As estratégias dos agentes dependem de sua posição no campo, ou seja, da distribuição do capital específico, e da percepção que eles têm dele, dependendo do ponto de vista que assumem sobre o mesmo, como uma visão a partir de um ponto nele.

Ainda de acordo com Bourdieu, não é útil que se analise o comportamento de atores individuais de forma isolada, a não ser que também se determine a posição de um ator no interior de tal campo, na qual a ação se torne significativa, em primeiro lugar. Retomando o conceito aqui revisado de campo, que sob a sua influência, oferece opções para ação, mas somente algumas, o que significa que outras opções de ação são excluídas e que os atores estão submetidos a determinadas restrições, obedecendo à lógica da ação do campo em consideração. Essas restrições e limites influenciam em como os atores predispostos podem agir, e é por isso que é inevitavelmente improdutivo que se restrinja ao exame da biografia de um ator a fim de explicar um certo fenômeno, seja ele de qualquer setor, como, por exemplo, na política, na saúde, na arte entre outros (DUBOIS, 2021; HANS; KNÖBL, 2013). Assim, ao invés de “sujeitos”, as pessoas são agentes em um campo pelo qual são profundamente moldados.

Em face da posição que os agentes ocupam nesse complexo espaço, das visões que constroem sobre ele, das formas como se auto classificam e classificam socialmente os outros agentes, pode-se compreender, em boa medida, a lógica da pluralidade de suas práticas, como as culturais (gosto musical, maneira de se alimentar etc.), econômicas (grande ou pequena propensão à poupança, *laissez faire*, etc.), estratégias educativas etc., sobretudo quando associadas a um sistema de disposição produzido e utilizado por determinado grupo ou classe social.

A posição de um agente em um campo pode ser comparada a um espaço geográfico no interior do qual se organizam regiões. No campo, a sua posição é definida pelo nível e a

estrutura do capital que detém, relacionada com o nível e a estrutura do capital dos outros agentes. Os agentes competem entre si para fortalecer sua posição no campo, de forma explicitamente organizada como tal (concursos, eleições), e de forma mais genérica, nas atividades ordinárias do campo. Assim, podemos notar que um campo é um espaço estruturado de posições e concorrência que regula a distribuição social do capital e dá a estrutura do *habitus*, e o *habitus* “contribui para constituir o campo como um mundo significativo” (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 127).

Todavia, a relação entre campo e *habitus* não é linear e progressiva, na verdade tem um carácter de “relação dupla e obscura” com “correspondência ontológica” entre ambos. Isto significa que de um lado, é uma relação em que o campo condiciona o *habitus*, que é o produto da incorporação da necessidade imanente de um campo. Por outro lado, é uma relação de conhecimento ou construção cognitiva de um *habitus* que contribui para constituir o campo como um mundo significativo, um mundo dotado de sentido e valor, no qual vale a pena investir a energia.

Duas coisas se seguem: primeiro, a relação de conhecimento depende da relação de condicionamento que a precede e molda as estruturas do *habitus*. Em segundo lugar, a ciência social é necessariamente um “conhecimento de um conhecimento” e deve abrir espaço para uma fenomenologia sociologicamente fundamentada da experiência primária do campo, ou, para ser mais preciso, dos invariantes e variações da relação entre diferentes tipos de campos e diferentes tipos de *habitus* (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 127).

O *habitus* é flexionado/formatado por formas de capital (BOURDIEU, 1983), com o capital cultural fornecendo a maior pertinência entre as profissões. Capital refere-se à gama de recursos adquiridos e exibidos por um ator social, por meio, por exemplo, de redes, reconhecimento, informação, estilo e credenciais educacionais (BOURDIEU; WACQUANT, 1992). Dentro do jogo, os jogadores abrigam vários níveis de capital, já que os atores sociais não podem acessar e utilizar todos os recursos na mesma medida (BOURDIEU, 1983). O conceito de capital, portanto, suscita noções de vantagem e poder relativos. O capital social, associado ao *status*, relações profissionais, experiência e reputação dentro de um serviço, pode ser visto como multifacetado e multinível, com diferentes extensões de capital social também acumulado e exibido.

Um *habitus* específico é moldado pelas regras que se aplicam dentro de campos específicos, e aqueles que entram neles (têm de) inescapavelmente se adaptar a esse *habitus*. Bourdieu repetidas vezes enfatizou que atores adotam um *habitus* particular apenas com um certo — senão grande — grau de probabilidade, e que esse *habitus* também permite a

possibilidade de variação comportamental. Apesar de toda a variabilidade, contudo, a ação de um campo específico, bem como os campos como um todo, é bastante estável. Isso é porque, como esquema de percepção, pensamentos e ação, o *habitus* tende a ser constantemente confirmado e reproduzido. Porque o *habitus* entrou no corpo das pessoas e se tornou sua identidade, as pessoas inconscientemente tendem a apoiar-se em sua identidade. Como consequência, os tipos de *habitus* formados nos campos, frequentemente, reconfirmam os campos em suas formas originais e o mesmo processo de estruturação ocorre em uma base contínua.

No entanto, o *habitus* não é apenas expressão de campos sociais “diferenciados”. Tipos de *habitus* também são produtos de realidades específicas de classe, de meios sociais específicos, que reproduzem essas realidades e meios.

A reprodução das estruturas sociais, associada com o conceito de *habitus*, dá origem à questão de como Bourdieu concebe a mudança social. Desde à infância as pessoas se tornam acostumadas a estruturas de dominação como características tomadas como certas do mundo. Em instituições como berçários, escolas e indústrias, as classes baixas, em particular, têm uma aceitação auto evidente da desigualdade social “martelada” dentro delas, o que faz quase impossível para eles fazerem dessas estruturas um objeto de discurso. Assim, pode-se observar, que a dominação não é mantida por meio de ideologias ou discursos legitimadores, mas pela constante prática de conformidade com as desigualdades de poder existentes.

Para Bourdieu, a ação realmente tem a preocupação de realizar interesses, mas apenas raramente no sentido de ter consciência de perseguir seus interesses. De acordo com o autor, a ação geralmente adere à lógica prática, a qual frequentemente está moldada por requisitos de rotina, e que assim não tem a necessidade da capacidade para reflexão que é exigida pelos teóricos da escolha racional. Determinado pela socialização, experiências tenras etc., certas disposições para ação estão carimbadas em nossos corpos; para a maior parte, estes podem ser restaurados sem consciência e predeterminam que forma a ação toma. A esta ideia Bourdieu expressa com o termo *habitus*.

Os agentes percorrem uma trajetória social, desde sua socialização primária até os cumes das carreiras de nível superior, em busca do acúmulo de capital, seja ele econômico, simbólico, artístico ou outro. Ao congelarmos o momento dessa trajetória no espaço, conseguimos apanhar o espaço social de forma estruturada em torno de posições (MONTAGNER, 2008).

Nas palavras de Bourdieu e Wacquant (1992, p. 116):

Para compreender a noção de interesse, é necessário perceber que se opõe não só à do desinteresse ou da gratuidade, mas também à da indiferença. Ser indiferente é não se comover com o jogo: como o burro de Buridan, esse jogo não faz diferença para mim. A indiferença é um estado axiológico, um estado ético de não preferência, bem como um estado de conhecimento em que não sou capaz de diferenciar as apostas propostas. Esse era o objetivo dos estóicos: chegar a um estado de ataraxia (ataraxia significa o fato de não se preocupar). *Illusio* é o oposto da ataraxia: é ser investido, absorvido e pelo jogo. Estar interessado é conceder a um determinado jogo social que o que acontece nele é importante, que seus riscos são importantes (outra palavra com a mesma raiz de interesse) e vale a pena persegui-lo.

O conceito de campo pressupõe uma autonomia, historicamente dada e constituída, resultante, portanto, de uma dinâmica própria e interna a esse campo. Como resultado desse processo, estabelece-se um conjunto de normas, regras, esquemas de percepção e de classificação específicos a esse campo relativamente autônomo. Esse código específico é chamado por Bourdieu de *illusio*, código de normas e de expressão que é imposto a cada indivíduo que ingressa no campo (MONTAGNER, 2008).

Dessa forma, o autor busca diferenciar o significado e as implicações do termo “interesse” em sua obra do modelo trans-histórico e universal da teoria utilitarista. Bourdieu almeja enfatizar seu caráter como “um arbitrário histórico, uma construção histórica que só pode ser conhecida por meio da análise histórica” (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 116).

Em termos analíticos, um campo pode ser identificado como

Uma rede, ou configuração, de relações objetivas entre posições. Estas posições são objetivamente definidas, na sua existência e nas determinações que impõem aos seus ocupantes (agentes ou instituições) pela sua situação presente e potencial (*situs*) na estrutura da distribuição das espécies de poder (ou capital) cuja posse comanda o acesso pelos lucros específicos que estão em jogo no campo, bem como por sua relação objetiva com outras posições (dominação, subordinação, homologia, etc.) (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 97).

Assim, Bourdieu destaca a centralidade da noção de campo como o verdadeiro objeto das ciências sociais, ao invés do indivíduo. Muito embora será a partir das características e por meio dos indivíduos que se constitui um campo e as informações ligadas aos indivíduos que são as bases das análises. Isso não implica que os indivíduos sejam meras “ilusões”, que não existam: eles existem como agentes — e não como indivíduos biológicos, atores ou sujeitos — que são socialmente constituídos como ativos e atuantes no campo em consideração pelo fato de possuírem as propriedades necessárias para serem eficazes, para produzir efeitos, neste campo. E é o conhecimento do próprio campo em que evoluem que nos permite melhor

apreender as raízes de sua singularidade, seu ponto de vista ou posição (em um campo) a partir da qual sua visão particular do mundo (e do próprio campo) é construído.

É provável que todos os sistemas de saúde compartilhem algumas características comuns: a maioria parece operar em um espaço social fundamentalmente polarizado e são cada vez mais dominados pelo modelo biomédico e pelos processos de mercantilização capitalista (COLLYER, F., 2018). No entanto, também é provável que os sistemas de saúde do mundo possam ser mapeados para revelar seus locais e formas de luta historicamente específicos, arranjos hierárquicos únicos, as relações mutáveis de poder entre os agentes e as diferentes formas de capital operado em seus espaços sociais. Com essa ideia em mente, a próxima parte deste capítulo se propõe, como poderemos ver a seguir, a utilizar a teoria dos campos de Bourdieu para compreender as especificidades do campo da Saúde, do Programa Mais Médicos e dos profissionais de saúde.

1.2 RECONHECENDO A SAÚDE COMO CAMPO

O campo da saúde, como todos os campos da vida social, é um local de jogos contínuos de poder e controle. As batalhas neste domínio devem-se aos diversos papéis e aos objetivos parcialmente divergentes das várias instituições e indivíduos envolvidos nas funções de financiamento, organização, produção e consumo de serviços de saúde.

Analisando mais especificamente o setor saúde, temos com exemplos de campos o sistema público de saúde e suas esferas administrativas (constituindo campos ou subcampos, a depender das relações sob análise), campo privado da saúde, a própria medicina, campo dos usuários e clientes, campos dos demais profissionais de saúde entre outros — que se cruzam com suas estruturas organizacionais e hierarquias particulares e distintas. Portanto, dentro de cada campo, estruturas, instituições e atividades são sustentadas por um conjunto discernível de lógicas e dinâmicas (BOURDIEU; WACQUANT, 1992).

Bourdieu analisa que cada campo contém um tipo distinto de jogo social. Incorporando tais conceitos para o estudo do nosso objeto de pesquisa, então, para cada agente médico que trabalha no PMM, seu *habitus* é resultante da produção e reprodução de processos de socialização em vários espaços de poder, podendo ser traduzida como sua “sensação pelo jogo”. Ou, em suas próprias palavras: “quando o *habitus* encontra um mundo social do qual é o produto, é como um ‘peixe na água’, não sente o peso da água e toma o mundo em torno de si como garantido” (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 128).

Dentro dos sistemas de cuidados de saúde com financiamento público, os decisores políticos possuem fontes notáveis de capital econômico e político. Os gestores da saúde, com

seu capital político, não têm apenas o poder de limitar o consumo total de recursos, mas também de decidir sobre a distribuição dos fundos e investimentos. No entanto, muito embora, notadamente, no campo político, a gestão (formuladores de políticas e planejadores, juntamente com gestores municipais e gerentes locais) tenha influenciado as decisões sobre os principais desenvolvimentos na área de saúde, ela não é um campo homogêneo representando interesse único.

Soma-se outro elemento ao campo maior da saúde, no qual os médicos são considerados tradicionalmente aqueles que exerceram o controle principal sobre a gestão operacional das instituições de saúde, como, por exemplo, os hospitais (KURUNMÄKI, 1999) e nas UBS, pela centralidade de sua agenda no trabalho da equipe (COLLYER, F. M.; WILLIS; LEWIS, 2017). Para exercer seu poder no campo da saúde e o controle ocupacional, o médico utiliza-se de seu capital profissional (KURUNMÄKI, 1999) — comumente referenciado como “liberdade clínica e autonomia para atuar”. Dessa forma, os médicos têm tomado decisões sobre o que pode ser considerado como doença, sobre seu diagnóstico, como investigá-las e tratá-las, moldando, assim, os serviços prestados na assistência à saúde (MACHADO, 1995). Consequentemente, a gestão das organizações de saúde apresenta alto grau de auto governança profissional. Por sua vez, a capacidade dos políticos e/ou gestores de avaliar a eficiência da utilização de recursos ou de interferir em processos operacionais complexos gerenciados por profissionais de saúde tem sido extremamente limitada, embora nesta dimensão tenham ocorrido processo de mudanças significativas e sido alvo de forte pressão, tanto pelo Estado, como das empresas de saúde (KURUNMÄKI, 1999).

A rigor, não há estudos publicados por Bourdieu que expressem especificamente sobre a saúde e a prática médica, à exceção de passagens em suas obras que comentam a medicina e o poder intelectual no mundo acadêmico (MONTAGNER, 2006). No entanto, a utilização de sua abordagem acontece em níveis diversificados de sistematização e profundidade, e para os mais variados usos no entendimento de uma particularidade social.

Aqui, duas aproximações realizadas a partir de conceitos bourdieusianos nos pareceram promissoras e adequadas para a análise dos interesses dos médicos participantes do PMM. A primeira, realizada por Vincent Dubois (2021), é o uso do conceito de campo como ferramenta da sociologia da ação pública, ou seja, para a análise de políticas públicas. A segunda, desenvolvida por Willem Schinkel e Mirko Noordegraaf (2011), realiza a leitura do profissionalismo como uma capital simbólico.

Para Dubois (2021), o conceito de campo ainda é pouco utilizado na análise de políticas públicas. Ele defende que esse conceito pode ser uma poderosa ferramenta de análise empírica

dos espaços sociais de produção de políticas públicas, atribuída a um sistema teórico e método analítico robustos, subjacentes a essa noção. Além disso, ainda segundo o autor, o conceito permitiria propor um “modelo explicativo da orientação das políticas públicas e de suas mudanças, relacionando-as com a estrutura das interações entre os atores” (p. 136).

Na segunda abordagem, os autores resgatam a crítica que Pierre Bourdieu faz da aplicação do conceito de “profissão” nas pesquisas sociológicas, requerendo uma análise mais reflexiva do termo e do papel das profissões nas lutas por capitais. Os autores desenvolvem o argumento de que a profissionalização assume uma posição de capital simbólico na atual sociedade.

Desenvolvem seu argumento baseando-se na premissa de que qualquer campo social é “arbitrário”, e traduz-se que em um campo social, que se constitui como um campo de força (de poder), será por meio do poder que o arbitrário se naturaliza. Mas isso também significa que as disposições que permitem aos indivíduos seu senso prático ou senso do jogo estão constantemente em disputa, ou seja, não há nada imutável. Sendo, portanto, as definições legítimas de atuação e interpretação em um campo social, elas mesmas, as apostas no jogo de tal campo.

Dessa forma, para Bourdieu, os campos são sempre espaços sociais de luta, assim como o espaço social das classes, resultante da crença nas apostas de um campo social. São espaços de luta por formas de capital consideradas legítimas ou, em outras palavras, por capital simbólico como forma de *status* de um campo específico. Essas formas de capital são, no final das contas, baseadas em propriedades privadas de valor social intrínseco. Eles ganham significado por meio de um jogo relacional de diferenças. O espaço social é, no fundo, um espaço de diferenças (BOURDIEU, 1996).

Para os autores, os campos profissionais estão inseridos em relações objetivas com outros campos, no que Bourdieu descreveu como um campo geral de poder. Por sua vez, dentro de cada campo profissional, a maneira legítima do que significa atuar de forma “profissional” está constantemente em jogo. Por sua vez, em vários campos profissionais, dentro do que Bourdieu descreve como um campo mais amplo de poder, a própria ideia ou “conteúdo formal” de “profissionalismo” está sujeita à luta e (re)negociação. Essa visão centrada no poder enfatiza que o profissionalismo é um recurso simbólico escasso, objeto de um processo de consagração e fonte de formas legítimas de agir e interpretar.

Após as aproximações de Schinkel e Noordegraaf (2011) com os conceitos bourdieusianos, podemos perceber que Bourdieu não se propõe a fazer análises em termos de profissão, profissionalismo e profissionalização, mas sim em termos de campos sociais

autônomos e historicamente constituídos. No campo, portanto, o que está em jogo, no fundo, é o capital simbólico.

Para compreender melhor a relação e o cruzamento entre os campos que se relacionam com o do PMM, e identificar as disposições e os posicionamentos dos agentes no campo saúde, em que se destaque os médicos, faremos uma breve descrição da correlação de força e posse de capitais no campo do sistema público de saúde e suas influências e heranças sobre a determinação do nosso modelo ou racionalidade atual no subcapítulo seguinte.

1.3 SOCIOLOGIA DA PROFISSÃO E A CATEGORIA MÉDICA

Muito embora o momento teórico atual de análise sociológica das profissões tenha configurado um quadro diverso com abordagens e problemáticas múltiplas, é factível a descrição do seu desenvolvimento em fases com certas características preponderantes.

Partindo-se do princípio de que a profissão pode ser compreendida como uma forma de criação e conformação de grupos sociais, ainda que venha a ser compreendida de forma distinta por diferentes abordagens sociológicas, as investigações que têm por base a categoria “profissão” centram-se em dois eixos principais, a saber: a delimitação e o posicionamento dos grupos profissionais e a coesão ou unicidade interna das profissões (BARBOSA, M. L. de O., 1993). A partir dessas duas temáticas articula-se a problemática referente à forma “(...) de constituição dos grupos sociais em geral e do caráter de seu agenciamento sobre a estrutura da sociedade” (BARBOSA, 1993:03).

Ao contrário do avanço da sociologia das profissões nos Estados Unidos, países como França, Itália e Brasil “tiveram seus grupos profissionais longa e fortemente subsumidos nas categorias sociais dominantes, atenuando-se ou pelo menos obnubilando-se o seu papel criador” (BARBOSA, M. L. de O., 1993) de tal forma, que somente a partir dos anos 1990 o avanço da produção sociológica sobre as profissões caracterizou um ruptura com seu passado de quase desconhecimento da produção anglo-americana na Europa e no Brasil, além da baixa realização de estudos empíricos que não se concentrassem em torno do operariado (GONÇALVES, 2008).

O desenvolvimento singular da sociologia das profissões, principalmente, o “desinteresse” durante as décadas de cinquenta a setenta, pode ser explicado por razões como: a hegemonia da abordagem funcionalista e a dificuldade de transporte do seu quadro teórico para outras localidades sobre o fenômeno profissional, provocando distanciamento da análise sociológica das profissões pelas demais perspectivas. Ao mesmo tempo, o foco centrado nos estudos sobre a classe operária e o trabalho industrial em geral, concorreu para o não surgimento

de outros temas sobre o mundo do trabalho, entre eles os dos grupos profissionais não ligados à indústria (GONÇALVES, 2008).

Por outro lado, a sua expansão é devedora da ampliação das problemáticas relacionadas às análises do trabalho na Europa, oportunizando, assim, espaço para o estudo das profissões. Como consequência, a ampliação das abordagens propiciou a análise das profissões em contextos diferentes e com novos questionamentos, superando a limitação do arcabouço teórico funcionalista anglo-americano (GONÇALVES, 2008).

Num olhar mais amplo, Barbosa (1993) afirma que além de se considerar “a lógica interna da evolução da teoria e pesquisa sociológicas americanas, francesas ou brasileiras, a trajetória das classes sociais nesses países pode conter elementos explicativos importantes para a situação da Sociologia das Profissões em cada um deles”.

Compreender a forma como as mudanças sociais foram apreendidas e vividas pelos médicos — situação de interesse deste estudo — ao longo do tempo é fundamental para o entendimento de sua organização profissional. Pois permite perceber as peculiaridades pertinentes a essa profissão e o modo como elas influenciaram a sua relação com a sociedade.

Até hoje, seja no cotidiano da prática médica, seja em suas publicações sobre a profissão e o trabalho médico, pouco se aborda sobre o lugar do poder no campo médico. Os estudiosos não estão propensos a explorar até que ponto a medicina, como uma organização social, afeta quem são os vencedores e os perdedores nas lutas ou jogos dentro do seu campo. Mesmo com importantes publicações nas áreas da sociologia da saúde e da antropologia médica, esse debate é marginalizado frente ao discurso dominante da prática baseada nas ciências naturais e tratada de modo evolucionista e meritocrática.

Além disso, em contraste com a teoria de Pierre Bourdieu, muitas publicações no campo médico enfatizam os benefícios mútuos e as maneiras pelas quais itens como protocolos padronizados, trabalho em equipe e objetos de fronteira permitem a cooperação entre mundos sociais divergentes. Embora exemplos claros de cooperação impregnem o campo científico e o mundo social de forma mais ampla, sem uma compreensão do poder e da desigualdade, é impossível distinguir entre cooperação baseada na igualdade e mutualidade e interações que podem parecer refletir cooperação, ao invés disso, são caracterizados pela dominação e subordinação (ALBERT; KLEINMAN, 2011). Aqui, novamente, Pierre Bourdieu pode fornecer ferramentas conceituais valiosas.

1.3.1 Usando a abordagem bourdieusiana para entender a profissão

A literatura clássica da sociologia, ao tratar sobre profissão, formalizou o entendimento da profissão em termos analíticos. Profissão, argumentado por funcionalistas, existe quando os trabalhadores fazem parte de uma associação ocupacional que institucionaliza uma base técnica (conhecimentos e habilidades), bem como uma ética de serviço (algum tipo de chamado ou propósito superior). Isso, por sua vez, exige um espaço autônomo ou jurisdição que permite aos membros de uma associação controlar seus próprios comportamentos e práticas. De forma tal que os profissionais conseguem realizar a regulação profissional, através de uma autorregulação. Resumindo, a definição da profissão é, neste sentido, uma questão de organizar internamente uma ocupação e proteger as práticas profissionais de influências externas como meio de responder às necessidades da sociedade (SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011).

Esses argumentos funcionais foram fortemente criticados, pois além de sustentarem uma visão estática e imutável das profissões, mais pareciam ser orientados para legitimar as ideologias profissionais para proteger seu domínio do que descrever como as profissões operam na prática. Sua acentuada ênfase normativa resultou, para alguns críticos, numa faceta exclusivamente benéfica do poder que as profissões exerciam (DENT *et al.*, 2016).

Isso pode ser explicado devido à presunção, nas conceituações funcionalistas, centrada na existência de comunidades profissionais como parte de um consenso social com papel de salvaguardar o interesse público e a coesão social, ao invés de constituir dimensões de uma paisagem conflitante, caracterizada por jogos de disputa. Entre os principais representantes do funcionalismo, Parsons descreve a profissão fortemente sustentado por premissas durkheimianas. Como tal, o exercício do poder profissional em um nível estrutural foi visto como uma plataforma para atender às necessidades do sistema, ao invés de um recurso que sustenta lutas com outros grupos na sociedade (SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011).

Diferentemente, segundo as perspectivas críticas, a profissão é o resultado de uma luta pelo controle, ligada a contextos ocupacionais mais abrangentes e mutantes. Desta forma, embora os mecanismos possam ser os mesmos (os profissionais ainda precisam de associações, escolaridade e afins), ser profissional não é concebido como uma necessidade funcional. As abordagens funcionais são, então, substituídas por abordagens centradas no poder, que destacam os confrontos entre as profissões, bem como dentro das profissões, entre os “segmentos” profissionais (DENT *et al.*, 2016; SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011).

Como esta pesquisa busca fazer uma análise crítica da ação social de um grupo específico, com seus princípios de estruturação particulares e, ao mesmo tempo, de agenciamento sobre a estrutura da sociedade, apenas através de uma lente que coloque em

primeiro plano os processos relacionais pelos quais este grupo social específico se constitui num grupo de agentes essenciais na formatação de determinados padrões de sociabilidade e na tentativa de impor sua classificação do mundo social aos demais grupos é capaz de propiciar tal análise e desvelar, assim, uma dada realidade.

Em outros termos, como afirma Barbosa (1993):

(...) pode-se perguntar pelo que distingue uma profissão enquanto grupo social, ou em que medida se pode falar de um espaço social específico caracterizado por relações cujo fundamento é a profissão. A existência deste espaço pode se evidenciar de várias formas: no peso relativo que as profissões possam ter no direcionamento de tendências estruturais da sociedade; ou no seu papel na definição das possibilidades de poder, ou de posições de mercado, ou ainda de formas de diferenciação ou de distinção social para grupos e indivíduos (p. 3).

Como premissa analítica, a teoria de Bourdieu toma o mundo social como uma “topologia social”, em outras palavras, “(...) em forma de um espaço (as várias dimensões) construído na base de princípios de diferenciação ou de distribuição constituídos pelo conjunto das propriedades que atuam no universo social considerado (...)” (BOURDIEU, 1989, p. 13).

A noção de espaço social é utilizada por Bourdieu para se referir ao sistema formado pelo conjunto das posições sociais ocupadas pelos agentes em uma dada formação social. Influenciado pela perspectiva estruturalista, o autor enfatiza que as propriedades sociologicamente relevantes dos indivíduos ou das instituições sociais dependem, em grande medida, da posição relativa que eles ocupam na estrutura social.

Bourdieu ressalta que o espaço social se define a partir do modo como se distribuem numa dada sociedade diferentes formas de poder, ou seja, diferentes formas de capital. Afirma, no entanto, que nas sociedades modernas, os dois tipos mais importantes de recurso são o cultural — em boa medida, sancionado pelos títulos escolares — e o econômico. Assim, a posição de um agente no espaço social dessas sociedades define-se, basicamente, em função do volume total desses capitais e pelo peso relativo de cada um deles no interior de seu patrimônio.

Quais, então, seriam os desdobramentos destas dimensões? Analisando os contextos históricos e sociais das sociedades, buscar-se-ia identificar as formas de riquezas mais importantes na formação social em questão, o modo como as posições sociais aí se definem e as maneiras como isso se traduz nas disposições dos agentes e em suas tomadas de posição cotidianas, ou seja, em seus estilos de vida (gostos, escolha política, tipo de música, tipo de comida, etc.).

Esta posição objetiva definida em termos do volume e da estrutura do capital possuído, pode ser ocupada por agentes que se diferenciam bastante em função de suas origens sociais e de suas perspectivas de mobilidade social. Diante desta situação, Bourdieu argumenta que para a definição da posição de um agente individual ou coletivo no espaço social é preciso, também, considerar a sua trajetória, que pode ser ascendente, descendente ou de estabilização. Portanto, através destes três critérios — volume, estrutura e trajetória do patrimônio — é que se torna factível a distinção e delimitação das posições sociais com maiores semelhanças no espaço social.

Os indivíduos que compartilham cada uma dessas posições teriam condições objetivas de existência razoavelmente semelhantes, que propiciariam experiências de vida similares e que tenderiam a se traduzir subjetivamente em um *habitus* ou sistema de disposições típico da posição. Esse *habitus*, por sua vez, orientaria “tomadas de posição”, ou seja, escolhas, preferências, ações, típicas dos ocupantes dessa posição, e que configurariam, assim, um estilo de vida característico.

Desta forma, a noção de espaço social é crucial no arcabouço teórico de Bourdieu para evidenciar as homologias entre condições objetivas, disposições incorporadas e ações práticas simbolicamente classificadas e classificantes, ou seja, típicas e demarcadores de uma determinada posição social. Em outras palavras, ele busca demonstrar como as tomadas de posição, as estratégias e as ações dos agentes, bem como as disposições incorporadas que supostamente as orientam, estão relacionadas e se distribuem em função das condições objetivas diferenciadas em que esses agentes se encontram, ou seja, do acesso mais ou menos privilegiado que eles têm às diferentes formas de riqueza que configuram um dado espalho social e que caracterizam dentro dele uma dada posição social.

Ainda na perspectiva do autor, os próprios agentes estão continuamente lutando por meio do que o autor chama de estratégias de reprodução da posição social para conservar ou transformar o espaço social e para manter ou melhorar a sua localização no interior dele. Os agentes mais bem posicionados tenderiam a adotar estratégias de conservação, legitimando os critérios vigentes de classificação das posições sociais e empenhando-se em manter distância em relação aos grupos inferiores, incluindo os emergentes. Os agentes em posições menos privilegiadas tendem a adotar alternativamente as estratégias mais conformistas, de legitimação e acumulação dos recursos valorizados, ou as estratégias de questionamento dos critérios de classificação vigentes.

Para Bourdieu, a condição de classe e a posição de classe se impõem aos agentes que passam a fazer parte deste campo, no entanto, não se anulam diante da voluntariedade dos

agentes. Ou seja, estas propriedades materializam-se ou incorporam-se nas disposições destes agentes para o seu agir. De maneira que o pertencimento a este grupo com mesma condição e posição de classe, tende a ter “tomadas de posição” semelhantes. Algo que no ideário hegemônico da medicina credita suas “tomadas de posição” na individualidade e na particularidade da interação com seus clientes.

Na medida em que as propriedades tidas em consideração para se construir este espaço são propriedades actuantes, ele pode ser descrito também como campo de forças, quer dizer, como um conjunto de relações de força objectivas impostas a todos os que entrem nesse campo e irreduzíveis às intenções dos agentes individuais ou mesmo às interações directas entre os agentes (BOURDIEU, 1989).

Considerando que há inúmeras formas de recursos ou capitais desigualmente distribuídos, a partir dos quais e pelos quais os agentes lutam para estruturar o mundo, e que, portanto, o mundo social pode ser dito e construído de diferentes modos, segundo diferentes princípios de visão e de divisão, os agrupamentos, os cortes construídos a partir da distribuição de capital, são aqueles que têm maiores probabilidades de serem estáveis, permanentemente significativos.

As profissões constituem, então, grupos ou frações de classe sociais que se caracterizam pela forma diferenciada de apropriação e mobilização de um tipo de capital.

As propriedades actuantes, tidas em consideração como princípios de construção do espaço social, são as diferentes espécies de poder ou de capital que ocorrem nos diferentes campos. O capital (...) representa um poder sobre o campo (num dado momento) e, mais precisamente, sobre o produto acumulado do trabalho passado (...), logo sobre os mecanismos que contribuem para assegurar a produção de uma categoria de bens e, deste modo, sobre um conjunto de rendimentos e de ganhos. As espécies de capital, à maneira dos trunfos num jogo, são os poderes que definem as probabilidades de ganho num campo determinado... (BOURDIEU, 1989).

Crítica ao cunho profundamente essencialista e substancialistas de certas análises na sociologia das profissões, que ocultando a trama de relações e de processos sociais que enformam o fenômeno profissional, a abordagem bourdieusiana busca, justamente, explicitar esse conjunto de relações e processos sociais presentes no mundo social, e que são capazes de se transmutarem nas diversas formas de poder, com importante destaque para o “poder invisível”, exercido através do poder simbólico, importando aqui, nesta discussão, a sua forma vinculada às profissões.

Podemos discutir sobre quais são as contribuições de uma abordagem bourdieusiana para a sociologia das profissões. Seguindo as aproximações realizadas por SCHINKEL e NOORDEGRAAF (2011) e BARBOSA (1993) entre a sociologia de Bourdieu e a sociologia das profissões, a abordagem da profissão por uma perspectiva bourdieusiana provê material analítico que pode ser vinculado aos relatos centrados nas esferas de poder e de monopólio do capital profissional atualmente disponíveis, como as produzidas pelas correntes marxistas e weberianas, mas indo além.

As interpretações construcionistas disponíveis e, muitas vezes, críticas ao profissionalismo, oferecem alguns primeiros argumentos para uma conceituação dele como capital simbólico. Na qual, profissionalismo pode ser visto como uma construção social que adquire (novas) formas e contornos em economias, organizações de trabalho e um “mundo ocupacional” em mudança, com mudanças nos “locais de trabalho”, nos padrões de carreira, ligações e redes profissionais transnacionais (SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011).

Acompanhando Bourdieu, a construção de “projetos” de profissionalização e as lutas por recursos discursivos se dão em contextos históricos e estruturais. Esses contextos determinam se num campo específico pode surgir no qual o “profissionalismo” pode funcionar como capital simbólico. Em suma, o profissionalismo pode ser visto como conteúdo simbolicamente controlado em contextos autônomos, mas dinâmicos de luta. Tanto o conteúdo quanto o contexto podem ser analisados a fim de compreender o profissionalismo como uma construção dinâmica e relacional, guiada pela concepção de uma sociologia reflexiva.

A noção tradicional de profissionalismo envolve todos os aspectos mais ou menos funcionalistas da autonomia: uma ética de serviço, alguma forma de associação e uma base de conhecimento técnico segura (MACHADO, 1995b). Entre os teóricos da área (Moore, Wilesnky, Larson e Freidson), existe um consenso de que a existência de um corpo esotérico de conhecimento e a orientação para um ideal de serviços são dois atributos inquestionáveis para se definir profissão (MACHADO, 1995b). Sendo médico, advogado, engenheiro, clérigo e professor universitário, sob esta perspectiva, consideradas profissões, isso pode ser convertido em um tipo ideal no qual os trabalhadores controlam seu próprio trabalho. Mas, ainda segundo Machado, tais definições e “tipos ideais” precisam de um estudo histórico, como o realizado por Larson em seu livro *The Rise of Professionalism* (1977).

Este tipo de análise se encaixa bem com o trabalho de Bourdieu na medida em que permite uma visão crítica sobre a autonomização das profissões. Mas em Larson essas profissões são, apesar disso, tratadas como algo evolutivo ou funcional, embora historicamente constituídas (SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011). O profissionalismo como capital

simbólico implica na concepção de que o profissionalismo está constantemente em jogo, que o conteúdo do profissionalismo é continuamente contestado dentro dos limites de um campo que, por sua vez, é uma característica definidora (SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011).

De uma perspectiva bourdieusiana, a ascensão do profissional seria interpretada como uma forma de ganhar *status* social ao lado da nobreza e da burguesia. Onde os remanescentes da nobreza possuíam capital social como capital simbólico, e onde a burguesia vindoura possuía capital econômico, o profissionalismo era uma terceira via, uma forma de *status* ou capital simbólico baseado no capital cultural (SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011).

CAPÍTULO 2 – A METAMORFOSE DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E A FORMULAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

O propósito deste capítulo é apresentar os conceitos e as estratégias do Programa Mais Médicos (PMM) em relação aos princípios da Atenção Básica (AB) e considerando sua posição em relação às demais políticas de desenvolvimento e qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no país.

2.1 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL

Dois problemas centrais no desenvolvimento da seguridade social na América Latina podem ser apontados: a limitação da cobertura pela existência e condição objetiva de um grande setor informal e o alto grau de fragmentação e desigualdade de direitos. Na maioria dos países latino-americanos, o direito ao acesso a benefícios e serviços de saúde é baseado, principalmente, no princípio do seguro e vinculado ao emprego formal, que significa que grandes setores da população rural e urbana pobres permanecem excluídos (ESPING-ANDERSEN, 1996).

O desenvolvimento da política pública de saúde precisa ser compreendido em relação com seu campo maior, das políticas sociais. No caso da América Latina, a sua herança de uma economia caracterizada por uma política e uma racionalidade guiada pela industrialização por substituição de importações (ISI) teve significativa influência sob o modelo de atenção à saúde. Em geral, a ISI fomentou um processo de urbanização e uma condição propícia para o avanço do modelo de seguro social, traduzindo no emprego das classes média e trabalhadora, que com interesse na sua própria proteção contra perdas nos seus rendimentos — devido a acidentes, doenças e velhice — viam o seguro como uma saída às suas necessidades (ESPING-ANDERSEN, 1996). Normalmente, esses grupos ou frações de classe possuíam maior capital econômico, político e social do que os autônomos, os desempregados e a força de trabalho do setor rural e, portanto, tinham suas reivindicações atendidas em muito maior grau. Assim como, a sua aprovação foi sustentada pelos empregadores, pois os custos dos planos de seguro social com benefícios relativamente generosos para os cobertos foram repassados aos consumidores (ESPING-ANDERSEN, 1996).

A grave crise econômica dos anos 1980, refletindo as crises da dívida e fiscal do Estado, colocaram os sistemas de seguro social em graves dificuldades financeiras.

As receitas do seguro social diminuíram como resultado do aumento do desemprego no setor formal, da queda dos salários reais, da evasão crescente

e da incapacidade do Estado de cumprir suas obrigações financeiras com relação à seguridade social. A inflação galopante corroeu o valor dos benefícios previdenciários e forçou ajustes que, apesar de sua demora e inadequação do ponto de vista dos beneficiários, impuseram um pesado ônus financeiro aos sistemas (ESPING-ANDERSEN, 1996).

Enquanto esta configuração de forças delineada acima moldou a sequência geral da expansão da seguridade social, o momento e os tipos particulares dos padrões das políticas foram moldados pelas histórias políticas de diferentes países, que por sua vez, refletem a interação da construção do Estado com as estruturas de classe e alianças de classe moldadas por um padrão particular de desenvolvimento econômico — campo econômico — e em relação com campos como religião, as profissões e outros (BOURDIEU, 1989; ESPING-ANDERSEN, 1996).

Portanto, a combinação da crise financeira dos sistemas existentes e sua flagrante incapacidade de lidar com o problema crescente da pobreza abriu as portas para reformas dos sistemas existentes, que vão desde a revisão radical e privatização — a exemplo do acontecido no Chile — até os esforços para avançar na direção do público universalista com provisão de pensões e cuidados de saúde — como no Brasil (ESPING-ANDERSEN, 1996). As diferenças das mudanças nas contribuições patronais refletiram as diferenças na força dos impulsos neoliberais nos quatro países abordados no estudo de Esping-Andersen (1996). O Chile foi mais longe na abertura de seus mercados e na redução do papel do Estado na economia, seguido pela Argentina, enquanto Brasil e Costa Rica ainda mantiveram mercados mais protegidos.

No Brasil, a reforma do modelo de atenção à saúde começou a ser implementada sob o regime burocrático-autoritário, que tomou o poder em 1964 e vinculou o esforço de reforma ao seu objetivo principal de enfraquecer o trabalho organizado (ESPING-ANDERSEN, 1996, p. 149). No final da década de 1970, o sistema brasileiro de seguridade social cobria legalmente cerca de 70 a 80% da população urbana economicamente ativa e, em teoria, toda a rural. No entanto, os benefícios rurais eram extremamente baixos e o desembolso estava vinculado ao patrocínio (ESPING-ANDERSEN, 1996).

Em relação ao modelo de atenção à saúde, podemos definir como sendo a “lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas em saúde” ou “modos de organizar a ação e dispor os meios técnicos científicos para intervir sobre problemas e necessidades de saúde” individuais e coletivos (GIOVANELLA *et al.*, 2012, p. 463). Envolve o modo como são disponibilizados os recursos (humanos e materiais), as tecnologias (materiais e não materiais), a rede de serviços, as práticas e relações entre profissionais e população, nas dimensões política, gerencial e organizativa.

Além disso, as instalações médicas eram distribuídas de forma altamente desigual e totalmente insuficientes nas áreas rurais. A forte dependência da medicina curativa em vez da preventiva e da contratação de provedores privados agravou a situação. Em termos de gastos totais com benefícios como porcentagem do Produto interno Bruto (PIB), o Brasil, com 4,6%, foi o mais baixo dos países com os estados de bem-estar mais desenvolvidos da América Latina (ESPING-ANDERSEN, 1996).

A primeira legislação foi aprovada pelas elites conservadoras em resposta à militância trabalhista e, posteriormente, os regimes corporativistas, no Brasil, usaram os programas de seguridade social em seus esforços para construir e controlar o movimento trabalhista (ESPING-ANDERSEN, 1996, p. 153). A legislação traduzia a racionalidade do papel do Estado fortemente atrelado à ideia de seguro social, e não como direito, resultado de uma imposição pela posse de capitais econômicos e políticos das elites conservadoras.

Portanto, o princípio do seguro social estava na base do Estado de Bem-Estar, e não os direitos de cidadania. Assim, para as classes dominadas, a ausência de capital econômico e político fizeram com que sua família e rede de conhecimento de pessoas (capital social) fossem de importância vital para atender suas necessidades e fornecer uma rede de segurança social.

Por sua vez, o Brasil, numa posição de dominado em relação aos países europeus, apesar de espelhar-se num modelo de Estado de Bem-estar Social europeu, tinha como grande diferença estrutural um amplo mercado de trabalho informal, resultando em uma cobertura de serviços muito mais restrita (ESPING-ANDERSEN, 1996).

Dessa forma, os Estados de Bem-Estar na América Latina reforçaram as distinções de classe e *status* e tornaram o vínculo com o mercado de trabalho fundamental, consequentemente, o capital profissional, que se tornou um capital crucial para determinadas classes e frações de classe como maneira de manter ou ascender socialmente. Para aqueles que estavam no mercado informal, não havia rede de segurança adequada. As taxas de pobreza em 1980 variaram de 10% na Argentina, a 45% no Brasil (CEPAL, 1990 *apud* ESPING-ANDERSON, 1996, p. 159), reforçando o papel central das profissões formais na vida social da contemporaneidade.

Portanto, neste breve regaste da conformação do Estado de Bem-Estar Social na América Latina e no Brasil, evidenciamos a dominação de uma configuração condicionada à existência de um vínculo formal, em outras palavras, é uma assistência condicionada. Este arranjo beneficiou empregadores e profissionais formais e urbanos. Como resultado para o sistema de saúde, houve o estabelecimento de uma assistência distribuída de maneira desigual e centralizada nos centros urbanos, e de acesso restrito para aqueles com carteira assinada, salvo

algumas exceções. Soma-se a isso, a assistência focada em ações curativas, dirigidas conforme o modelo biomédico, e prestadas por agentes privados, consolidando uma prestação de serviços conforme o estrato social de seus clientes.

2.2 REESCREVENDO AS REGRAS DO JOGO NO BRASIL: DO SEGURO SOCIAL AO DIREITO À SAÚDE

Na década de 1980, o Brasil vivenciou um intenso processo de democratização, tendo como grande ícone a promulgação de uma nova Constituição, em 1988. A correlação de forças políticas e sociais resultou em uma conjugação favorável para que a saúde e outros direitos sociais adquirissem o estatuto constitucional no Brasil.

A saúde passa, então, a ser declarada como um direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos. A definição da saúde como direito e dos seus princípios baseados no acesso universal, igualitário e gratuito às ações e aos serviços de saúde, rompem com o antigo padrão ordenador dos serviços de saúde no Brasil. Padrão, este anterior, de caráter meritocrático, ou seja, condicionado à inserção do indivíduo no mercado de trabalho (MENICUCCI, T. M. G., 2007). A incorporação da concepção de cidadania faz com que a política de saúde definida na Constituição, de fato, provoque uma ruptura com os princípios que deram sustentação às políticas que tinham caracterizado a trajetória da atenção à saúde no Brasil até então.

A ampliação de seu escopo com a universalização formal é bastante significativa em termos de um reordenamento ideológico e institucional. Todavia, apesar do incontestável avanço com a formalização do direito à saúde, isto não assegura a efetividade dos direitos e deveres constituídos.

Os sistemas de saúde não evoluem naturalmente rumo aos valores que passaram a vigorar, nem respondem automaticamente aos crescentes desafios de saúde. Desta forma, as políticas públicas, e os mecanismos pelos quais são executadas, assumem papel fundamental na implementação deste novo reordenamento ideológico e institucional.

Com o aumento do poder político e social dos agentes institucionais, com o movimento social da Reforma Sanitária, sua capacidade de influenciar o modelo de saúde a ser normatizado foi determinante para o delineamento dos novos princípios e arranjos organizacionais. Assim, o governo atribuiu ao Estado o papel de provedor universal dos serviços de saúde e a governança única — junção da direção do sistema de assistência hospitalar e dos serviços preventivos — sob o ministério da Saúde. Este último, responsável juntamente com as esferas estadual e municipal do financiamento, organização e provimento dos serviços.

Não fosse suficiente o grande esforço demandado pela necessidade da mudança, havia, e ainda há, as disputas e conflitos, visto que os sistemas de saúde estão sujeitos a poderosas forças e influências que, muitas vezes, se sobrepõem, ou até dominam, ao estabelecimento racional de prioridades nacionais ou à formação de políticas, desviando os sistemas de saúde de suas finalidades estabelecidas legalmente.

Estas forças e influências podem ser classificadas em tendências que, tipicamente, formatam os sistemas de saúde atuais com as seguintes características: a) enfoque demasiado na assistência especializada, comumente cunhada com o termo “hospitalocentrismo”; b) assistência fragmentada, resultante da multiplicação de programas, projetos verticalizados e paralelos ao próprio sistema de saúde; c) comercialização generalizada dos cuidados de saúde, em sistemas de saúde não regulamentados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Com o objetivo centrado na contenção de despesas e na desregulamentação, muitas das reformas do setor da saúde dos anos 80 e 90 reforçaram essas tendências, sob a égide das ideias neoliberais promovendo: i) privatizações sustentadas pela concepção da “superioridade do livre mercado como mecanismo de alocação eficiente de recursos” e necessidade de diminuição da participação do Estado; ii) individualismo; e iii) liberdade, em detrimento da igualdade (PINHEIRO; DE MATTOS, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Como resultado, muitas iniciativas foram postas em prática sob o argumento de que para combater as deficiências identificadas na gestão feita pelo Estado, é preciso reformá-lo e retirá-lo da execução, passando-a à concorrência entre entes privados. Deste modo, caracterizou-se com a forte influência das tendências conservadoras nas reformas dos sistemas de saúde, na sua forma de organização e, até, de alguma forma, nas práticas nos serviços, salvo algumas exceções, tornando uma natureza gerencial e de introdução de mecanismos de mercado no setor público (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Nos países de alta renda, em geral, houve uma maior contenção das consequências adversas destas tendências. No entanto, em países de baixa e média renda, onde o subfinanciamento se combina com uma capacidade reguladora limitada, essas tendências têm tido enormes efeitos prejudiciais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

No caso do Brasil, apesar dos avanços conquistados com o SUS, o estrangulamento de recursos públicos e a difusão destas ideias neoliberais tornam o sistema vulnerável ao risco de distanciar-se de sua concepção original (PINHEIRO; DE MATTOS, 2009).

A cultura organizacional, desenvolvidas pelos agentes, e, ao mesmo tempo, a cultural, que é corporificada pelos agentes dentro das instituições de saúde, é fortemente influenciada por diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público. Tal

cultura tem significativa repercussão na prática médica, conformando-a numa “prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade”. Estas foram heranças recebidas pelo SUS e que se reproduzem no nosso cotidiano, interferindo no funcionamento adequado do atual sistema, que por sua vez resulta no provimento de em um direito compartimentado (CAMPOS, C. E. A., 2003; CHARLES-JONES; LATIMER; MAY, 2003; MERHY; FRANCO, 2005; MOROSINI, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2017).

As universidades, ainda pautadas em currículos de base flexneriana, dificultam a formação de profissionais capazes de compreender o seu papel político na sociedade. Associada a este aspecto, a dinâmica de trabalho pautada na lógica de mercado contribui significativamente para uma atuação profissional cada vez mais biologicista e fragmentada.

A partir do momento em que o acesso universal se tornou constitucional, muitas barreiras formais foram vencidas. Entretanto, barreiras informais ainda permanecem. As práticas dos serviços continuam com uma percepção segregada do usuário e negam as complexidades, particularidades e necessidades de cada indivíduo (MATTOS, 2004).

Isso ocorre devido ao padrão da formação dos profissionais médicos, subordinado às exigências do mercado de trabalho de recorte liberal, que valorizam o especialista e tende a formá-lo hegemonicamente com uma visão estanque do usuário/paciente e desvinculada do funcionamento real do sistema e de sua inserção social.

No entanto, apesar da forte força da corrente da economia da saúde, que pauta a lógica do mercado com foco e seletividade das ações e serviços de saúde, os agentes envolvidos neste processo, há a corrente oposta, dirigida pelo princípio da equidade, compondo o campo da saúde coletiva (CARVALHEIRO, 1999).

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE⁸: PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE

A primeira proposta governamental formal de organização de um nível de atenção data de 1920, na Grã-Bretanha, na qual era proposto a prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por equipes de médicos e pessoal auxiliar, em centros de saúde, para cobertura de toda a população. No documento, conhecido como Relatório Dawson, foram descritos três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola, que se complementariam na realização da assistência à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012; STARFIELD, 2002).

⁸ Nesta tese utilizamos os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde como sinônimos.

Apesar de não ter sido imediatamente implementado por pressão da corporação médica, a importância e inovação da proposta fizeram com que este conjunto de conceitos formasse a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis claramente definidos de atenção, cada um com um setor de atenção médica primária identificável e em funcionamento (STARFIELD, 2002).

Nos países em desenvolvimento difundiu-se um modelo diferente de centro de saúde, onde as funções clínicas eram separadas da saúde pública. No Brasil, este modelo vigorou durante as décadas de 1930 e 1940, com a criação do Serviço de Saúde Pública (Sesp), que atuava com foco em serviços prioritariamente de combate às principais doenças infecciosas da época, não prestando atendimento clínico, e os pacientes que necessitavam de tratamento eram encaminhados para ambulatórios de hospitais filantrópicos. A ideia de um centro de saúde responsável pela prestação de serviços abrangentes para a população voltou a ser revisitada nas Américas somente na década de 1960, com a expansão da medicina comunitária nos EUA (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

No entanto, no Brasil, houve significativas mudanças, como: i) a adoção de um caráter mais abrangente de sua assistência, articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, nas décadas de 1940 e 1950; ii) a criação do Ministério da Saúde, em 1953; iii) a extensão da cobertura previdenciária através da junção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966; ainda assim, elas não foram suficientes para superar a dualidade entre saúde pública e assistência médica (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Durante a década de 1970, com o advento de uma forte crise econômica, os limites da assistência médica previdenciária para garantir recursos financeiros e as mazelas dos sistemas social e de saúde foram explicitados diante da situação de pobreza acentuada nas áreas urbanas e rurais que, sem facultar acesso a bens públicos, se traduziram em padrões de saúde precários, com taxas de morbidade e mortalidade elevadas (ESPING-ANDERSEN, 1996; GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Tal cenário propiciou a oportunidade para que novas experiências sanitárias emergissem e se difundissem. Ainda que estas práticas se tenham efetivado de maneira marginal, do ponto de vista da cobertura populacional e da reorientação dos gastos públicos, elas abriram o debate nacional para a atenção primária à saúde, ao mesmo tempo que, internacionalmente, recebiam suporte da decisão política traçada na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, em Alma-Ata (GIOVANELLA *et al.*, 2012). A longo prazo, tornou-se um projeto de

reforma da estrutura de assistência médica, confrontando o modelo assistencial, até então vigente.

No Brasil, pode-se perceber o começo do percurso deste processo através da implantação do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), propondo-se a organizar os serviços básicos nos municípios. Este processo foi promovido frente ao acirramento do debate público diante dos problemas no modelo de proteção social e ao aprofundamento do debate político, no sentido de ampliar a assistência médica.

No âmbito da estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS), foi desenvolvido um programa de saúde com o objetivo de promover a integração dos serviços de seguridade social individual com os serviços públicos de saúde dos estados e municípios, de forma a prestar atenção integral a toda a população, independentemente de contribuição financeira à previdência social (GIOVANELLA *et al.*, 2012; PINTO, L. F.; GIOVANELLA, 2018).

Como resultado, a implementação das AIS propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros, como primeiro nível de atenção (GIOVANELLA *et al.*, 2012). Além disso, propiciou a formação dos futuros programas com orientação comunitária — Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em seguida, Programa de Saúde da Família (PSF), protótipos de uma política nacional de Atenção Básica (PINTO, L. F.; GIOVANELLA, 2018).

Impulsionado pela criação do SUS, em 1988, e o reordenamento do modelo de saúde, consolidou-se um novo aparato institucional de gestão da política de saúde que firmou o setor público no Brasil e, consequentemente, a Atenção Básica, sob os preceitos da universalidade, integralidade da atenção e participação social.

2.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DO SURGIMENTO À ATUALIDADE

O desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica à Saúde (AB), como é chamada no SUS, tem sido objeto de muita atenção no Brasil. Há, no país, diferentes modelos de AB que foram estabelecidos antes do Programa de Saúde da Família.

No entanto, desde sua criação, em 1994, o PSF tem se tornado, gradativamente, a principal estratégia para a ampliação do primeiro contato entre usuário e sistema de saúde, e mudanças nos modelos de atenção. Pouco mais de dez anos depois, como eixo norteador do SUS, foi transformada em Estratégia Saúde da Família, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, posteriormente revisada em 2011 e 2017.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua por meio de equipes multiprofissionais compostas por profissionais graduados (médicos e enfermeiros) e leigos. Em 2004, as equipes

de saúde da família foram ampliadas com equipes de saúde bucal e, a partir de 2008, fortalecidas com a ampliação da assistência por meio do desenvolvimento de equipes multiprofissionais de apoio à atenção básica (Núcleos de Apoio à Saúde da Família, NASF).

Segundo a opinião e experiência da população brasileira, a ESF foi o serviço do SUS melhor avaliado e que gerou maior satisfação do que os postos e centros de saúde tradicionais, ou mesmo alguns estabelecimentos de saúde do setor privado (IPEA, 2011).

Apesar das evidências sobre os efeitos positivos da ESF, ela mantinha carências de cobertura. A cobertura da ESF teve um ritmo lento de implantação do programa e uma expansão lenta da cobertura. Enquanto, em 1998, 50% dos municípios brasileiros não haviam implantado o programa, só em 2012 esse número passou para 5% (ANDRADE *et al.*, 2018). Além disso, em 2012, 49,4% da população nos municípios maiores era coberta pela ESF, enquanto nos menores esse percentual era de 90,1% (ANDRADE *et al.*, 2018). Ou seja, quase 50% da população brasileira ainda não recebia APS pela ESF. Portanto, no Brasil, é possível reconhecer áreas carentes em regiões específicas de municípios com porte populacional igual ou superior a 50.000 habitantes (ANDRADE *et al.*, 2018), além de algumas áreas rurais remotas (CAMPOS, F. E. de; MACHADO; GIRARDI, 2009; PAIM *et al.*, 2011).

Estudos têm demonstrado melhorias em diferentes indicadores de saúde, seguindo a expansão da cobertura da ESF, como redução de morbidades e internações hospitalares ou até em indicadores de mortalidade, como, por exemplo, a diminuição das taxas de mortalidade infantil pós-neonatal (PINTO, L. F.; GIOVANELLA, 2018; RASELLA *et al.*, 2018). (MACINKO; HARRIS, 2015; PAIM *et al.*, 2011).

A tendência histórica no período 2001-2016 indicou redução da taxa padronizada de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)⁹, de 120 para 66 internações por 10.000 habitantes, significando uma redução de 45%. Isso também foi observado na média das capitais dos estados, com redução de 24%, e nos municípios do interior do Brasil com redução de 48,6% (PINTO, L. F.; GIOVANELLA, 2018).

Entre os adultos, houve redução da morbidade e mortalidade por causas cardiovasculares e cerebrovasculares, grandes reduções nas taxas de hospitalização por

⁹ As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) referem-se a um conjunto de problemas de saúde cuja efetiva ação da AB poderia reduzir o risco de hospitalizações. Os estudos envolvendo ICSAP tornaram-se mais frequentes depois da iniciativa do Ministério da Saúde de criar a Lista Brasileira de ICSAP, abrangendo condições que afetam todas as faixas etárias, desde crianças até idosos. A lista final é composta por vinte grupos de diagnósticos, que representavam 28,3% das hospitalizações realizadas pelo Sistema Único de Saúde em 2006.

condições sensíveis a cuidados ambulatoriais e taxas reduzidas de complicações de algumas condições crônicas, como diabetes (RASELLA *et al.*, 2014).

Apesar da melhora evidenciada, a ESF encontra vários obstáculos em seu caminho. Há grande dificuldade na efetivação deste modelo, baseado na universalização a partir da AB, tanto devido à cultura institucional como dos próprios agentes que executam a política.

Desse modo, é possível observar a resistência de muitos profissionais para aderir ao modelo preventivo e de promoção à saúde, em substituição do modelo curativo e especializado. Associado com a precariedade da estrutura de boa parte das USF e carência de recursos humanos em quantidade e modelo de formação para atuação neste serviço. Portanto, fica evidente a necessidade de políticas públicas apoiadas, ou mesmo impulsionadas, pela participação popular, com o objetivo de direcionar a formação e alocação dos recursos humanos para saúde.

2.5 PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL (PMM): RECURSOS HUMANOS PARA A AB

A falta de médicos passou a ser apontada por gestores municipais de saúde e pesquisas de opinião como um dos mais relevantes problemas de saúde do país. A pressão exercida pelos prefeitos culminou no lançamento, em janeiro de 2013, do movimento “Cadê o médico?”, liderado pela Federação Nacional dos Prefeitos, com apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. O Programa Mais Médicos surgiu nesse contexto de intenso debate público, despertando o apoio dos prefeitos e gestores do SUS e imediata resistência de organizações da corporação médica.

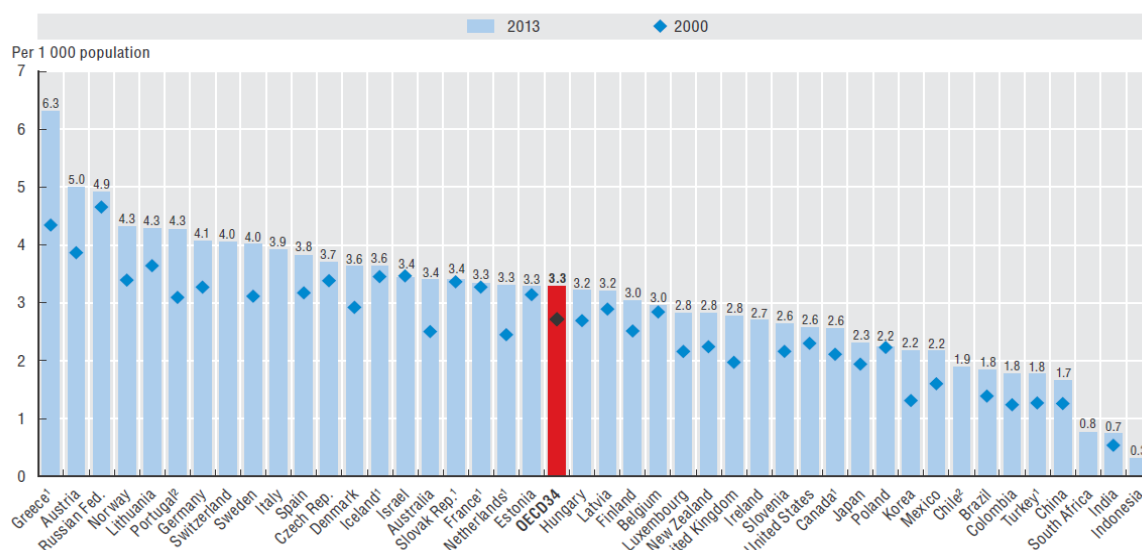
2.5.1 O contexto de surgimento do PMM: escassez de médicos e AB estagnada

O número absoluto e per capita de médicos por habitantes varia de maneira significativa entre os países do globo. Entre os integrantes da OCDE e alguns outros, a média alcança o índice de 3.3 médicos por 1.000 habitantes (OECD, 2015). Desde 2000, o número de médicos cresceu em quase todos os países da OCDE, tanto em número absoluto quanto per capita (Gráfico 1). Ao mesmo tempo, não existe parâmetro que estabeleça uma proporção ideal de médico por habitante, reconhecido e validado internacionalmente. Recomenda-se analisar a situação de cada país conforme suas diversas características, a exemplo do modelo assistencial adotado.

Portanto, há um imenso desafio para equilibrar a oferta de médicos com a demanda do mercado e necessidade de saúde das populações. Isto se deve ao fato do alto nível de incertezas,

como, por exemplo, em relação às horas de trabalho médicas exigidas e padrões de aposentadoria pelo lado da oferta, assim como as mudanças nas necessidades de saúde das populações devido a fatores como envelhecimento, às tendências futuras de crescimento ou estagnação econômica, desenvolvimento tecnológico e crescimento ou retenção dos gastos com saúde no lado da demanda (OECD, 2015).

Gráfico 1 – Comparativo da relação de médicos por 1 000 habitantes, composto por países da OCED e alguns países em desenvolvimento, entre os anos 2000 e 2013



Fonte: OECD (2015).

Situando o quadro de profissionais médicos no Brasil em relação ao cenário internacional em 2013, ano de criação do Programa, o Brasil tinha uma proporção de médicos por habitante insuficiente para preencher as vagas de trabalho demandadas pelo mercado de trabalho (incluindo o setor público), sem contar com a necessidade de ampliação dos serviços públicos e privados. Isto significa que a quantidade de médicos era insuficiente para atender à necessidade da população e do SUS.

Este problema é agravado devido à má distribuição dos médicos no território nacional (GIRARDI *et al.*, 2013; SCHEFFER *et al.*, 2018), de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis têm seu direito de acesso à assistência à saúde ameaçados ou até mesmo negados.

A distribuição dos médicos nas regiões do País em 2012 demonstrava um importante padrão de iniquidade, com 22 estados apresentando-se com índices abaixo da média nacional, de 1,83 médico por 1.000 habitantes, destes, 5 apresentam um indicador abaixo do valor de 1 médico por 1.000 habitantes, considerados locais de alta escassez. Neste quadro, a Paraíba apresentava o índice de 1,17 médicos por 1.000 habitantes (BRASIL, 2015b).

A distribuição por regiões também assinala uma grande iniquidade. A região Sudeste tem concentração 2,6 vezes maior que a região Norte (0,98). A região Sul (2,03), muito próxima à Centro Oeste (1,99) tem quase o dobro da concentração de 1,19 médicos por habitantes da região Nordeste (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011).

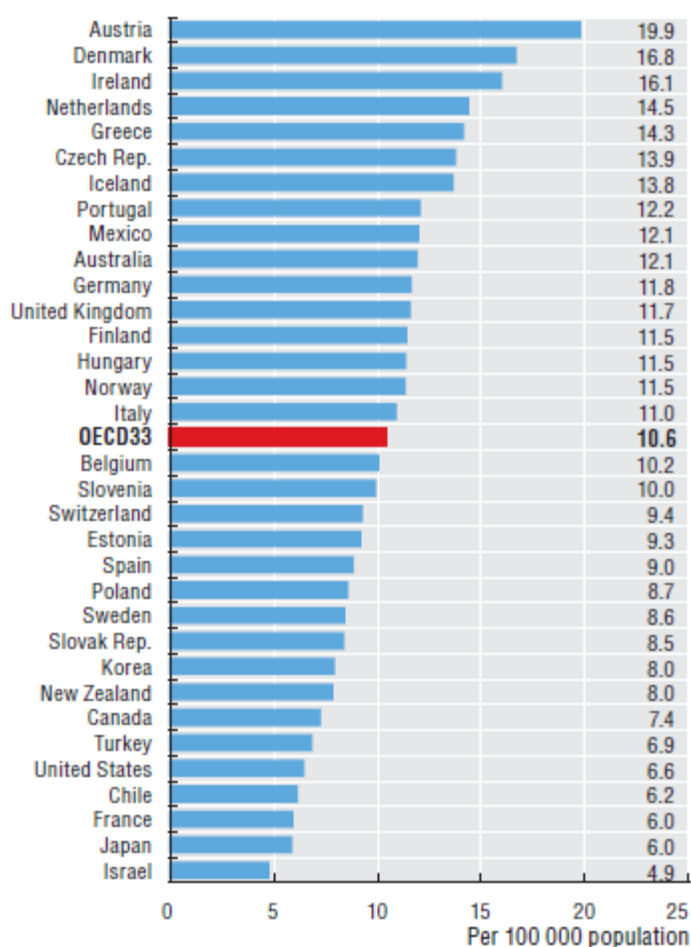
Mas a iniquidade maior se manifesta na conjunção de fatores, pois já não bastasse a dura realidade local com a escassez de médicos devido à pobreza, distância e precárias condições sociais, econômicas e sanitárias do município, estes ainda sofrem com um mercado de trabalho médico da região inflacionado e sua menor capacidade de atrair, fixar e contratar estes profissionais.

Com relação ao mercado de trabalho, os sinais como índice de desemprego, empregabilidade e a dificuldade de contratação também apontam para a mesma direção, de escassez de profissionais. Um dos principais sinais é o quase inexistente desemprego de médicos, o menor encontrado no Brasil, relativamente às demais profissões da saúde de nível superior. Um baixo nível de desemprego é forte indicativo de escassez de força de trabalho, e a combinação desse sinal com o de crescimento de médicos ocupados na assistência direta à saúde é forte evidência de empregabilidade da profissão (GIRARDI *et al.*, 2013).

Assim como a acomodação do crescimento da oferta de novos médicos encontrou pelo mercado formal, a partir de 2002, a demanda superou a oferta, indicando a capacidade do mercado de trabalho em absorver estes profissionais. Comparando a proporção de egressos de cursos de Medicina por habitante no Brasil com outros países, é possível notar o seu baixo valor. Em 2011, o Brasil teve, em média, 7,4 egressos para cada 100 mil habitantes, enquanto em países como México e Austrália, a média é de 12,3 egressos, e a média dos países da OCDE foi de 10,6 (Gráfico 2). Além de poucas vagas, o Brasil as tem mal distribuídas no território, com uma clara concentração nas maiores e mais ricas cidades, capitais e nas regiões Sudeste e Sul do País.

Finalmente, corroboram os sinais da escassez a dificuldade de contratação de profissionais, reportada por gestores de recursos humanos em saúde. Na Estratégia de Saúde da Família, segundo levantamento realizado pela EPSM, em 2012, 70,1% dos municípios brasileiros têm dificuldade de contratar médicos, e é de 23,6% a existência de postos vagos, por ocasião da pesquisa (GIRARDI *et al.*, 2013).

Gráfico 2 – Comparativo da relação de médicos graduados por 100 000 habitantes entre países componentes da OCDE, no ano de 2011 (ou mais próximo)



Fonte: OECD (2013).

Gostaria, ainda, de destacar outros dois elementos importantes no contexto brasileiro: a proporção de profissionais distribuídos entre setor privado e o setor público e a proporção entre número de médicos de família e comunidade e demais especialidades.

Como característica do sistema de saúde brasileiro, há a dupla oferta de serviços, sendo tanto pelo setor público como pelo privado. No entanto, há acentuada concentração na disponibilidade e na oferta de médicos para a população coberta por planos e seguros de saúde, muito embora boa parte dos profissionais atuem simultaneamente no setor público e na rede de assistência médica suplementar. No conjunto do país, em 2011, havia uma relação de, para cada 1.000 usuários de planos saúde no país, a existência de 7,60 postos de trabalho médico ocupados. Enquanto que esse índice cai para 1,95 quando se faz a razão entre postos ocupados nos estabelecimentos públicos. Situação essa que se agrava conforme região, estado ou município a ser considerado (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011).

O segundo fator é a necessidade de médicos treinados para atuar na AB, representados, principalmente, pelos médicos de família e comunidade. Deste profissional com formação

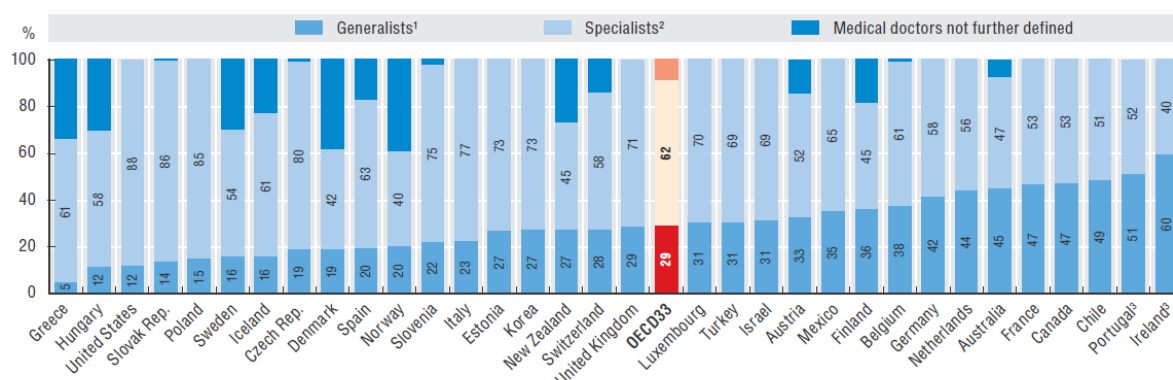
voltada para atuar na AB e com o usuário inserido em seu contexto social e cultural, é esperado uma atuação mais adequada e capaz de responder melhor às necessidades de saúde e expansão da AB no Brasil. Comparando a proporção de médicos de família com outros países é possível ver o enorme déficit brasileiro (Gráfico 3). No Brasil, a medicina de família e comunidade é a primeira opção para apenas 1,5% dos recém-formados, e constitui 1,29% dos médicos especialistas (SCHEFFER *et al.*, 2018; SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011). Por outro lado, há um contingente de 44,9% de médicos generalistas, ou seja, sem especialidade, e que iniciaram sua prática logo após o término do curso de graduação.

Na média, os países da OCED possuem 29% do seu corpo médico compostos por médicos com residência em saúde da família e equivalentes. Se considerarmos os países com forte APS, esta diferença aumenta ainda mais, como, por exemplo, Canadá com 47%, e Chile com 49% de médicos de família.

Mais do que uma simples divisão de trabalho, a especialização estabeleceu uma hierarquia simbólica e uma tarifação diferenciada da prática médica, resultando em discrepâncias salariais e em *status* diferenciados (ARLIAUD; ROBELET, 2000).

No que diz respeito especificamente à falta dos profissionais médicos nos serviços de saúde, de uma maneira geral, essa percepção das representações organizadas de segmentos sociais do SUS era compartilhada pela população em geral. A quantidade insuficiente de médicos para atender à demanda de postos de trabalho no SUS era um problema para 58% das pessoas entrevistadas. Para eles, a medida mais importante a ser tomada pelo governo para melhoria do atendimento no SUS era o aumento do número de médicos nos serviços de saúde (IPEA, 2011).

Gráfico 3 – Comparativo da quantidade de médicos generalistas* e especialistas composto por países da OCED, no ano de 2013 (ou mais próximo)



* Termo generalista inclui general practitioners (GP) / médico de família e outras categorias médicas generalistas
Fonte: OECD (2015).

Essa insuficiência de médicos para a ocupação dos postos de trabalho existentes na AB, necessária para a expansão do acesso e da cobertura da população, leva a uma competição entre municípios, que disputam os poucos profissionais disponíveis. Os resultados dessa situação de desequilíbrio ocasionam o comprometimento de recursos do município, além de sua capacidade de pagamento, com posterior descontinuidade dos vencimentos e quebra de compromissos com o médico contratado; redução da carga horária efetivamente praticada pelo profissional, seja porque o gestor “compensa” a “baixa” remuneração reduzindo a carga horária, seja porque o médico impõe essa condição na sua contratação, gerando uma série de irregularidades e ilegalidades, além de reduzir o acesso da população; alto índice de rotatividade dos médicos, fazendo com que quase a metade não chegue a ficar sequer um ano no mesmo município (BRASIL, 2015b).

Portanto, como resultado da escassez de profissionais e iniquidades na sua distribuição, são gerados grandes “vazios” assistenciais, comprometendo o acesso da população a um dos seus direitos básicos: a saúde.

Em consequência dos problemas e fatores elencados acima, na Atenção Básica, se traduz um baixo crescimento da cobertura populacional da ESF. Nos últimos sete anos ela cresceu a média anual de 1,5% a cada ano na cobertura da população.

Diante dos desafios apresentados, o PMM é lançado como uma política de recursos humanos da saúde, com foco na redução do déficit de profissionais médicos, priorizando áreas mais vulneráveis e com dificuldade de contratação de médicos, tanto por meio de ações de curto, como de longo prazo.

2.5.2 Apresentação da política do PMM

Em 2013, através da Lei 12.871, o Governo Federal lança o Programa Mais Médicos para o Brasil, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS (BRASIL, 2013b). O programa teve, entre suas principais metas: a) alcançar a taxa de 2,7 médicos por 1000 habitantes; b) ampliar o acesso ao atendimento médico; c) garantir a universalização do acesso à residência médica; d) planificação das especialidades médicas; e e) direcionar a formação médica conforme modelo de sistemas de educação integrados ao sistema de saúde (BRASIL, 2015b).

Comumente, o PMM é descrito como composto por três principais eixos: Eixo 1 - Provimento emergencial de médicos para as “áreas com maior necessidade e vulnerabilidade” (BRASIL, 2013b, 2015), ou classificadas como áreas prioritárias conforme alguns critérios econômicos, sociais e de saúde pelo próprio Ministério da Saúde; Eixo 2 - Melhora na

infraestrutura da rede de Atenção Básica de Saúde, através do estabelecimento de um padrão de qualidade para as Unidades de Saúde da Família e investimento na informatização das USF e dos sistemas de informação da AB (eSUS); Eixo 3 - Voltado para a Formação Médica no Brasil. Este último eixo engloba ações que visam o direcionamento da formação médica para responder às necessidades de saúde da comunidade, em consonância com a organização e funcionamento do SUS.

2.5.2.1 Eixo 1: Provimento emergencial

O governo estava diante de um antigo desafio de atrair profissionais para atuar na Atenção Básica, principalmente, em áreas pouco atrativas para os médicos. Em que pese o escopo de atuação do Programa Mais Médicos ser bem abrangente, em termos de visibilidade pública, a sua imagem ficou muito associada ao eixo de provimento emergencial de médicos.

Na busca por identificar as áreas de maior necessidade, estas foram classificadas em função de um conjunto combinado de critérios, como: áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza; baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; regiões do semiárido e da Amazônia; áreas com população indígena e quilombola; locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais (BRASIL, 2013a, 2015). Utilizando-se destes indicadores, foram compostos 6 perfis de municípios para a alocação de médicos, sendo os perfis do 1 ao 5 considerados prioritários (BRASIL, 2013a).

Quadro 1 – Descrição dos perfis 1 ao 6 de classificação dos municípios brasileiros utilizados no PMMB, 2013

PERFIL 1	Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais, conforme IBGE.
PERFIL 2	Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios situados em regiões metropolitana, conforme IBGE.
PERFIL 3	Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza, dos Municípios que estão entre os 100 (cem) e Municípios que estão com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes com os mais baixos níveis de receita pública <i>per capita</i> e alta vulnerabilidade social de seus habitantes.

PERFIL 4	Município com 20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)
PERFIL 5	Municípios situados em área de atuação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS)
PERFIL 6	Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais Municípios as Capitais, conforme IBGE.

Fonte: BRASIL (2013a).

Esta classificação dos municípios propiciou: 1) a seleção das áreas de maior necessidade de apoio no recrutamento de médicos para atuar na AB; 2) transparência ao processo, evitando intervenções externas, como, por exemplo, o uso de influência política para priorizar determinados municípios em detrimento de outros; 3) uma hierarquização dos municípios, tornando possível determinar um fluxo da migração dos médicos vinculados ao PMM, por exemplo, evitar o uso do Programa como uma forma de migrar das áreas de maior necessidade para as regiões mais urbanas e providas de médicos.

Diante da possibilidade de haver substituição dos médicos que já estavam atuando nos municípios pelos médicos do PMM, o Ministério da Saúde balizou o número de vagas a serem oferecidas para cada município de forma a não extrapolar aquelas ociosas somadas à possibilidade de ampliação da cobertura do município para alcançar os 100% de cobertura. Além disso, um papel fiscalizador através de denúncias aos municípios que estivessem descumprido esta determinação de não substituição do(s) médico(s) que já estavam atuando ali antes da implantação do Programa (BRASIL, 2015).

Outro elemento a se destacar é o recrutamento de médicos estrangeiros e brasileiros formados no exterior sem a validação do diploma médico para atuar no país. Para efetivar esta ação, o MS baseou-se no diagnóstico de insuficiência de médicos no Brasil (BRASIL, 2015), na existência de tais ações em vários outros países (OLIVEIRA *et al.*, 2015) e na premissa legal do SUS como ordenador da formação de recursos humanos para a saúde, conforme consta na Constituição Federal.

Para a execução legal deste recrutamento internacional, foi necessária a “criação” de um caminho burocrático-institucional para seleção e contratação dos brasileiros formados no exterior sem a revalidação do diploma, dos médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no seu país (chamados de “intercambistas”) e os médicos Cubanos (chamados de

“cooperados”), intermediados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Primeiramente, a exigência de um registro destes profissionais, que, a partir de então, foi expedida pelo MS. Este “Registro Único” dá ao médico a autorização de “exercer a medicina exclusivamente no âmbito das atividades do Programa e na localidade específica definida pelo programa” (BRASIL, 2015). Este registro seria válido somente no período em que o médico participar do PMM, o que significa um período que pode ser de até três anos, prorrogáveis por mais três.

Outro aspecto foi a forma de contratação destes profissionais via categoria de pós-graduação e integração ensino-serviço. Desta forma, o MS procede com lançamentos de editais de chamamento público para a inscrição dos médicos com o estabelecimento do número de vagas e locais ofertados. A contratação ocorre por meio de contrato e pagamento de uma bolsa de estudo. A excepcionalidade a esta composição, ocorre com os médicos “cooperados”, para os quais vale a legislação nacional e as que disciplinam as cooperações internacionais.

Ao mesmo tempo, com este mecanismo foi possível vincular a oferta contínua de um curso de especialização em saúde da família em molde *e-learning* e a supervisão presencial feita por médicos vinculados a Instituições de Ensino Superior.

2.5.2.2 Eixo 2: Melhora na infraestrutura da AB

Previsto na Lei do PMM com um prazo de 5 anos, a adequação da infraestrutura e informatização das USF já havia sido iniciada em 2011, através do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS). No contexto de lançamento do PMM, o Programa de Requalificação das UBS foi ampliado com nova etapa de adesão para os municípios e integração ao PMM como um dos eixos estruturantes (BRASIL, 2015b).

Como efeito desta integração, houve mudança no padrão dos modelos da estrutura e de equipamentos para ampliar a oferta de serviços e o número de equipes de saúde da família por USF. Quanto à informatização, constam a implantação do prontuário eletrônico, disponibilização de sistemas de informação informatizados (Sistema de Informação da Atenção Básica – Sisab — e a estratégia eSUS) e a implantação de núcleos de Telessaúde para a Atenção Básica. Isto permite aos profissionais manterem-se integrados aos outros níveis de saúde, propiciar mais condições de atividades de educação continuada e de ensino, e qualificar a gestão do serviço de saúde.

2.5.2.3 Eixo 3: Formação médica – graduação e residência

Este eixo é composto por ações direcionadas à graduação, residência e planificação das especialidades médicas. No que se refere à graduação, o Programa se propôs a reorientar a formação para atender às necessidades de saúde da população e do sistema de saúde. Com a publicação das Novas diretrizes para os cursos de medicina, espera-se alcançar um ensino com maior integração teórico-prática e integração ensino-serviço, propiciando uma educação mais contextualizada e socialmente implicada, assim como propiciar uma formação que responda à exigência de expandir a AB.

Para alcançar a meta de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, estava previsto a abertura de novas escolas médicas públicas e privadas. Estimava-se uma ampliação da proporção de 0,8 vaga por 10 mil habitantes para alcançar a relação 1,34 vaga/10 mil. Associado à expansão das vagas, foi determinado como critério para abertura de novas escolas a sua interiorização em municípios com condições de receberem uma nova escola médica.

Quanto à formação e o planejamento do número de especialistas, o “Programa aponta para a modificação do modo vigente de definir onde e em qual especialidade serão abertas novas vagas de residência” (BRASIL, 2015). Para isto, foi proposto o Cadastro Nacional de Especialistas para prover o Estado com informações necessárias para a identificação do número e do tipo de especialistas para cada região de saúde, visando atender os serviços públicos e privados.

Foi também previsto mudanças na formação dos especialistas. Uma primeira mudança seria a universalização do acesso à residência médica, podendo torná-la obrigatória para o início da atuação médica; e a segunda, o estabelecimento da especialidade de Medicina da Família e Comunidade como central na formação da maioria dos especialistas do País.

2.6 RESULTADOS ALCANÇADOS PELO PROVIMENTO EMERGENCIAL DE MÉDICOS: REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção, o foco será na descrição das repercussões do eixo de Provimento Emergencial do PMM: 1. Cobertura e impacto; 2. Posicionamento dos atores sociais.

2.6.1 Cobertura e impacto do PMM

Em julho de 2013, aconteceu a primeira chamada pública para adesão dos municípios com a demanda por médicos. Inscreveram-se 3.511 dos 5.570 municípios, e foram indicadas 15.460 vagas para médicos na AB. Embora a inscrição de médicos brasileiros tivesse prioridade no processo de seleção, frente aos médicos formados no exterior ou estrangeiros, apenas 1.096

médicos brasileiros se candidataram para as vagas oferecidas, e outras 522 foram ocupadas por médicos de outros países, onde a proporção de médicos por habitantes era maior do que no Brasil (SANTOS *et al.*, 2017).

Um estudo comparou o impacto do PMM em 1708 municípios considerados em situação de extrema vulnerabilidade (com 20% ou mais da população em situação de extrema pobreza) e remotos (localizados nas áreas de fronteira do país). Destes, 1450 aderiram ao programa e obtiveram um aumento de 8,3 % na sua cobertura dos serviços de AB, e uma redução de 4% nas taxas de internação hospitalar, quando comparado com os anos prévios à implementação do PMM (SANTOS *et al.*, 2017).

Utilizando outro indicador, como a relação de médicos por habitantes em municípios com os menores índices nacionais (com menos de 0,1 médicos por mil habitantes), no primeiro ano do provimento houve uma redução de 75% do número destes municípios, passando de 374 para 95. Destes, 81 não aderiram ao PMM (PEREIRA *et al.*, 2016).

A participação relativa do quantitativo de médicos do Programa em relação ao total da AB era de 12,7% em 2015. As regiões Norte e Nordeste foram as que alcançaram os maiores percentuais de médicos na AB providas pelo PMM, com 23,7% (1.715 médicos) e 18,1% (4.849 médicos), respectivamente (GIRARDI *et al.*, 2016). Assim como as regiões Norte e Nordeste, as áreas do Distritos Sanitários Indígenas (34 unidades) e Quilombolas foram também priorizadas e contempladas, contribuindo na redução das iniquidades em saúde no Brasil (PEREIRA *et al.*, 2016).

Em relação ao porte populacional, apesar dos municípios entre 20 e 50 mil habitantes e as capitais e regiões metropolitanas terem recebido o maior número de médicos, foram nos municípios com até 10 mil habitantes que o Programa teve seu maior impacto (GIRARDI *et al.*, 2016).

Em 2013, o total de 1.200 (21%) / 5.543 municípios apresentavam algum grau de escassez de médicos. Após cerca de dois anos do programa, este número reduziu para 777 (14%). No primeiro período, pode-se destacar a concentração de 80% dos municípios com alto grau de escassez nas regiões Norte e Nordeste. No segundo período, passados dois anos de implantado o PMM, o número de municípios com escassez alta caiu quase que em 50%, reduzindo de 62 para 34 (GIRARDI *et al.*, 2016). Ao considerar um cenário hipotético com o provimento regular de médicos na AB, ao invés de alcançar esta redução, a tendência era aumento do número de municípios com escassez de médicos, passando para 2.021 (35,4%) (GIRARDI *et al.*, 2016).

O PMM contribuiu na redução da intensidade da escassez, principalmente para aqueles municípios que apresentavam os piores níveis e situações limítrofes à privação essencial, que diminuíram quase que pela metade (GIRARDI *et al.*, 2016). No entanto, são estas regiões e os municípios de menores portes que ainda apresentam as maiores necessidades de suporte dos governos e de programas de provimento de médicos, mantendo ainda um quadro de insegurança assistencial.

O fato de ter sido observada maior alocação de médicos em municípios com menores Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e com população menor que 20.000 habitantes no Nordeste mostra que os critérios de adesão do PMM avançam na correção da desigualdade histórica na distribuição de médicos na Região no que se refere ao desenvolvimento socioeconômico. No entanto, a ampla adesão de municípios no Nordeste, incluindo aqueles mais desenvolvidos, indica que a carência de médicos não se restringe aos municípios pequenos e menos desenvolvidos (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Todavia, estes resultados iniciais extremamente positivos, com o decorrer do Programa, tiveram seu impacto reduzido à medida que um maior número de médicos do PMM preencheu as vagas em municípios não-prioritários. Esta foi apontada como a provável causa pela modesta redução (1,4%) na taxa de mortalidade por causas sensíveis a AB, mesmo diante do incremento na densidade de médicos propiciada pelo PMM (HONE *et al.*, 2020).

Além desta alocação em municípios não-prioritários, outro possível fator influenciador foi a substituição de médicos já atuantes na AB por médicos do Programa (HONE *et al.*, 2020), que apesar de haver o impedimento legal para tal procedimento, a fiscalização baseava-se na denúncia ao município por estar atuando desta forma (BRASIL, 2015). Entre os motivos, pode-se aventar a substituição de médicos que apresentavam alta taxa de absenteísmo, a opção do médico de migrar para o PMM devido aos seus melhores salários do que os oferecidos pelos municípios, e a oferta de 10% na pontuação final do processo de seleção das residências médicas, após o médico ter atuado por, no mínimo, 1 ano (HONE *et al.*, 2020).

O papel da atenção primária na prevenção e resolução das necessidades básicas de saúde é importante e as evidências mostram que o PMM melhorou o acesso, a satisfação, a qualidade do serviço e sua utilização (COMES *et al.*, 2016b, 2016a). Especificamente, as reduções na mortalidade respiratória identificadas podem ser decorrentes da vacinação e do acesso aos antibióticos (ARRUDA *et al.*, 2017).

2.7 POSICIONAMENTO DOS ATORES SOCIAIS

Diversos estudos e notícias veiculadas nos meios de comunicação aberta e nas publicações dos próprios atores sociais indicam que o processo de formulação e implementação do PMM foi permeado por opiniões controversas e com alguns pontos centrais de debate (DE JESUS; MEDINA; PRADO, 2017; GOMES, L. B.; MERHY, 2017).

Em relação à definição dos principais motivos para justificar a escassez de médicos, podemos identificar poucos consensos entre os atores sociais, entre os quais se identifica concordância na falha distribuição dos médicos pelo território brasileiro e alta rotatividade desses profissionais, causando uma disputa entre os municípios (DE JESUS; MEDINA; PRADO, 2017).

No entanto, aspectos essenciais, como a análise do número de médicos e quanto seria suficiente para responder às necessidades de saúde da população, foram alvo de intermináveis debates que não alcançaram nenhum consenso. Na época da formulação do PMM, o MS descreveu que o Brasil possuía um quadro de 1,8 médicos/1.000 habitantes, o que analisava como insuficiente (BRASIL, 2015b). Por outro lado, as entidades médicas publicaram documento afirmando que a taxa era de 2,0 médicos/1.000 habitantes, e defendiam a suficiência deste quantitativo, centrando a problemática na distribuição e na concentração dos médicos no setor privado (MÉDICAS., 2013).

Os posicionamentos e o manejo dos recursos do poder, por parte dos atores sociais contrários ao PMM, desencadearam um conjunto de iniciativas com estratégias que variaram ao longo do tempo e impactaram parcialmente a formulação e no processo de implantação do Programa (DE JESUS; MEDINA; PRADO, 2017; GOMES, L. B.; MERHY, 2017).

Na fase de implementação do eixo de provimento emergencial, o debate centrou-se, principalmente, na convocação de médicos estrangeiros, em destaque, os médicos cubanos. Segundo as entidades médicas, a ausência de revalidação de diploma e falta de transparência de como esses profissionais seriam selecionados colocavam em suspensão a garantia de que tais médicos seriam competentes para atuar no Brasil (DE JESUS; MEDINA; PRADO, 2017; GOMES, L. B.; MERHY, 2017; MÉDICAS., 2013). Dessa forma, entidades representantes da corporação médica organizaram uma série de manifestações e paralisações.

A Federação Nacional dos Médicos¹⁰ (Fenam) informa que a mobilização desta semana é preparatória para a marcha a Brasília marcada para 8 de agosto, quando ocorrerá uma audiência pública sobre o Mais Médicos no Congresso

¹⁰ Entidade que reúne sindicatos da categoria médica.

Nacional. Em 10 de agosto, a categoria fará uma avaliação e, caso os 53 sindicatos médicos que integram a Fenam concluam que não houve avanços, a federação diz que será decretada greve (AQUINO, 2013).

Entre as manifestações realizadas, uma que ocorreu em Fortaleza/CE foi mais marcante e de maior repercussão na mídia. Organizada pelo Sindicato dos Médicos de Fortaleza, no dia 26 de agosto, representantes desse sindicato e alguns médicos, receberam um dos primeiros grupos de médicos cubanos que estavam chegando ao Brasil. A forma acintosa e racista chamou a atenção do público, o que fez com que muita gente passasse a apoiar o programa (ESTRANGEIROS..., 2013; MÉDICOS..., 2013; GUARESEMIN, 2013). Diante da forma chocante como Conselhos de Medicina reagiram à vinda dos médicos cubanos, somadas às manifestações de rua agressivas, “(...) conseguiram jogar a imagem da profissão na lata de lixo, apresentando-se para a esquerda como elitistas insensíveis e para a direita como corporativistas rançosos” (NASSIF, 2013).

O Poder Judiciário também foi acionado e tornou-se mais uma arena de embate entre o governo e as entidades médicas. O programa foi alvo de cinco ações judiciais, três na Justiça Federal em Brasília e duas no Supremo Tribunal Federal (STF), uma das ações no STF impetrada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). As entidades alegavam que a contratação de profissionais formados em outros países sem que sejam aprovados no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeira (Revalida) seria ilegal (CAMPOS, 2013).

Após a eleição de 2018, o presidente Bolsonaro, com seus repetidos discursos contrários à participação dos médicos cubanos e críticas ao sistema político-econômico cubano, acaba por romper a cooperação com Cuba, em dezembro de 2019. E para assumir o cargo de secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (STGES), do Ministério da Saúde, responsável pelo Programa Mais Médicos, foi indicada uma médica então presidente do Sindicato dos Médicos do Ceará e protagonista na cena de preconceito na chegada dos médicos cubanos (SAÚDE POPULAR, 2018). Com o objetivo de substituir o PMM e preencher as vagas decorrentes da saída dos cubanos, foi lançado o programa “Médicos Pelo Brasil” (VIANNA; MAZUI, 2019). Medidas como estas fizeram com que o PMM passasse por significativas mudanças na sua lógica e na sua estrutura, descaracterizando-o de seus objetivos iniciais (PINTO, 2021).

No entanto, o advento da pandemia da COVID-19, em 2020, no Brasil, interrompeu significativamente a implementação deste novo programa, fazendo o governo federal recuar em

sua ação. Como medida, as chamadas públicas para o PMM foram retomadas, ironicamente, incluindo médicos cubanos que permaneceram no Brasil.

Portanto, diversos fatores políticos, administrativos e financeiros têm influenciado os rumos do PMM no Brasil. Uma questão mais ampla permanece, não só relativa às políticas de recursos humanos, mas também à AB e ao próprio SUS: Estes se sustentarão frente às medidas de austeridade e restrição de gastos com saúde pública nos próximos 20 anos?¹¹

¹¹ Aqui me refiro à Emenda Constitucional Nº 95, sancionada em dezembro de 2016, no governo Temer, ela institui o Novo Regime Fiscal e congela os gastos públicos da União pelos próximos 20 anos. As regras do novo regime não permitem o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver bem, o que diferencia o caso brasileiro de outras experiências estrangeiras, que adotaram o teto de gastos públicos. Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. As novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 anos, o que poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira. O mecanismo enfrentou críticas da oposição, liderada pelo PT, pelo PSOL e pelo PCdoB, mas também vindas de parte dos especialistas.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

Essa tese compõe uma pesquisa maior, denominada “Avaliação do Impacto do Programa Mais Médicos no Brasil”¹², de caráter multicêntrico, envolvendo pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade de Brasília (UnB), Imperial College London (IC) e London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Seu objetivo, de amplitude nacional, é avaliar se a expansão emergencial de médicos promovida pelo PMM afetou as desigualdades em saúde e identificar quais foram os impactos do Programa no Brasil.

A pesquisa nacional foi composta por análises quantitativa e qualitativa. Seu braço quantitativo foi estruturado a partir de dados obtidos dos sistemas de informações em saúde pública, e entre eles estavam: sistema de informações de nascidos vivos (SINASC), óbitos (SIM), internações (SIH), profissionais do sistema de saúde e infraestrutura (CNES). Foram obtidos dados referentes aos anos de 2010-2016. Os dados foram agregados ao nível municipal e subgrupos adicionais gerados para análises de desigualdade (por exemplo, mortalidade e hospitalizações por causas selecionadas, sexo, idade ou grupos raciais).

Os resultados encontrados evidenciaram benefícios associados à implantação do PMM que incluíram redução na mortalidade (crianças e menores de cinco anos e mortalidade de adultos por causas amenizáveis) e hospitalizações por condições sensíveis a cuidados ambulatoriais em crianças e adultos (HONE *et al.*, 2020).

O segundo braço da pesquisa nacional foi composto pela análise qualitativa das entrevistas realizadas com profissionais médicos integrantes do PMM, enfermeiros das USF participantes do PMM, supervisores do Programa, gestores locais, estaduais e federais e médicos da atenção especializada no estado da Paraíba e no Distrito Federal. O objetivo era analisar as repercussões do PMM nos outros níveis de saúde e que extrapolassem a AB, incluindo a comunicação entre esses níveis de assistência.

Para o desenvolvimento dessa tese de doutoramento foi necessário recortar o objeto de pesquisa e definir melhor o escopo de abrangência da análise a ser desenvolvida. A necessidade de conciliar os objetivos da pesquisa nacional com os que impulsionaram este trabalho, e então estruturá-lo por uma abordagem sociológica a partir do mesmo material, fez com que fosse necessário um recorte do montante desse material empírico produzido.

Pelos motivos já mencionados na Introdução e cientes da amplitude e impossibilidade de realizar uma análise com todas as entrevistas colhidas na pesquisa geral, assumimos a

¹² Todas as citações providas de referências de língua inglesa foram traduzidas pelo próprio autor.

capacidade de realizar uma análise com as entrevistas efetivadas com os médicos integrantes do PMM na Paraíba. Como consequência, os resultados aqui encontrados se referem à realidade em torno do PMM na Paraíba, de forma que o conhecimento e a discussão aqui produzidos podem fazer indicações sobre a configuração nacional e servir como uma primeira aproximação para estudos que objetivem aprofundar a sua compreensão.

Na sequência destas definições, comecei a fazer uma leitura em profundidade das entrevistas selecionadas e à medida que eu me apropriava do conteúdo das mesmas junto com os referenciais teóricos, os objetivos dessa tese foram se delineando. Isso também aconteceu pela premissa de realizar uma pesquisa que apesar de ter o referencial teórico bem estruturado com a teoria bourdieusiana, nos mantivesse abertos para o que surgisse do campo de análise. Portanto, o movimento realizado neste trabalho não seguiu um processo linear, como é frequente nas pesquisas acadêmicas, mas, sim, um movimento de idas e vindas entre o material empírico e o material teórico.

O movimento seguinte foi delimitar como iria analisar esses agentes institucionais e individuais. Nesse momento, após releitura das entrevistas com auxílio da literatura, duas dimensões foram ficando mais evidentes para auxiliar o olhar analítico/crítico da realidade: na primeira, uma abordagem do PMM como política pública a ser esmiuçada através da sociologia dos campos; e na segunda, a compreensão do jogo que conduz as disputas por capital na profissão médica (ver Capítulo 1).

Nesse sentido, estruturei as seguintes perguntas como norteadoras deste estudo: Quais os capitais que estão em disputa em torno do PMM? E, como o PMM afetou o campo médico?

Foi através do discurso dos médicos entrevistados que busquei desvelar os interesses e as disposições destes profissionais, assim como sob que contingências eles operam. Neste processo foram realizadas visitas em 12 municípios distribuídos por toda a Paraíba, e estivemos presentes em dezenas de unidades básicas, entre as quais eu também realizei entrevistas e compus a equipe de pesquisa de campo.

A pesquisa de campo promoveu uma provocação adicional que fez pensar o meu lugar como agente próximo ao PMM e membro do grupo médico. Durante parte do transcurso desta pesquisa, estive envolvido diretamente com o PMM como supervisor, e muitas vezes acometido pelas dificuldades e decepções dos médicos atuantes, que me fizeram refletir sobre minhas práticas e me propiciaram uma autoanálise e uma problematização da aproximação do meu papel de pesquisador com o campo. A ideia foi não apagar ou anular essa aproximação, mas em todo o processo de aproximação com o campo foi necessário realizar distanciamentos para criar

espaços de reflexão sobre algo que me parecia naturalizado e, portanto, sem espaço para crítica ou compreensão do que estava implícito neste jogo.

Reconhecer essa minha imersão com o objeto de pesquisa me fez perceber a necessidade de distanciar o olhar sobre essa dada realidade. Com isso, me motivei a buscar conhecer uma outra realidade através da oportunidade de fazer um doutorado sanduíche. Foi quando, motivado pela experiência acumulada de um sistema de saúde universal e estruturado sobre a AB, assim como pela existência de problema similar em prover médicos para áreas desassistidas, optei por realizar esse doutorado sanduíche no Canadá. Como ainda estava em momento anterior à análise das entrevistas, foquei meu estudo na análise de políticas públicas voltadas para ações de provimento de médicos no Brasil e no Canadá. Como fruto dessa experiência e estudo, realizei um trabalho comparativo entre as políticas desses países, aqui descrito no Apêndice 2, que me propiciou melhores condições para iniciar a análise das entrevistas.

É importante sinalizar que o início da investigação e a elaboração deste trabalho passaram por momentos políticos bem diversos. Primeiramente, sob o momento de transição política após o golpe de 2016 e, posteriormente, sob a presidência de Jair Bolsonaro, amplamente apoiado pela categoria médica durante sua candidatura. Como promessa de campanha do presidente Jair Bolsonaro, intervenções e mudanças estruturais foram sendo tomadas, a exemplo do rompimento da cooperação com Cuba, junto ao discurso de finalização do PMM com sua substituição pelo Programa Médicos pelo Brasil¹³.

Foi justamente no momento recente, após o rompimento da cooperação com Cuba e com grandes incertezas sobre o futuro do PMM que nossa ida ao campo aconteceu. As entrevistas foram realizadas entre janeiro e julho de 2019, e assim como acontece em todas as idas ao campo, deixou sua marca, mas em que se destaque o momento e espaço da política em foco, quando foi possível identificar uma ênfase nos aspectos resultantes ou consequentes à política, como, por exemplo, nos avanços, nas limitações e no despertar da finitude desta política, além da acentuação das críticas dirigidas à representação da categoria médica, na figura dos Conselhos de Medicina.

¹³ Brasil. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1 PERCURSO: DA VISITA NO CAMPO DE PESQUISA AO OLHAR ANALÍTICO SOBRE O PMM

Nessas próximas duas subseções descrevo o trabalho de ida a campo e a análise dos dados qualitativos colhidos durante a pesquisa.

3.1.1 O trabalho de campo

A Paraíba foi o nosso campo de pesquisa, onde 12 municípios foram visitados. O estado é constituído por 223 municípios. Em maio de 2016, época do planejamento da pesquisa geral, 139 municípios estavam ativos no PMM. Necessariamente, para ser incluídos nesta pesquisa, os municípios precisavam estar ativos no programa, o que significa ter médico(s) vinculados a ele.

Para isto, foi selecionada uma amostra qualitativa (não-probabilística) entre os municípios integrante do PMM, obedecendo à distribuição nos perfis de prioridade do programa, e sua distribuição nas regiões de saúde da Paraíba. Dessa forma, abrangemos a diversidade socio-geográfica do estado e os perfis de prioridade aplicados no PMM. Assim abrangemos as três macrorregiões de saúde do estado e a inclusão de pelo menos um município de cada perfil da classificação usada no programa. Assim, 12 municípios foram selecionados para participar da pesquisa.

A seleção dos entrevistados foi realizada após a definição dos municípios participantes. Optamos pela indicação do gestor municipal ou do supervisor do Programa para selecionar e abordar os entrevistados. Foram eleitos profissionais considerados modelo pelos gestores ou supervisores. Ao total, foram realizadas 51 entrevistas, das quais, 23 com médicos do PMM. A quantidade de entrevistados foi estabelecida até se perceber ter alcançado um ponto de saturação nas entrevistas. Para fins dessa tese, selecionamos as entrevistas com médicos e excluímos três entrevistas com médicos cubanos por poder constituir um fato de confusão na análise sociológica.

Inicialmente, os gestores e médicos foram contactados para agendar a entrevista que ocorreria durante o turno de trabalho e em ambiente fora da USF (para os médicos). Este formato foi assumido devido a dificuldade de agendar outro horário que não fosse durante o turno de trabalho dos profissionais e para evitar o clima de tensão gerado pela espera pelo atendimento do médico. Em algumas situações isso foi possível, no entanto, a maior parte aconteceu nas USF, que se por um lado poderia tensionar para que a entrevista com o médico fosse abreviada, por outro possibilitou observar a organização e estrutura *in loco* das USF

Logo ao chegar nas USF, nos identificávamos e esclarecíamos que nossa visita estava agendada com o médico e com a enfermeira. Por ser agente pesquisador, da Universidade,

médico e externo ao município, meu acesso ao médico foi facilitado em todas as ocasiões. Os profissionais médicos se demonstraram receptivos e disponíveis para as entrevistas. Me parecia que eu, com entrevistador estava mais preocupado com a possível demora da entrevista do que os próprios médicos. Dessa forma, as entrevistas correram bem, sem prejuízo de sua qualidade e densidade por ter sido realizada, em sua maioria, nas USF.

No nosso estudo no campo, as entrevistas foram compostas de dois momentos: primeiro, aplicamos um questionário estruturado para a coleta de informações sociodemográficas sobre as características dos indivíduos (Apêndice 1). No questionário constavam questões padronizadas sobre data de nascimento, local de graduação, tipo e nível de treinamentos, experiência profissional e tempo de atuação no PMM. Esses dados foram analisados estão descritos em tabelas com seus valores absolutos e relativos, permitindo a comparação com dados da literatura para realização de sua análise descritiva e a descrição de elementos da trajetória profissional dos médicos entrevistados.

O segundo momento, foi constituído por entrevistas guiada por um roteiro semiestruturado (Apêndice 1), com algumas temáticas principais (trajetória profissional do entrevistado, experiência de trabalhar na USF, experiência com a rede assistencial de apoio e experiência de trabalhar no PMM). Em todos os casos, os entrevistadores tiveram liberdade para abordar outros temas de interesse ou que surgissem no curso da entrevista. Dessa forma, as entrevistas focaram na experiência destes agentes nos locais de atuação atual e anterior, portanto, representando suas práticas e disposições.

Durante as entrevistas, buscamos enfatizar e centrar-nos nas práticas cotidianas realizadas durante a prestação de serviços, interação com os demais membros da equipe da Saúde da Família, gestores e usuários. As entrevistas tiveram uma abordagem orientada para a prática, pedindo aos participantes que fornecessem exemplos e relatassem suas experiências. Além disso, o roteiro semiestruturado permitiu a elaboração de questões em acordo com a emergência de temas e com os sentidos que a entrevista ia assumindo durante a sua execução. As entrevistas foram realizadas por dois bolsistas treinados pelos três pesquisadores principais, responsáveis pelo braço qualitativo, entre os quais eu me incluo.

Optamos pela entrevista, visto que parece justificado assumir que as informações que emergem durante as entrevistas são ilustrativas das categorias de maior destaque e, portanto, mais centrais nos processos de avaliação e valoração dos entrevistados. É improvável que essas informações sejam divorciadas das percepções mais fundamentais dos entrevistados, mesmo que fatores situacionais possam criar distorções. Por essas razões, tomamos medidas necessárias para minimizar o efeito do entrevistador sobre o assunto a ser abordado nas

entrevistas, como manter uma relação cordial, uso de termos técnicos e conhecidos dos profissionais e apresentar semelhanças e interesse com a fala dos entrevistados no decorrer do encontro, assim com uma linguagem corporal interessada através de gestos, demonstrando uma escuta ativa e anotações de certos pontos da fala, além da gravação da conversa.

Após a realização das entrevistas, o material empírico foi transcrito pelos bolsistas e revisado pelos pesquisadores. A experiência em uma disciplina do Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPB (PPGS/UFPB), voltada para o uso de *software* na análise qualitativa, me despertou o interesse e a possibilidade do uso do Atlas Ti como ferramenta de organização e interpretação das entrevistas.

3.1.2 Análise de Dados Qualitativo (ADQ)

A literatura é rica em muitas abordagens, e estar ciente de suas características e limitações torna o processo de escolha do referencial teórico um momento crucial na pesquisa. Para a análise e interpretação dos dados dessa pesquisa, nos guiamos tanto pelo referencial teórico de Bourdieu, quanto pelos preceitos mais gerais de uma abordagem indutiva. O intuito foi de que mesmo utilizando uma perspectiva tão bem estruturada e já usada nos mais diversos temas e locais, como a bourdieusiana, não nos fechássemos para o que pudesse surgir do campo de pesquisa e da realidade estudada. Assim, busquei agregar minha posição interessada no campo e a proposição de elaborar um olhar a partir da realidade observada, diferentemente do movimento de apenas apoiar-me em uma premissa a priori, a fim de verificar a sua aplicabilidade ou não.

A abordagem indutiva é um procedimento sistemático para analisar dados qualitativos sustentada, principalmente, pelas leituras detalhadas dos dados empíricos brutos para derivar conceitos e temas por meio de interpretações feitas pelo pesquisador. Essa compreensão da análise indutiva permite ao pesquisador, mesmo munido de seus pressupostos teóricos, cotejar a teoria com os dados empíricos coletados (THOMAS, 2006).

Para a execução de uma abordagem indutiva, me guiei pelo modelo “Percebendo, Reunindo e Refletindo”¹⁴ (SEIDEL, 1998). Segundo o autor, “(...) é mostrar que há uma base simples para a prática complexa e rigorosa da Análise de Dados Qualitativos (ADQ). Depois de compreender essa base, você pode se mover em muitas direções diferentes”¹⁵ (SEIDEL, 1998).

¹⁴ “*Noticing, Collecting, and Thinking*”.

¹⁵ “(...) is to show that there is a simple foundation to the complex and rigorous practice of Qualitative Data Analysis (QDA). Once you grasp this foundation you can move in many different directions”.

O processo de ADQ não foi e não é um processo linear. Apesar de basear-se em um modelo explicativo simples (“Percebendo, Reunindo e Refletindo”), o processo de fazer a análise qualitativa dos dados é complexo e pode ser descrito como iterativo e progressivo, recursivo e holográfico (SEIDEL, 1998).

É um processo a) iterativo e progressivo, porque é um ciclo que se repete continuamente retroalimentando-se. A imagem da espiral ajuda a visualizar esta característica. Por exemplo, à medida que o pesquisador está refletindo sobre os dados, ele já começa a perceber novas coisas. O pesquisador, então, coleta e pensa sobre essas coisas novas; b) Recursivo: porque uma parte pode chamá-lo de volta para a parte anterior. Por exemplo: enquanto ele está ocupado coletando coisas, pode, simultaneamente, começar a notar novas coisas para coletar; c) Holográfico: o processo é holográfico, pois cada uma de suas etapas o contém por inteiro. Por exemplo, quando o pesquisador está executando o processo de codificação, está, ao mesmo tempo, mentalmente classificando e refletindo sobre estes elementos (SEIDEL, 1998).

Portanto, neste modelo explicativo, *Noticing* refere-se ao processo de identificar elementos interessantes nos dados ao ler as transcrições. Com o uso do *software* Atlas Ti, esta etapa é realizada através da codificação de trechos das transcrições das entrevistas. A próxima etapa, *Collecting*, é executada reunindo e classificando os trechos ou códigos identificados. No Atlas Ti, isso pode ser feito através da criação de “famílias” e “*networks*”. Por sua vez, na etapa *Thinking*, o pesquisador examina as coisas que coletou e classificou. Os objetivos são: 1) dar algum sentido a cada coleção, 2) procurar padrões e relações, tanto dentro de uma classificação, quanto entre classificações e 3) fazer descobertas gerais sobre os fenômenos que se está pesquisando. Como ferramentas adicionais, o *software* possibilita a criação de diários e relatórios para que à medida que o pesquisador analise os dados, possa registrar suas impressões e interpretações dos deles.

A entrevista qualitativa produz grandes quantidades de dados e, muitas vezes, apenas uma parte deles é usada em um único projeto. Eliminar o que não se encaixa em nenhum dos outros temas e decidir quais temas funcionam em conjunto, para apoiar uma única tese, não é um processo simples. Tanto que o projeto pode possuir temas de codificação que falharam ou não se encaixaram no tema geral final e, portanto, tiveram que ser abandonados. Aqui, forneço uma descrição geral e simplificada do processo para dar uma ideia de como a análise prosseguiu e se aprofundou em cada estágio.

Para iniciar o processo, em si, de codificação, as entrevistas foram lidas repetidamente com objetivo de estar imerso em seu conteúdo de maneira integral, e não centrar a análise em apenas passagens parciais ou descontextualizadas. O fato de o pesquisador ter realizado parte

das entrevistas e revisão das transcrições ajudou na familiarização com o conteúdo delas. Posteriormente, a atenção foi direcionada a perceber as coisas interessantes que emergiam, e estes trechos foram identificados e codificados.

O processo inicial de codificação ocorreu com a nomeação mais livre das citações, em geral, mais descritivo e simples, relacionado diretamente com o sentido do trecho destacado. O *software* disponibiliza todos os códigos criados pelo pesquisador em uma lista. A partir do momento em que o uso dos códigos passa a se repetir e o uso dessa lista de códigos torna-se a operação mais frequente, realizei uma revisão da lista de códigos até então existente. O processo até esse momento de revisão da lista de códigos é chamado por autores como Frieze (2012) de primeiro ciclo da codificação.

Já o segundo ciclo demarca um tempo da codificação caracterizado pela necessidade de examinar, classificar e hierarquizar os códigos criados até o momento. Os códigos que tinham poucas citações — classificado como de baixa densidade no *software* — foram mesclados a outros códigos, mas de forma que permitissem a manutenção do seu sentido. Ainda neste ciclo, a hierarquização propicia uma melhor visualização e interpretação dos códigos. Isso é operado através da renomeação, utilizando caracteres especiais (como: /, # ...), números e letras, propiciando sua visualização ordenada e agrupada na tela no *software*. Ainda assim, alguns códigos permaneceram sem relação com os demais. Desta forma, as ligações e hierarquias entre os códigos começaram a ser tecidas. Na análise de dados qualitativos, comparei e contrastei as citações de cada código para descobrir semelhanças e diferenças e encontrar sequências e padrões.

Desta forma, adotei uma estratégia indutiva com o objetivo de estar aberto à emergência dos temas que iam sendo coletados dos dados reunidos. Trabalhei com os conceitos de “campo” e de “capital” como uma forma de acessar os dados e as linhas de investigações a serem perseguidas na interpretação dos temas dominantes. O foco específico da tese emergiu do que pode ser mais bem descrito como um processo circular de movimento entre dados e teoria, e vice-versa. Assim, as categorias analíticas como “campo” e “capital” foram introduzidas externamente, para explorar seu ajuste às observações empíricas; portanto, essas “caixas conceituais” foram preenchidas com dados coletados no campo.

Durante esse processo de análise e interpretação dos dados, a minha posição e formação na saúde ao mesmo tempo que, por um lado, facilitou o entendimento das expressões e situações compartilhadas, por outro a interpretação para identificar e agrupar dados que sustentassem uma noção disposicional como a bourdieusiana me desafiou a ampliar minha percepção da

realidade e das fronteiras entre as áreas, sem falar dos momentos de nebulosidade e angústia no processo de elaboração da tese.

Dessa forma, o movimento realizado neste estudo foi menos a aplicação de determinadas ferramentas de conhecimento à uma realidade na tentativa de encaixar esta última num determinado arcabouço teórico, e mais um movimento de aprofundamento da compreensão da nossa realidade, desvelando os sentidos naturalizados e neutralizados do senso comum. De modo que ao invés de propor “testar” uma teoria, nosso objetivo é, tomando a frase cunhada por Bourdieu, reconhecer que “a teoria da prática é diferente da prática da teoria”. Assim, não esperamos que a prática seja unicamente guiada por decisões previamente calculadas e portadoras de um conhecimento totalizante, capaz de ditar seus desdobramentos, mas, sim, resultante de uma integração entre disposição, posição e trajetória.

CAPÍTULO 4 – DISPUTAS DE CAPITAL E OS EFEITOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO CAMPO MÉDICO

No presente capítulo exploramos como os conceitos bourdieusianos podem explicar diversas práticas exercidas pelos médicos como agentes situados em um campo, e como a disputa por capital se configura no cenário do PMM na Paraíba. Dessa forma, almejamos analisar se e como a experiência da prática médica no PMM, sob seus “novos” arranjos políticos e organizacionais, afetou a maneira como os médicos pensam seu trabalho, tomam decisões e realizam sua prática. É por identificar que este é um momento particular devido à repercussão que a política provocou no jogo e no campo médico, com potencial de mudança e ameaça à manutenção das posições, que compreendemos a necessidade de analisar como as especificidades deste programa foram percebidas pelos próprios agentes integrantes do campo médico e participantes do PMM.

4.1 O PERFIL DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS

Quem são esses médicos? Buscando, inicialmente, esclarecer quem foram os nossos entrevistados, apresento os dados sociodemográficos dos agentes participantes da pesquisa. Isso inclui a descrição das características por sexo, idade, perfil educacional, experiência profissional e tempo de atuação no PMM.

Tabela 1 – Características demográficas dos entrevistados

Atributo do Participante	Frequência
Sexo	
Masculino	11 (55%)
Feminino	09 (45%)
Idade	
Até 39 anos	13 (65%)
Entre 40-50 anos	03 (15%)
Acima de 50 anos	04 (20%)
Raça/Cor	
Branco	11 (55%)
Pardo	05 (25%)
Negro	01 (5%)
Não declararam	03 (15%)

Fonte: elaboração autoral.

Olhando para as características demográficas (Tabela 1), a proporção entre profissionais do sexo masculino (55%) e feminino (45%) da amostra da pesquisa é semelhante à do perfil geral dos profissionais médicos no Brasil, com 54,4% e 45,6%, respectivamente. Todavia, a diferença entre os sexos vem caindo a cada ano e aponta para uma crescente feminização da medicina no país. As mulheres já são maioria entre os médicos mais jovens — representam 57,4% no grupo até 29 anos e 53,7% na faixa entre 30 e 34 anos. Nas demais faixas etárias, a participação dos homens é maior, aumentando a proporção masculina conforme o aumento da faixa etária (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Esta também é uma amostra “jovem”, com mais da metade — precisamente 65% —, com até 39 anos, enquanto cerca de 43,9% dos médicos em atividade estão nessa faixa etária no Brasil (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Com relação à raça/cor, nossa amostra foi representada, predominantemente, por brancos (11 ou 55%) e pardos (cinco, ou 25%). Apenas uma médica (5%) se declarou negra e outros três não declararam sua raça/cor. Em comparação com o perfil nacional, 77,2% dos médicos se autodeclararam brancos, 16,2% pardos, e apenas 1,8% negro. No Nordeste esta proporção que se autodeclara branco cai para cerca de 54% (SCHEFFER *et al.*, 2018).

A seguir, descrevo o perfil educacional dos participantes (Tabela 2). A educação médica caracteriza-se por uma longa formação, com seis anos de graduação no Brasil. Como o curso de medicina é considerado terminal no Brasil, é possível o médico iniciar sua atuação profissional de maneira autônoma logo após o término de sua graduação, desde que esteja registrado nas instituições reguladoras da profissão (neste caso, o Conselho Regional de Medicina da Paraíba). Diferentemente de outros países, como Cuba e Canadá, onde o curso de graduação pode ser até mais curto, no entanto, há a obrigatoriedade da realização da residência médica em medicina de família e comunidade. Portanto, a atuação autônoma nestes países, só é permitida após, pelo menos, a conclusão desta residência médica. Em consideração ao tipo de instituição de formação, oito profissionais tiveram sua formação em uma instituição pública, 11 concluíram o curso em instituições privadas e apenas um não informou o carácter da sua instituição. Dentre os entrevistados, 15 se formaram no Brasil e cinco no exterior (Tabela 2).

Observando as qualificações, entre os 20 profissionais entrevistados, 17 médicos tinham especialização em áreas diversificadas, como saúde coletiva, nutrologia e endocrinologia. Entre esses, oito tinham especialização em saúde da família realizadas através do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e do próprio PMM. Nenhum possuía pós-graduação *stricto sensu* e três não possuíam ainda nenhuma especialização.

Tabela 2 – Perfil educacional dos profissionais médicos entrevistados

Atributo do Participante	Frequência
País de Formação	
Brasil	15 (75%)
Cuba	01 (5%)
Bolívia	03 (15%)
Argentina	01 (5%)
Tipo de instituição	
Pública [#]	08 (40%)
Privada	11 (55%)
Sem informação	01(5%)
Tipo de Pós graduação	
Especialização*	17
Residência Médica	00
Mestrado/Doutorado	00

Destaque que em Cuba há apenas instituições públicas.

* Foram incluídas as especializações certificadas pelo PROVAB e pelo próprio PMM.

Fonte: elaboração autoral.

Tabela 3 – Experiência profissional e tempo de atuação dos profissionais médicos entrevistados no Programa Mais Médicos

Atributo do Participante	Frequência
Tempo de formação médica	
Até 5 anos	13 (65%)
Entre 6 – 35 anos	03 (15%)
Mais do que 35 anos	04 (20%)
Atuação na Atenção Básica previamente ao PMM	
Sim	12 (60%)
Não	08 (40%)
Programa Mais Médicos foi meu primeiro emprego	
Sim	08 (40%)
Não	12 (60%)
Tempo de atuação no Programa Mais Médicos	
Entre 6 a 12 meses	03
Entre 12 a 36 meses	07
Mais do que 36 meses	10

Média em meses	34,9
Possui atividades em outro(s) serviço(s) de saúde*	
Não	12
Sim (mais outro local)	07
Sim (com 2 ou mais outros empregos)	01

*Neste atributo, do total de 20 entrevistados, dois brasileiros que se formaram no exterior e ainda não haviam conseguido fazer o Revalida, portanto não podiam fazer atividades fora do PMM. Desta forma, contabilizamos 18 profissionais autorizados a desempenhar outras atividades assistenciais além do PMM.

Fonte: elaboração autoral.

A Tabela 3 demonstra a experiência profissional e tempo de atuação no PMM dos entrevistados. Treze entrevistados tinham até cinco anos de formado no momento da entrevista, podendo ser considerados como recém-formados. E na outra extremidade, profissionais com muito tempo de atuação e já aposentados, foram quatro. Entre aqueles com experiência e ainda ativos, foram três entrevistados.

O carácter de pagamento pela modalidade de bolsa de estudo do PMM possibilitou o recrutamento de médicos que já estavam aposentados. Entre os 13 médicos considerados recém-formados, oito tiveram o PMM como seu primeiro emprego. Por outro lado, os demais entrevistados já tinham trabalhado na AB previamente ao PMM. Portanto, nossa amostra foi constituída por um leque diversificado de experiências no campo médico e com agentes com diferentes níveis de conhecimento sobre o funcionamento do “jogo” deste campo.

Além disso, a maior parte dos médicos tinha mais do que 36 meses de atuação no PMM. A média de tempo de atuação dos profissionais entrevistados foi de cerca de 35 meses. Tempo este maior do que a média habitual de permanência do médico nas USF fora do Programa. O curto tempo de trabalho nas USF, principalmente dos profissionais médicos, é um problema crônico e de difícil resolução, gerando alta rotatividade destes profissionais ou até a sua ausência na USF com prejuízo à integração do trabalho em equipe e à prestação dos serviços assistenciais.

4.2 CAMPO MÉDICO – CARACTERÍSTICAS, FRONTEIRAS E CONVERSÃO DE CAPITAL

Retomando alguns componentes do conceito de campo, em Bourdieu (aprofundados no Capítulo 1), retorno a passagem na qual ele e Wacquant (1992) afirmam: “Podemos pensar em um campo como um espaço dentro do qual um efeito do campo é exercido (...). Os limites do campo estão situados no ponto onde os efeitos do campo cessam (1992, p. 100)”.

Aqui destaco, portanto, que frente à diversidade de campos existentes e a especificidade que cada um detém, o conhecimento de um campo só se torna factível através de uma investigação empírica. Pois, ao invés de considerar as suas características como intrínsecas, Bourdieu as identifica a partir das relações que sustentam aquele campo. Portanto, um campo é um espaço social com características e configurações específicas, cujas estruturas e regras que as regem dizem respeito a esse campo determinado e são irredutíveis para aqueles e aquelas que estruturam e regem as outras áreas.

Outro aspecto a ser enfatizado para identificarmos as características do campo médico é que um campo inclui todos os atores sociais que compartilham a crença de que vale a pena jogar o jogo social específico do campo — o que Bourdieu denomina de *illusio* — e que, portanto, orientam suas ações em função dessa crença compartilhada para incidir nesse jogo. Dessa forma, muito embora um campo possa ser predominantemente composto por uma categoria específica de produtores (ALBERT; KLEINMAN, 2011) (por exemplo: no campo médico, os médicos), ele também pode incluir agentes como usuários, administradores, agências de saúde, organizações não governamentais, indústrias e grupos de pressão da sociedade civil. Essa projeção nos dá a compreensão de que é impossível pensar o campo médico como autônomo e isolado, mas sim como um espaço social relacional.

Ainda de acordo com Bourdieu, não é útil que se analise o comportamento de atores individuais de forma isolada, a não ser que também se determine a posição de um ator no interior de tal campo, na qual a ação se torne significativa, em primeiro lugar. Compreende-se, assim, que o campo oferece opções para ação, mas somente algumas opções, o que significa que outras opções de ação são excluídas e que os atores estão submetidos a determinadas restrições, obedecendo à lógica da ação do campo em consideração. Essas restrições e limites influenciam em como os atores predispostos podem agir (DUBOIS, 2021; HANS; KNÖBL, 2013).

Assim, pode-se compreender o campo como um espaço social que influencia seus agentes e esses possuem determinada posição definida pela posse de capital, por consequente, as estratégias dos agentes dependem de sua posição no campo. Na seção seguinte, buscamos, através de algumas relações entre produtores do campo médico e situações de fronteira, caracterizar este campo através de seus agentes posicionados no PMM no estado da Paraíba, e na sequência, analisar se e como o PMM afetou o campo médico.

4.2.1 Relação médico e usuário

Atores sociais centrais no campo médico, o médico e o usuário compartilham a crença de que o médico tem papel central nesse campo. Como resultado, essa crença induz muitas de suas ações. Mesmo que na ESF o usuário não escolha o seu médico, eles poderiam optar pelo atendimento de outros profissionais. No entanto, a demanda é centrada no atendimento do médico, ainda que isto resulte numa longa espera e incerteza do atendimento.

No trecho a seguir as falas trazidas descrevem como suas atividades na USF são pressionadas pela alta demanda por atendimento centradas no profissional médico, gerando grande pressão e repercutindo em todos os envolvidos.

Atendimento médico. Atividades educativas, de prevenção. Palestras. Suporte a enfermagem. Orientações. Todas as medidas preventivas, eu faço, mas predomina o atendimento médico. Por mais que a gente queira sair para fazer atividades em escolas, essas atividades de promoção à saúde ficam bem complicada, acaba ficando mais voltado pra esse lado de atendimento médico, na sala. Mas eu tento fazer, né!? Principalmente nos dias de alguma palestra, eu tento falar sobre hipertensão, diabetes, pré-natal, orientações de febre amarela, doenças endêmicas... mas é mais difícil. É mais atendimento (Médica 17, 30 anos, PMM com primeiro emprego, há 41 meses no PMM).

Assim [risos], muitas coisas que a gente via não consigo pôr em prática aqui, eu não consigo parar um minuto, quando eu termino de atender já tá na hora do almoço e a tarde já tá na hora de ir, não tem muito tempo, se eu parar... Tem dia, eu tô fazendo implementação, colocação de DIU a gente tira geralmente uma manhã pra fazer isso, então essa manhã que a gente tira aí os agentes já reclamam, o pessoal já reclama porque é uma manhã que não tem atendimento, que é pra colocar DIU, a gente deixou até pra uma vez no mês pra fazer isso, porque a gente fazia, uma vez fazia o dia todo, manhã e tarde, aí eles começaram a reclamar porque era um dia todo sem atendimento, aí a gente tirou da tarde e deixou só de manhã (Médica 3, 38 anos, experiência prévia na AB, há 18 meses no PMM).

Através dos relatos dos entrevistados descrevendo como eles avaliavam a postura dos usuários em experiências — como: durante o atendimento, na espera na USF, ou até mesmo a retribuição pelo atendimento —, foi possível perceber características do campo médico e de como ele influencia e limita as ações dos agentes médicos e usuários. Os médicos parecem ter uma relação de ambivalência com posturas, por vezes, contraditórias com os usuários. No nível mais básico, a produção médica, por definição, é uma resposta à necessidade do usuário ou da comunidade. É um serviço, mas sua produção e entrega estão sujeitas à adesão dos usuários e ao seu vínculo de confiança e credibilidade no profissional médico.

Tem alguns pacientes que você se identifica muito, né!? Tem uns casos que você tem uma atenção maior, mais especial, até com se fosse uma coisa tua, sabe!? Tem alguns pacientes assim. E quando você faz este acompanhamento você faz até mais do que é a tua função, né!? Que a sua parte era só aquilo ali e você procura fazer mais. Então quando você faz, o paciente sabe que você fez isso e ele cria com você um vínculo muito grande, ele te endeusa, tá entendendo!? Em qualquer lugar que você chega dizem: “Rapaz chegou uma pessoa aqui dizendo que você é isso... que você é aquilo outro... [elogios]”. E isso para a gente é muito confortante, como também tem casos que você se decepiona. Tem pacientes que tipo, vem, você fala, você faz, faz e o paciente faz o contrário, tá entendendo!? No outro dia, ele já tá de novo, você vai chamar atenção deste paciente, este paciente já sai falando mal de você, que você tratou mal, então isso tem os dois lados. (Médico 12, 43 anos, enfermeiro, formado no exterior, não validou o diploma, PMM como primeiro emprego, 13 meses no PMM).

No modelo biomédico dominante, os médicos buscam desenvolver suas técnicas de maneira apropriada, e precisam de um usuário obediente e passivo, que siga suas orientações, sendo a argumentação contrária à opinião do médico ou à necessidade do usuário, já antecipadamente traduzida em termos técnicos — como o que acontece quando o paciente chega ao atendimento solicitando um exame ao invés de falar sobre seus medos e dúvidas —, classificadas pelo profissional como resistência ou desconfiança. Esse processo acontece de maneira pré-reflexiva, representando uma disposição incorporada, na maior parte das vezes, durante a formação médica. As citações a seguir, de falas dos médicos, expressam suas classificações sobre as ações dos usuários:

Pois é, mas às vezes é ruim porque acham que podem tudo né, que podem mandar no médico... Mas assim eu tenho uma relação muito boa de dizer o que eu quero, de falar o que eu acho, tá entendendo? Eles podem até não escutar, mas eles têm uma atenção especial, eu me dou bem com a comunidade (Médica 4, 67 anos, aposentada, pediatra e com longa experiência na ESF, 3 anos no PMM).

(...) tem a população que me acolheu bem, bem humilde, bem simpático, mas tem umas peculiaridades assim com uns usuários um pouco incompreensíveis, porque não conseguiu pegar ficha pra atendimento, ou porque quer passar na frente, ou porque discute com a recepcionista, discute com técnico, só não discute muito comigo pessoalmente. Às vezes eu faço uma conversa, converso com eles tento explicar como é que funciona, mas eles não costumam muito entender, alguns, não são todos, tem uns que não entendem. Dia de gestante hoje, só gestante. Aí às vezes chega criança... renovar receitas... a gente tem que educar a população pra fazer funcionar porque não tava conseguindo no começo. Dia de gestante era cinco gestante mais cinco geral, extra, e como eu tava me adaptando como era que funcionava eu deixava passar, aí fui organizado e tá bem (Médico 14, 26 anos, PMM como primeiro emprego, há 6 meses no PMM).

Eu só faço, praticamente, ambulatório. Isso cansa também. Eu vou, faço uma atividade extra, seria mais prazeroso, se eu fizesse um procedimento também seria mais dinâmico, sabe? Se não você fica só nesse... E você também mudar a mentalidade, a questão da prevenção quaternária, que aqui é muito. Conseguir aquele exame, que o cara a cada 3 meses, ele chegava aqui "Quero fazer exame". E você mudar isso... Tem gente que me detestava aqui. "Eu odeio esse meu médico", "Esse médico não passa remédio, esse médico passa mato". Dentro do meu entendimento, passo algumas coisas, né? Mas a minha postura... Eu sou muito conservador enquanto médico, sabe? Muita gente fica enchendo o povo de remédio. Então é quebra de paradigma, né? Diário. É difícil (Médica 18, 30 anos, PMM como primeiro emprego, há 41 meses no PMM).

Nessas falas os diferentes médicos classificaram aqueles usuários que não seguiam suas recomendações ou tiveram uma postura contestatória frente a uma negação, como teimosos ou “pouco compreensíveis”. Dessa questão, podemos destacar o conflito entre o posicionamento diferente dos agentes, traduzindo-se em um choque de perspectivas e estilos. Assim como também retrata o modelo de pouco diálogo e de acentuada crença em uma forma incorporada da prática médica, sem ter muita abertura para as demandas do usuário. Contornos esses que vão caracterizando o campo médico.

A posição do usuário mais ativa e questionadora provoca incômodo e reações diversas dos médicos. Questão, essa, vinculada à crença no seu conhecimento especializado e superior, devido ao caráter científico e essencial à vida, posicionando o médico num local de posses, principalmente, de capital simbólico frente aos seus usuários. A principal consequência é em uma relação fortemente hierarquizada, por mais que haja uma tentativa de “humanizar” o atendimento e adotar medidas de prevenção de danos pelo uso inadequado das tecnologias e medicamentos, ou “dividindo” a decisão terapêutica com os usuários.

Os relatos seguintes apontam para tensões nas relações com os usuários, particularmente entre o desejo de seguir a técnica e a cientificidade e responder às demandas dos usuários. Existe aqui um conflito entre necessidade de seguir os requisitos da ética profissional e os atuais contextos de alta difusão de informações na internet e na mídia. Embora a maioria dos médicos concorde que faz parte do seu trabalho entender as necessidades dos usuários, certos questionamentos e posturas são classificados por eles, tensionando o momento da consulta.

É como eu digo, por incrível que pareça, muitas vezes eu acho até que o médico encontra dificuldade em relação à convivência com o paciente, porque infelizmente lidar com gente é difícil. Cada um tem a sua opinião e muitas vezes o paciente chega no consultório já dizendo o que quer: “Ah, eu quero que a senhora me encaminhe pra tal especialidade”; “faça a solicitação de tal exame”; “prescreva tal remédio”. E assim, por incrível que pareça, isso aí pra

mim nunca foi problema (Médica 6, 28 anos, PMM como primeiro emprego, há 20 meses no PMM).

Fator decisivo na relação entre médico e usuários, presente recorrentemente nas falas dos entrevistados, a permanência por mais dias e por mais tempo nas USF propiciaram uma maior aproximação da comunidade, melhoraram a relação com os usuários e constituiu fator essencial para aumentar o acesso da população aos serviços da USF e aos demais níveis do sistema de saúde, ampliar o leque de atividades realizadas na USF e a integração com a equipe da AB.

Nos próximos relatos, relacionamentos com usuários nas USF são descritos:

A confiança que eles depositaram em mim foi muito grande. Que essa confiança só ganha com o tempo. Por isso que o trabalho do profissional, ele tem que ser continuado, porque não adianta esse profissional chegar seis meses, vamos dizer, cinco meses e já sai dali, não tem como ele fazer um trabalho. Que aí você vai conhecendo a comunidade, você cria um vínculo com a comunidade, e você vai, vamos supor, se criando um certo, não um afeto, mas uma aproximação com eles muito grande. Eles passam a confiar em você. Vindo de uma maternidade, de um hospital, eles confiam em mim, não confiam mais no hospital. Às vezes eles vêm pra mim, aí depois eles perguntam se pode tomar um remédio depois que eu encaminhei pra uma policlínica. Eles voltam pra mim e perguntam se pode tomar. Eu passei essa confiança pra eles, e essa confiança eles só pegam com o tempo, se ver realmente que teu trabalho 'tá sendo efetivo. Ele 'tá vendo aquilo refletindo na... 'tá havendo uma reação na vida deles. E eles passam a confiar em ti. Então, como eles confiam em mim, o que acontece: eles chegam aqui, falam tudo, eles se abrem comigo, falam dos seus problemas, contam tudo (Médico 2, fisioterapeuta, formado na Bolívia, diploma não revalidado, PMM como primeiro emprego, 49 meses no PMM).

Com a população, eu estabeleci uma boa relação desde que eu cheguei. Procurava atender eles de forma empática, que acho que isto faz muita diferença. Como se tu tivesse ali no lugar deles sendo atendida. Eu acho que esta empatia fez toda diferença na minha relação com a comunidade. Tenho uma relação muito forte com a população de lá (Médica 7, 31 anos, PMM com primeiro emprego, há 51 meses no PMM).

Um aspecto que há de se destacar é a posição consciente do alto poder e *status* do médico no campo da saúde. Como explicitado na fala abaixo, ao se dispor a “conversar” com o usuário “difícil” e que agride aos demais membros da equipe de saúde.

(...) geralmente esse usuário antes de chegar em mim, ele já esculhambou o pessoal na entrada. Já é agressivo e eu sempre peço pra que me avisem. Mesmo porque, às vezes, a pessoa chega tão educada pra falar comigo que eu não vou saber que maltrata a minha equipe. Então, esse tipo de gente, eu não

atendo assim não. Faço voltar. Eu explico o porquê. Eu sempre peço que quando chegar esculhambando, venha primeiro falar comigo porque tem gente que é muito mal educada. Esse tipo de coisa não entra na minha cabeça não (Médico 5, 31 anos, formado no exterior, validou o diploma, PMM praticamente como primeiro emprego, 24 meses no PMM).

Também é comum a crença de que a falta de adesão às orientações médicas é decorrente do baixo nível educacional de seus usuários, como se pode ver nas falas seguintes:

Já, tiveram várias. Assim, a gente vai amadurecendo a cada dia, né? Eu procuro, assim... Os alunos até perguntam "professor, como é que você consegue não perder o controle, né?". Eu digo "isso é um exercício". Já perdi o controle? Já, já, já fiz B.O. contra paciente que eu me senti agredido, mas hoje eu não gasto minha energia com coisa que não vai adiantar, entendeu? Cada vez menos porque a gente vai amadurecendo profissionalmente, a gente vai vendo as coisas por fora, vá entender a realidade do outro, entende porque a pessoa tá se comportando daquele jeito, né? Porque a gente tem uma educação, a gente tem uma base... Tem pessoas que não tem. Você não pode cobrar isso em pé de igualdade. Então, muitas vezes as situações conflituosas acontecem porque... Você não pode se equiparar a bater de... Uma pessoa que não tá no mesmo nível intelectual, de entendimento das coisas (Médica 18, 30 anos, PMM como primeiro emprego, há 41 meses no PMM).

O que é o acolhimento? Um dia você chega ali na frente, geralmente quando ingressa no ambiente de saúde você tem essa conversa com a comunidade. É explicar pra eles o que são as prioridades, porque alguns não entendem, não conhecem esse tipo, né? Você trabalhar numa zona central é diferente de trabalhar nas periferias, é um nível diferente. Eles não aceitam às vezes, não sabem o que é isso, entendeu? Tem essa parte que você tem que compreender, e muitos não compreendem. Mas não é assim, tem que se colocar no lugar da pessoa que vem pra unidade de saúde e tem que saber que a criação dela foi diferente nesse local, foi que... às vezes é por falta de formação. Acontece sim. Você chega ali e fala: as prioridades é assim, é... idosos vão entrar na frente, gestantes, crianças de colo, são prioridades (Médico 2, fisioterapeuta, formado na Bolívia, diploma não revalidado, PMM como primeiro emprego, 49 meses no PMM).

O usuário é visto como condicionado pela sua posição social pelos médicos. Esta posição apareceu tanto sendo carregada de valores depreciativos, como, também, sendo uma posição de desamparado e abandonado.

Tem algumas coisas que já me marcaram na verdade aqui em Nome do Município porque a população aqui ela é muito leiga. A gente tem muito atraso ainda aqui e, então, às vezes não é nem a população que sofre. Eles não sabem, eles não têm noção (Médico 1, 34 anos, farmacêutico, PMM praticamente como primeiro emprego, 8 meses no PMM).

aqui nunca tive nenhum problema em relação à receptividade por conta que talvez por conta, como eu te disse tava sem médico uns três a quatro meses, então a vinda de uma médica... eu nunca tive problema nenhum em relação a nada... nunca... muito pelo contrário. Ainda bem, são mais elogios, mas assim a dificuldade em você dar de cara na sua frente com pessoas que nunca nem escreveu seu próprio nome, o qual às vezes você fala uma coisa e não entende direito ou às vezes você vai prescrever eles não vão e você tem de perguntar se tem alguém na tua casa que saiba ler, que possa ajudar. Isso acontece diariamente, isso é uma coisa que ao longo desses quatro anos você vê todos os dias e lá foram sete anos e eu nunca vi um analfabeto cubano. Então, isso de cara já é um impacto porque eu via lá... porque aqui a gente vê na cédula 'não alfabetizado', só o dedinho... o polegar... e esse foi um dos impactos que eu vi, que você faz 'nossa né?', isso eu tou falando de João Pessoa que é uma capital... ali Nome do Bairro que não é tão, tão distantes... não tão no meio do nada... tamos falando de uma capital do Brasil e desse jeito entendeu! (Médica 20, 33 anos, formada em Cuba, revalidou o diploma, PMM como primeiro emprego, há 37 meses no PMM).

A falta de acesso adequado à formação escolar também foi vista como um problema social, um problema de cidadania. Assim como a prática e a “consciência”, fortemente atreladas à dimensão racional, e não considerando o aprendizado proveniente da prática e da experiência vivida.

Apesar da percepção do entrelaçamento entre as condições sociais e de saúde, tão fortemente relatadas, tanto no ambiente científico, quanto no senso comum, por meio do modelo biomédico os profissionais da saúde, inclusive o médico, são influenciados a separá-los. Isto não isenta o profissional de perceber esta conexão, principalmente nas áreas de grande vulnerabilidade social cobertas pelas USF e pelo PMM. Todavia, em decorrência das técnicas corporificadas com ausência de ferramentas e conhecimento de como lidar com a situação, a sensação de incapacidade muitas vezes é paralisante, e o médico tende a atuar na sua zona de conforto, prescrevendo exames e medicamentos. Consequente a essa divisão do modelo médico biomédico, as situações de violência, tão comuns, não são compreendidas como uma questão de saúde. São, então, classificadas como “social” e de “segurança”, cabendo aos produtores destes campos o seu atendimento.

Tento que quando eu vim pra aqui, eu tenho um genro que tem uma propriedade aqui atrás, a eu falei: “Oh fulano! Tu conhece o Mutirão?” Ele falou “conheço, fica na frente da fazenda” eu disse: eu vou trabalhar lá, ele disse “eu sabia que o senhor tava ficando velho, tava ficando doido não”. Porque aqui antigamente era muito conhecido como tráfico de drogas, ladrão, agora esse povo perigoso aqui ou morreram ou tão presos, mas aqui eles não importunam não, não andam por aqui não (Médico 13, 75 anos, aposentado, longa experiência na AB, há 66 meses no PMM).

Você entra em uma unidade desta como a da gente, que tem algumas dificuldades importantes, principalmente, na população que as vezes pressiona demais, tem casos de ameaças, nenhum profissional quer vir pra um lugar que tem ameaça, não tô dizendo que eu fui ameaçado, mas já teve relato de paciente aqui dentro, segurando pra poder sair porque tinha alguém esperando pra poder matar a pessoa lá fora, quem é daqui que sabe das histórias dificilmente vem pra cá facilmente, é como eu disse, meu coordenador disse que foram 5 entrevista e ninguém quis vim pra cá, ou queria vim se fosse horário corrido, ou menos dias na semana, se um recepcionista que é daqui e foi entrevista não quis vir, porque seria diferente do médico também né!? (Médico 14, 26 anos, PMM como primeiro emprego, há 6 meses no PMM).

Não tenho tido dificuldade não, tento tido todo apoio, a estrutura é boa, vou te mostrar o posto, a estrutura do posto é muito boa, não falta nada não, no começo eu ainda pensei em colocar pequenas cirurgias, para suturas, unha encravadas, porque eu adoro estas coisas, só que a equipe já falou “Dr. se você fizer isso aqui vai ser uma urgência, vão correr tudo para cá” e na hora que você não atender o bicho vai pegar, tá entendendo!? E é uma área de drogas, como eu te falei (Médico 12, enfermeiro, formado no exterior, não validou o diploma, PMM como primeiro emprego, 13 meses no PMM).

Podemos perceber um confronto entre a realidade das comunidades que produzem uma diversidade de adoecimento, não só relacionados com micro-organismos, mas também com condições sociais problemáticas, como situações de violência, desemprego, entre outras, que o modelo dominante da especialização e focado na doença não dão conta de responder, pelas necessidades de saúde dos usuários.

Não obstante, outro importante elemento nessa relação entre médico e usuário é o uso de tecnologias, como: medicamentos, exames e a própria internet.

Seguindo o avanço do desenvolvimento industrial, do saber e das técnicas de diagnóstico e intervencionistas na saúde, a aplicação das tecnologias na prática de saúde tornou-se irremediável. Todavia, a maneira que esta é usada está em relação direta com o modo de produção em saúde dominante. Ou seja, fragmentando, alienando, substituindo e competindo com a prática clínica dos médicos. Seu uso incessantemente incutido durante a formação nos cursos de graduação, ou durante a vida ativa do profissional, via campanha publicitária das empresas, no “corpo a corpo” e em diversas formas de patrocínio dos médicos e de suas corporações, torna-se corporificado e repercute diretamente na sua prática com os usuários.

Nos últimos congressos que eu fui foi bem animado, sabe!? Muito animado com o que eu vi, com o empenho. Até o Congresso agora não vai ter indústria farmacêutica para não ter... Eu achei super bacana isso (Médica 18, 30 anos, PMM como primeiro emprego, há 41 meses no PMM).

Se se considera que na dinâmica do campo social há dinâmicas de classificação e desclassificação das práticas culturais legítimas, as práticas de uso das tecnologias legitimadas estariam a favor da manutenção de interesses de determinados grupos. Aparentemente, a condição de utilização amplamente difundida na medicina atinge, de maneira semelhante, as mais diferentes categorias, seja por sexo, idade ou tempo de atuação no mercado de trabalho.

No espaço social do SUS, através dos seus preceitos de universalidade e equidade, torna-se possível o acesso a este poderio tecnológico a todos. No entanto, frente à necessidade de adequar o seu uso e oferta, a prática médica do não-uso da tecnologia pode ser vista como uma barreira imposta pelo médico diante do direito do usuário de acessar esta tecnologia. Assim como a prática médica menos baseada na conversa, contato com o usuário e nos conhecimentos clínicos, e mais fortemente na tecnologia agregada, promovem o descrédito na prática médica sem a tecnologia. Já pelo lado do médico, percebe-se a demanda do usuário pela tecnologia (exames, remédios, etc.) como uma afronta ao seu conhecimento. Portanto, é de se esperar um encontro com tensões e conflitos na prática médica atual.

Por exemplo, chegar a um profissional e querer exigir exame. Às vezes, eu falo, às vezes eu perco um pouco a paciente "ei, gente, isso aqui não é fast food não". Você chega aqui e pede transvaginal, abdome total etc. "Doutor, não vai passar um exame?". "Não, não precisa". A mãe de uma criança: "Ah, mas ela nunca fez nenhum exame". "Não precisa, tua bebê tá bem, o exame [físico] tá normal, se tiver um sinal ou um sintoma que você julgue que não tá bem, traga aqui que a gente avalia (Médica 18, 30 anos, PMM como primeiro emprego, há 41 meses no PMM).

Aqui... eu acho que a população é bem esclarecida por ser zona rural. A maioria tem acesso à internet. A maioria aqui chega dizendo: "ó, eu quero isso porque faz isso, isso e isso". Porque depois que criaram o Google aí todo mundo quer ser médico. A gente tenta explicar, mas, por exemplo, a maioria sempre traz exame de sangue aqui. Se eu disser que tá bom é o fim do mundo, quer porque quer que tenha alguma coisa (risos) eles sempre procuram alguma maneira de ser tratado (Médico 16, 37 anos, experiência prévia na AB, há 60 meses no PMM).

Um idoso com 92 anos, até mora aqui perto [da USF], ele veio, falou que tava com uma coccira na pele, ressecamento na pele só, aí eu peguem e levante conversei com ele, escutei o coração dele porque ele era idoso, podia ter algum achado né, e passei a mão na pele e tudo, ele tava só ressecado, só desidratado, aí sentei e ele falou "olha eu tô com 92 anos e foi a primeira vez que o médico colocou este negócio aí no meu peito", o mínimo né (Médico 14, 26 anos, PMM como primeiro emprego, há 6 meses no PMM).

Sobre o uso da tecnologia conforme a necessidade:

(...) pode ter a questão da formação profissional. Eu acho que a maioria desses médicos não trabalham assim na atenção básica, pra conhecer primeiramente. Devia ter essa experiência depois. Por isso que eu vim. Depois da formação profissional do médico formado. Eu digo, eu tenho experiência, pelo menos acredito eu que uns dois anos de atenção básica nessas periferias para também tentar se colocar no lugar das pessoas. Porque se não tiver capacidade de se colocar no lugar das pessoas, como é que esse profissional vai fazer uma boa investigação clínica? Tá entendendo? Tem que ter essa complexidade (Médico 2, fisioterapeuta, formado na Bolívia, diploma não revalidado, PMM como primeiro emprego, 49 meses no PMM).

Alguns profissionais foram menos habilidosos em entender a necessidade de saúde e os valores embutidos nas demandas por exames. Por outro lado, outros conseguiram passar a primeira etapa deste ruído na relação, construindo uma relação de confiança e vínculo.

As mudanças econômicas com agregação do uso de tecnologias são importantes, tanto na assertividade das ações em saúde, quanto na transformação da relação médico-usuário. A tecnologia altamente incorporada na prática médica e como bem acessível pelo SUS, transforma-se em artigo de tensionamento na relação médico-usuário. A “perda” da clínica sobre todo o processo de cuidado tem consequências, como a padronização das respostas, despersonalizando as relações e gerando descrédito no conhecimento clínico.

4.2.2 Escolha da profissão

Destaco que no momento em que se deu a escolha pela profissão médica, os participantes não constituíam o campo médico, portanto, estavam avaliando o jogo como “outsiders” e suas decisões foram baseadas, quase que puramente, em uma compreensão do jogo de forma abstrata. Mas isso não faz seus relatos menos reveladores, pois estes podem refletir as percepções das representações mais comumente reconhecidas da medicina fora do campo médico.

Entre os entrevistados que explicitam os interesses mobilizados na escolha profissional podemos caracterizar dois extremos. Em um dos extremos, os que afirmam um percurso que se iniciou com expectativas e motivações por uma carreira na saúde, mas que seguidas de experiências negativas e algumas frustrações, constataram o desencanto e a insustentabilidade quanto ao exercício das atividades profissionais fora da medicina. Já outros, afirmaram clareza na escolha do curso médico, sob uma aparente tranquilidade com a opção e seus desdobramentos.

Eu fui pra Recife estudar aos 15 anos de idade, fazer o Ensino Médio. Com 17 anos, eu passei na faculdade, na federal, e iniciei farmácia. (...) Quando eu me formei, tinha alguns amigos meus que faziam medicina e foi quando eu comecei a trabalhar como farmacêutico (...), daqui a pouco eu dizia: “Rapaz, se eu continuar nesse meio aqui, infelizmente, eu vou ficar muito por fora desses meus amigos.” E estava achando financeiramente prejudicado. Essa é a realidade. Eu tô sendo totalmente sincero aqui. Aí eu disse “rapaz, quer saber de uma coisa?! Vou fazer Medicina” (médico 1, 34 anos, farmacêutico, PMM praticamente como primeiro emprego, 8 meses no PMM).

(...) eu era coordenador da atenção básica, plantonista no hospital em e dava aula no final de semana, o salário era pouco e vivia no vermelho. (...) Já tava trabalhando, não ganhava estas coisas toda, mas eu não queria largar tudo. Aí, a filha do prefeito de lá foi para a Argentina fazer medicina e eu já tava por aqui [gesto de saturação] com a enfermagem já, não tava mais suportando. (...) Foi quando a filha de um conhecido foi [cursar de medicina no exterior]. Eu peguei os dados com ele. Ela tava indo com assessoria para Buenos Aires. Eu entrei em contato com esta assessoria, tinha que pagar uma quantia para ir, eles davam todo um suporte para você (...) (Médico 12, enfermeiro, formado no exterior, não validou o diploma, PMM como primeiro emprego, 13 meses no PMM).

Meu primeiro curso foi medicina, meus dois irmãos são médicos, então assim na família tem, a maioria são médicos, então já fui crescendo naquele meio né. Até que eu decidi fazer minha primeira formação, vai fazer... fez dois anos agora que eu me formei (Médica 6, 28 anos, PMM como primeiro emprego, há 20 meses no PMM).

Eu sou do interior de Goiás de uma cidade chamada *Nome da cidade* é a capital da melancia. Lá [na cidade], durante a minha infância, tinha dois irmãos médicos que eram muito respeitados. Na minha família não tinha nenhum médico, então eu via a admiração que tinham por eles e o papel importante que eles tinham naquelas pequenas cidades. Eu sempre era convidado por eles, que eram amigos da família, (...) e me dava muito bem com eles. Ficava espantado com o respeito que tinham por eles e foi, daí, que decidi. Tanto é que nunca fiz vestibular pra outras coisas. Sempre quis ser médico me espelhando neles mesmo (Médico 5, 31 anos, formado no exterior, validou o diploma, PMM praticamente como primeiro emprego, 24 meses no PMM).

Essas percepções iniciais fornecem um caminho para os ideais autoproclamados da medicina em seu estado “puro”, não modificado pelas lentes do “real”, de sua prática, muito destacadas pela sua posição de alto *status* social e alta probabilidade de conversão de capital cultural em econômico.

A partir desses relatos podemos perceber a posição de maior acúmulo de poder e capital concentrada na categoria médica, quando comparada com outras profissões da mesma área, criando uma hierarquia no campo da saúde e no sistema de saúde, constituindo características de distinção entre elas.

4.2.3 Fronteiras do campo médico: entre a clínica e a gestão do serviço

O espaço social como é a AB, em locais desassistidos como as USF do PMM, na maior parte das vezes, guiadas pelas estruturas formadas e dominantes do campo médico, limitam novas práticas necessárias para o desenvolvimento de um novo modelo de atenção à saúde, como o proposto pela ESF. Atualmente, percebe-se um enorme detalhamento das ações e oferta de serviços pelo governo federal de forma a balizar como as USF devem funcionar. Este modelo verticalizado apresenta-se como uma herança dos moldes padronizados de serviços às populações de países considerados “atrasados” e a necessidade de controle sob a ação dos agentes executores do modelo ou do programa. Comumente, os relatos descrevem as atividades de maneira tão natural que não mais as percebem como uma limitação do campo. As falas a seguir demonstram e expõem isto:

Olhe, na segunda hipertensos e a tarde é demanda espontânea. Na terça é gestante. Na quarta é criança e vacinação. Vacina todo dia, mas a gente colocou um dia só porque aí a gente ver a puericultura, né!? E a tarde é atendimento normal né!? E quinta é demanda espontânea. Na sexta eu não venho (Médica 4, 67 anos, aposentada, pediatra e com longa experiência na ESF, 3 anos no PMM).

Tem um cronograma, só que este cronograma tem o dia de gestante, tem o dia do hipertenso, cada dia da semana tem o dia de um atendimento, só que assim, vamos supor, se hoje é o dia da gestante, eu atendo as gestantes, terminou o atendimento das gestantes se alguém precisar de atendimento eu vou atender, tem uma demanda marcada e terminou a demanda marcada, vamos supor, hoje é o dia da gestante, então se a gestante chega depois então ela vai passar na frente porque hoje é o dia dela, aí eu terminei o atendimento da gestante se tiver algum paciente precisando de atendimento a gente vai atender (Médico 11, 40 anos, experiência curta na AB, há 42 meses no PMM).

É organizada assim, de manhã cedo terça-feira é só gestante e pré-natal, a tarde é atendimento geral, demanda espontânea, quarta-feira de manhã é só hipertenso e diabético, a tarde é pré-natal também, quinta-feira de manhã visita domiciliar, paciente acamados, que não podem vir a unidade, que alias são muitos, quinta-feira a tarde atendimento geral, sexta de manhã puericultura, e na sexta-feira a tarde é saúde mental (Médico 14, 26 anos, PMM como primeiro emprego, há 6 meses no PMM).

Podemos perceber tanto um modelo estruturado pela política da ESF, como a presença de um agente relativamente novo na ESF, o gerente da USF. Tanto dentro do sistema privado, como do sistema público, o capital cultural profissional está em jogo nas lutas pelo controle, o que pode ser bem percebido nas relações entre médicos e gerentes. Os gerentes instalam técnicas disciplinares, como rotinas de trabalho e mecanismos de avaliação, a fim de controlar

os comportamentos dos profissionais. No entanto, de uma perspectiva bourdieusiana, tal “perseguição” deve ser vista como um estado permanente, ou talvez como um desafio bem-sucedido às noções legítimas do capital cultural incorporadas.

Paradoxalmente, a profissionalização do gestor é, ela própria, parte da pressão sobre o capital simbólico das profissões, não apenas porque os profissionais sofrem pressão dos gestores, mas também porque constitui uma nova expansão do uso e da reivindicação do capital profissional. No entanto, o *status* profissional é o que os administradores parecem aspirar (SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011).

Nos debates atuais, o gerencialismo¹⁶ está mais associado ao capital econômico. Mas quando os gerentes buscam capital simbólico, eles voltam às formas institucionalizantes de capital cultural. As escolas de administração são um exemplo pela excelência na conversão de capital econômico em capital cultural: o uso do capital econômico para acessar estas instituições educacionais torna-se uma forma de gerar capital cultural (diplomas e certificados). A contradição disso é que leva a uma possível desvalorização desse capital simbólico, uma vez que é crucial para o valor simbólico do capital profissional que sejam mantidas as condições de relativa escassez (SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011).

O fato de médicos trabalharem sob intenso processo de gerencialismo propicia um menor escopo e menor liberdade para o surgimento de novas práticas ou práticas minoritárias necessárias para a reinvenção de um modelo de saúde norteados pela AB e pela ESF.

Os relatos ilustram o conflito entre as reivindicações de autonomia e *status* frente a essas configurações, e mostram que a representação de uma profissão como autônoma esconde a importância dos capitais e do *habitus* dos atores para sua produção do cuidado. As reivindicações autônomas da medicina associam-se à posse de capital econômico e cultural. Por sua vez, as práticas classificatórias e desclassificatórias decorrentes desta estrutura produzem a fragmentação, não só da medicina, mas do cuidado em saúde, e tensionamentos nas relações entre os próprios profissionais e entre profissionais e usuários. As interferências sobre a sua prática restringem a atualização das expectativas, demonstrando que esta última carece do tipo de autonomia assumida para sustentar o poder da profissão de operar independentemente de preocupações não-médicas.

Os relatos também nos permitem desvendar a operação das forças econômicas e culturais dentro e fora da medicina e suas interseções. Ao nos concentrarmos nas relações

¹⁶ Adotamos a definição de gerencialismo de Terra e Campos (2019), que diz que a organização do trabalho passa a ser unilateralmente definida pela gestão através de modelos fordistas de produção com a definição de metas e resultados esperados.

envolvidas, podemos explorar os mecanismos pelos quais a lógica do campo econômico passa a se imprimir na medicina. A exploração detalhada apresentada nesta seção ilustra, no nível micro, como ideais e prioridades médicas respondem a essas pressões, e mostra que os efeitos não se restringem a mudanças nos limites de autoridade e nem operam uniformemente em todos os agentes do campo.

Na unidade foi bem dinâmica, quando eu entrei lá na unidade do Nome da USF, a unidade era uma coisa, hoje tá bem diferente, houve assim um processo bem dinâmico. Mudou muito! Antigamente a gente tinha duas apoiadoras que chamava, que era a pessoa que coordenava, chefiava a unidade, e quando eu entrei era uma coisa muito burocrática, rigoroso, cumprir horário, e era uma coisa que não andava muito bem, eles exigiam muito na época, as que era de lá. E ao mesmo tempo que exigiam muito, elas não eram resolutivas. Já hoje é bem diferente. A minha unidade é, tanto que quando eu entrei teve turno de eu atender 30, 35 pessoas por turno... Era assim, um pouco desorganizada a dinâmica. Já agora, bem diferente. A Gerente é uma pessoa bem flexível e muito resolutiva, muito, ela trata de forma igual tanto a pessoa da limpeza quanto o médico, não têm privilégios, e agora a minha dinâmica de trabalho é bem diferente, eu atendo no máximo 15, quando dá muita gente 16 por turno (Médica 17, 30 anos, PMM com primeiro emprego, há 41 meses no PMM).

Assim vê-se como a noção clássica de profissão é incapaz de considerar a hierarquização interna da medicina. Frequentemente, a medida de sucesso no campo, é encontrada nas estratégias diante do jogo no campo da medicina e no tipo de sua prática. Então, entende-se por hierarquização dentro do campo, agentes com posse de maior capital simbólico, que são os que detêm forte influência nos demais agentes e no campo. As evidências apresentadas aqui mostram que os médicos no PMM agem sob forte influência do campo da medicina e estão sujeitos a diferentes pressões. Embora nenhuma parte do campo seja completamente imune à invasão de valores não-médicos, o PMM apresenta sua configuração e *status* tensionados constantemente em sua prática cotidiana.

4.2.3.1 *Relação entre gerentes e médicos: disputa por capital profissional*

Um *habitus* profissional consiste em predisposições que simultaneamente reproduzem e manipulam as fronteiras de uma ocupação, tanto dentro de um campo profissional específico, quanto no campo mais amplo de poder em que esse campo profissional está situado.

Além disso, o capital profissional é um recurso escasso (SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011). E para que o capital profissional funcione como capital simbólico, seu acesso precisa ser restrito com base na dominação sobre campos ocupacionais sem o *status*

simbólico de “profissão”. Essa dominação em si é baseada no reconhecimento compartilhado da legitimidade do capital profissional como capital simbólico.

Ao competir por *status* simbólico com outras ocupações, uma profissão é estruturada como um subcampo do campo do poder, capaz de reivindicar tal *status* na forma de capital profissional, reconhecido como tal por outros no campo do poder, incluindo ocupações que reivindicam sem sucesso esse reconhecimento (SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011). É por isso que as profissões tradicionais ainda são mais facilmente visíveis como tais. Em geral, elas ocupam posições nos campos das sociedades que ganharam destaque durante a crescente diferenciação do trabalho durante o século XIX.

Podemos apontar que o conteúdo específico do campo de uma determinada profissão ou a própria referência da ideia de uma “profissão” específica está continuamente em jogo dentro de um campo profissional específico. Mas a ideia de uma “profissão” marca não apenas um campo em si, mas, ao mesmo tempo, uma diferença dentro de um sistema relacional de posições mais amplo. A noção de Bourdieu do campo de poder nos permite ver as profissões como campos de posições aninhados dentro de um campo geral de poder. Dentro de tal análise, se destacariam as lutas sobre o conteúdo formal da forma legítima da “profissão”, em todos os campos profissionais e vis-à-vis outras ocupações (SCHINKEL; NOORDEGRAAF, 2011).

Os campos profissionais podem, portanto, estar em competição com os campos não profissionais, e tais conflitos podem derivar do fato de que o que é capital simbólico para um campo é simplesmente outra forma de capital cultural, social ou econômico para outro. Nesta perspectiva de Schinkel e Noordegraaf (2011), as profissões são, então, redes de posições que reivindicam capital profissional com sucesso, e que, ao fazê-lo, são capazes de dominar as ocupações que não tiveram sucesso.

4.3 TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

O modelo da Atenção Primária de Saúde (APS) ou Atenção Básica de Saúde (AB) no SUS é desenvolvido por meio da ESF e sobre o pressuposto de uma atenção integral à saúde. Sua característica de porta de entrada preferencial para o sistema de saúde exige um alto grau de cobertura e capilarização em todo território.

A ESF foi, inicialmente, apresentada no formato de programa em 1994, baseado nos moldes de programas verticais, muito tradicionais no Brasil e em recomendações de organizações não-governamentais de saúde (ex.: OMS, OPAS, etc.). Isto significa que já havia um desenho bem estruturado e predefinido pela direção do Sistema de Saúde, descrevendo objetivos, metas e normas para o funcionamento nas USF.

Em 1997, o Programa de Saúde da Família recebe o *status* de Estratégia, tendo seu modelo de assistência baseado na vigilância de saúde e constituindo o alicerce para do funcionamento do SUS. Assim, a AB passa a ser a “espinha dorsal” do SUS, assumindo o papel de porta de entrada no sistema e a realização da coordenação e continuidade dos cuidados em saúde dos serviços oferecidos no SUS. Dessa forma, o programa, que inicialmente centrava-se na oferta de serviços de saúde materno-infantil às populações pobres ou em situação de risco, tornou-se a principal estratégia de estruturação do sistema de saúde brasileiro.

No entanto, em meio a reformas guiadas por preceitos neoliberais, a herança de grandes fomentos ao setor privado e a prática médica dominante, baseada na especialização e no uso de tecnologia, fez com que a prática necessária para o desenvolvimento da ESF ainda estivesse sendo estruturada e em disputa por espaço frente às forças adversas para o seu desenvolvimento.

As equipes de saúde da família (eSF) são organizadas multiprofissionalmente, formadas, geralmente, pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), com um território e população determinadas de 600 a 1000 famílias adscritas. Têm como objetivo central a prestação de assistência integral, contínua e coordenadora do cuidado, almejando responder às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, tendo a família como unidade central do cuidado. Para atingir tais objetivos, visa-se o desenvolvimento do modelo de vigilância à saúde, caracterizado por uma atuação multidisciplinar, com processos, diagnósticos da realidade local, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, com compartilhamento do processo decisório, além da abertura e realização do controle social.

Essa proposta constitui-se em um importante desafio com a construção de uma nova prática, já que se posiciona como uma ruptura com o modelo assistencial dominante. Prática, esta última, ensinada e praticada, principalmente, em hospitais. Ícone legitimado, os hospitais ainda se caracterizam como o principal espaço para a prestação de serviços e para a formação médica. Se nos perguntássemos: qual é a sua lógica organizacional e assistencial? Rege a lógica dominante da especialização. Entre os seus desdobramentos, temos: uma prática que valoriza a clínica centrada em “procedimentos tecnológicos” e que pouco cultiva aquela clínica “trabalho-humano concentrada”; a concentração em uma certa fase do processo saúde-doença, assumindo casos de difícil diagnóstico ou tratamento e considerando o comum e prevalente como de menor importância; a necessidade de operar com alta e veloz incorporação de tecnologia, acentuando o grau de fragmentação do processo assistencial (CAMPOS, G. W. de S., 1999). Em resumo, uma prática biomédica, especializada e hospitalocêntrica. Ademais, ao desafio de romper com essa prática dominante na dimensão clínica do cuidado, ainda se acrescenta o em curso cenário

profundamente influenciado por esse modelo, que se ramifica em outros setores, como na gestão dos serviços e dos sistemas de saúde.

Se por um lado, na esfera da política de saúde, houve a ampliação do acesso e a estruturação dos serviços de AB, visando garantir o direito à saúde, por outro, a existência de diferentes modelos de AB e as próprias políticas de recursos humanos guiadas por conceitos gerenciais em saúde aplicam dimensões de complexidade e interferência no campo e na prática em saúde.

Nos últimos anos, entre o leque de serviços e atividades propostas para serem executadas pela AB, estão compreendidas desde ações intersetoriais de promoção à saúde e prevenção de doenças, passando pela coordenação e integração da assistência com os outros níveis de atenção (por exemplo, atenção especializada e hospitalar), até realização de procedimentos mais intervencionistas (como a colocação de dispositivo intrauterino – DIU) e o uso de tecnologia (como fornecimento de resultado de exames por telemedicina), objetivando alcançar altos níveis de resolutividade e eficácia. Isto resulta numa grande expansão e diversificação dos serviços prestados, ao se comparar com o foco nas ações de vacinação e materno-infantil anteriormente centrais na AB.

É notável que tanto as atribuições dos profissionais, quanto o processo de trabalho da equipe têm passado por modificações significativas. Estas, induzidas tanto por questões internas, motivadas pelas disputas pelo capital simbólico dentre e entre as profissões (CHARLES-JONES; LATIMER; MAY, 2003), quanto por questões externas, como as modificações impostas pelos modelos gerenciais de saúde com incorporação da lógica do menor custo e a desresponsabilização do Estado, que contribuem para a tecnificação do agir em saúde ao resumir o usuário às suas queixas sintomáticas (CHARLES-JONES; LATIMER; MAY, 2003; MERHY; FRANCO, 2005; MOROSINI, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2017).

Em algumas situações, como, por exemplo, na atenção à saúde indígena, este modelo dominante de prática médica e de gestão do trabalho deixam ainda mais expostas as suas limitações. Em sua pesquisa, Ribeiro e colaboradores (2017) demonstraram que para os serviços de saúde indígena, estatal não é sinônimo de público, pois o setor privado e sua lógica são dominantes mesmo nestes aparelhos estatais (RIBEIRO *et al.*, 2017). A incorporação da lógica da lucratividade ou do interesse pela posse de capital financeiro contribui para a tecnificação do agir em saúde, com pouca valorização das necessidades dos usuários. Por conseguinte, o espaço do cuidado na instituição é permeado por tais forças, que podem ser antagônicas às subjetividades dos agentes e ao cuidado integral.

Somam-se a esse contexto, a burocratização da gestão da assistência e a rigidez da atuação governamental, influenciando diretamente na forma de organização do trabalho em saúde (RIBEIRO *et al.*, 2017). A imposição às equipes de normas administrativas e padronizações técnicas aponta para a existência de esquemas verticais de poder fundamentada na ideia de controle e previsibilidade do trabalho a ser executado. Esse sistema de organização do trabalho tem como ideia central a otimização do agir do trabalhador, que será mais produtivo se seguir uma linha de produção doutrinada com o mínimo de distração.

Assim, diante de tais contingenciamentos, o profissional de saúde é conduzido a prestar assistência fortemente técnica e biomédica, o que gera fortes limitações para o trabalhador promover o cuidado pautado nas necessidades e valores de seus usuários (MERHY; FRANCO, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2017), cerceando a capacidade criativa e a potencialidade do trabalhador.

Considerando tal discussão, afirma Machado (1995):

Desta forma, impõe-se limites a uma prática autônoma diante das situações cotidianas. O médico que, mesmo na casa do paciente, podia solucionar muitos problemas, distancia-se desta possibilidade, requerendo progressivamente o apoio de uma estrutura complexa, normalmente hospitalar, onde estarão à disposição exames e tecnologia que sozinho é incapaz de manter. Como sua formação é primariamente de um especialista, não há muitas condições onde a criatividade possa auxiliar na ruptura dessa dependência (p. 107).

Dessa forma, o modelo e a forma de uma prática que objetificam o sujeito são introjetados no corpo dos profissionais médicos durante a sua formação, constituindo um *habitus* profissional. Este modelo de prática também é reforçado pelas práticas gerenciais, que cada vez mais se assemelham aos modelos industriais de linha de produção, sem espaço para o diálogo entre os sujeitos, e a ideia da prestação de serviços médicos altamente associada à tecnologia, com descrédito em sua prática clínica e muitas vezes se assemelhando a uma relação mercantil de consumo de exames. Em outras palavras, é a estrutura estruturada reforçando seu *modus operandi* e a estrutura estruturante atuando na corporificação dessas disposições dominantes, atuando, assim, na manutenção do domínio desse modelo de prática.

A partir de nossa ida ao campo de pesquisa e dos dados empíricos colhidos e analisados, nas seções subsequentes descrevemos a prática dos médicos que se inserem no PMM na Paraíba. Isso nos propicia uma aproximação mais aprofundada nessa realidade específica e nas repercussões do Programa na saúde local.

4.4 A SINGULAR DINÂMICA DO “JOGO” NO CAMPO MÉDICO

Como vimos no Capítulo 2, o PMM conseguiu aumentar a quantidade de médicos atuando na AB e, como resultado, alavancar a expansão da cobertura da ESF nos municípios que aderiram ao Programa. Para que isso ocorresse, foi necessário que o campo burocrático interferisse no campo médico, visto as características dominantes no campo médico como: i) a tendência do médico em tornar-se subespecialistas; ii) atuação concentrada nos centros urbanos, ambiente hospitalar e na esfera privada.

Dessa forma, nosso objetivo aqui é o de explorar como a implantação do PMM afetou as disputas no campo médico. Sendo assim, faz-se necessário que entendamos o “jogo” no campo da medicina e suas disputas empiricamente. Sugiro que examinando os interesses expressos nas entrevistas, em passagens como as que trataram sobre a escolha da profissão e o ingresso no PMM, assim como suas percepções da importância da medicina e da relação com a equipe de trabalho, convieram tanto para a compreensão do *habitus* e do capital que está em disputa no campo médico, como para notar as limitações impostas pelas condições objetivas e configurações dos campos médico e da fração do campo burocrático envolvido.

4.4.1 Distribuição de capitais e a hierarquia no campo médico

4.4.1.1 A posição da medicina de família e comunidade no campo médico

Muito embora o sistema de saúde brasileiro necessite de médicos qualificados para estruturar uma AB capaz de efetivar a universalidade do acesso, ainda se formam mais especialistas e subespecialistas para atuação em âmbito hospitalar do que para atuar na AB. Os desdobramentos da valorização da subespecialização no campo médico podem ser observados já durante a formação médica na graduação, e se fazem presente em diferentes campos, promovendo e reproduzindo a permanência dessa configuração, tema que será discutido na seção 4.4.1.2.

Para retratar um pouco esta valorização das subespecialidades, podemos tomar como exemplo a situação da residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC)¹⁷. Essa teve seus locais de treinamento expandidos como resultado do crescimento da cobertura da ESF e

¹⁷ A então chamada Medicina Geral Comunitária (MGC) teve seus primeiros programas de residência em 1976, em Pernambuco, Porto Alegre e Rio de Janeiro. Esta especialidade sofreu resistência tanto de setores da sociedade identificados com uma ideologia liberal, quanto de setores progressistas. Para o movimento de saúde coletiva, a medicina comunitária era identificada como proposta política reducionista de agências financiadoras internacionais para a área da saúde pública. Esta resistência culminou com a quase extinção de seus programas na década de 1990, em função do corte de todas as bolsas que eram destinadas a esse fim.

de políticas indutoras do MS. O número de programas de residência na área passou de 28 em 2002, para 65 em 2007, com o devido aumento de vagas de 185 para 560. Apesar deste crescimento, proporcionalmente a participação ainda é pequena e insuficiente, já que o número de equipes de saúde da família cresceu de 16.698 para 27.324 no mesmo período (MELLO *et al.*, 2009, p. 465).

Além disso, mesmo diante desta expansão, a oferta de vagas para MFC era menor que as demais especialidades. Somando-se à baixa oferta, seus programas encontram dificuldade em preencher as poucas vagas. Essa ociosidade se torna ainda mais relevante quando levamos em consideração o alto grau de procura pelas demais especialidades (SARTI *et al.*, 2021).

Comparando o cenário nacional com o da Paraíba, entre os anos 2010 e 2017, enquanto a taxa de ocupação das vagas em MFC no Brasil estava em torno de 35%, na Paraíba encontrava-se em torno de 87%, ou seja, 2,5 vezes maior do que a nacional (BARRÊTO *et al.*, 2019). Destacamos que a taxa de ocupação entre os anos de 2013 e 2015 apresentava tendência de queda, que fora revertida após implantação de novas ações de indução de expansão da residência em MFC propiciadas pelo MS, principalmente, através do PMM. Outra possibilidade para o ingresso em uma residência médica é entrar diretamente no mercado de trabalho, em definitivo, ou para prover algum acúmulo financeiro antes de optar por uma especialidade, sendo a ESF o âmbito mais frequente para acolher esse profissional. Outra situação também comum na AB é a atuação de médicos aposentados. Dessa forma, a ESF ficou fortemente marcada por apresentar um perfil de médicos recém-formados e médicos aposentados, com poucos profissionais dedicando sua carreira profissional a atuar na ESF ou o período mais fértil de sua trajetória profissional. Consequentemente, a ESF é vista como um local de baixa complexidade médica, com profissionais mal treinados e desestimulados na profissão — pejorativamente, um médico de “segunda classe” ou “uma medicina simplificada, bem como a uma modalidade particular de serviço social” (MELLO *et al.*, 2009). Aqui há de se destacar a presença de um juízo de valor pejorativo à atuação na AB, funcionando como baixo capital simbólico em comparação com a subespecialização.

Muito embora o sistema de saúde brasileiro necessite de médicos qualificados para estruturar uma AB capaz de efetivar a universalidade do acesso, ainda se formam mais especialistas e subespecialistas para atuação em âmbito hospitalar do que para atuar na AB. E como vimos na seção anterior, os desdobramentos da valorização da subespecialização no campo médico podem ser observados já durante a formação médica na graduação, e se fazem presente em diferentes campos, promovendo e reproduzindo a permanência dessa configuração.

4.4.1.2 Hierarquia e práticas no campo médico

O ingresso no campo médico faz o agente perceber as regras do jogo, o que significa que o agente percebe as posições objetivadas nesse espaço social, consequentemente, a sua hierarquia interna e o capital simbólico do campo.

Ao notar as posições objetivadas, a hierarquia no campo médico pode ser explícita, como podemos observar nos relatos dos médicos entrevistados que atuam no PMM ao se referirem a situações como: relatos dos usuários sobre como médicos especialistas caracterizam de maneira pejorativa o encaminhamento de um médico atuante no PMM, e no tratamento com posturas extremas, seja com indiferença, “desconhecimento” ou superioridade por seus pares profissionais em relação à prática na AB. A fala a seguir expressa a hierarquia entre médicos especialista e médicos do PMM:

(...) cheguei a encaminhar um paciente (...). Por mais que o médico lá te criticar, ele não foi tão sábio que ele fez aquela crítica, mas ele não pensou que os familiares vinham pra cá reclamar dele pra mim, e eu ficar contra ele e eles ficarem do lado dele. Eles falaram pra mim: ‘Oh, doutor, a gente foi lá, ele aceitou a minha mãe, só que ele pegou seu encaminhamento, rasgou na nossa frente e disse: ‘Isso aqui não vale nada, isso aqui não é médico, não’ e jogou do lado. Você tá entendendo!? (Médico 2, 41 anos, fisioterapeuta, formado na Bolívia, diploma não revalidado, PMM como primeiro emprego, 49 meses no PMM).

(...) não sabe o que o médico de família faz. Primeiro que a especialidade não é conhecida. Quando eu falo a minha especialidade: “o que é medicina de família? É clínico geral? Não, não é clínico geral. Então as pessoas nem sabem o que é medicina de família. Os próprios colegas não sabem, você tá entendendo? (...) Precisa de um empenho (Médica 18, 30 anos, PMM como primeiro emprego, há 41 meses no PMM).

Eu vejo a diferença. Nós já tivemos perdas, mas assim... a gente foi atrás da história e quando veio os grandes homens pra falar com a gente, os professores que vem falar com a gente, tudo é da gente. É do PSF... a culpa é sempre da gente. Teve uma reunião que eu não fui, graças a Deus, com as enfermeiras que muitas delas saíram chorando e não tiveram oportunidade de dizer nada porque a culpa é de vocês. “A culpa é de vocês! Vocês não fazem isso bem-feito! Vocês não sabem fazer pré-natal!” Então o pré-natal a gente pede a Deus para não acontecer nada com a gestante. Não temos referência. Nem assinar as vezes, pra gente saber que foi visto por alguém, por um professor... muitas vezes nem assinam. Principalmente no HU. (...) “Quem foi a médica?”, não tem assinatura no cartão da gestante (Médica 19, 67 anos, longa experiência na AB, há 58 meses no PMM).

Nessas passagens podemos notar a presença de uma relação de dominação dentro de uma rede hierarquicamente estruturada, quando, por exemplo, a médica se refere a outros

colegas médicos como “os grandes homens... os professores”, e na desqualificação do encaminhamento de um médico formado no exterior sem validação do diploma e atuando no PMM.

Essa relação de dominação também surgiu em outras falas, como a seguinte:

No meu caso eu vim [aposentada]. Mas se você começa no PMM quando você termina, sem fazer uma residência sem nada, eu acho que não é muito bom. Porque quando terminar os seus 3 anos, você realmente terminou. Fez uma especialização, uma coisa; mas você perdeu muito em relação aos seus colegas que não fizeram [não aderiram ao PMM], tá entendendo!? Ou avançaram. (...) O problema do PMM é bom para a gestão, porque vai ser sempre sendo substituído os médicos né!? Mas para o médico em si ele, eu não acho que é muuuuito bom não, por conta disso. (...) Eu não porque já sou aposentada, de alguma maneira não tô lutando muito mais pelo meu ganha pão. Aí eu acho meio complicada a situação do médico da família é ruim, neste sentido, né!? (Médica 4, 67 anos, aposentada, pediatra e com longa experiência na ESF, 3 anos no PMM).

A constatação de que cursar uma residência médica reconhecida e certificada pelos órgãos oficiais, pelo campo médico e pelo mercado é um meio de buscar uma melhor posição no campo médico e no mercado, seja pela posição da subespecialidade no campo, seja pela possibilidade de ascender em sua trajetória profissional através da posse de capital simbólico corporificado nessas subespecialidades, existe. Este aspecto destacado das falas nos faz perceber a estrutura estruturada e estrutura estruturante da relação hierarquizada entre médicos que atuam na AB e subespecialistas, em torno da posse de um capital específico valorizado no campo médico: o conhecimento técnico especializado e legitimado pela fração dominante do campo.

A despeito dessa médica relatar ser detentora de uma certificação de especialista em pediatria¹⁸, ela possui uma rentabilidade baixa. Assim, mesmo com sua experiência em instituições hospitalares e na área, a médica optou por trabalhar na ESF em paralelo com sua atuação em outros locais. Em seu relato, ela caracteriza a pediatria como “o fino do fino”, referindo-se a um sentido de baixo reconhecimento e baixa remuneração ao trabalho do pediatra e a busca pelo ESF seria uma forma de aumentar seus rendimentos e trazer uma segurança financeira.

¹⁸ Especialidade geral que se caracteriza por possuir uma prática predominantemente clínica e voltada para a relação com o paciente e apresenta um consumo baixo de exames e procedimentos seja no diagnóstico, seja no tratamento das doenças.

Ao afirmar que o médico que adere ao PMM sem uma especialização prévia estaria se prejudicando, ela termina por ratificar, de maneira não-refletida e naturalizada, a lógica da valorização das subespecialidades. O movimento e as escolhas da médica refletem uma aceitação da sua posição de inferiorização no campo médico e suas decisões tendem a exprimir um uso instrumental da prática na AB, ao invés de uma prática de contraposição e contestação ao modelo dominante.

Esta relação entre a medicina de família e comunidade e as especialidades caracteriza-se não só por disposições objetivas em virtude do maior acúmulo de capital pelos detentores de uma subespecialização, mas também por disposições subjetivas, como presentes no próximo depoimento, que se corporificam através de um sistema classificatório simbólico que funciona como um mecanismo de manutenção das regras vigentes no jogo no campo médico.

Segundo a classificação de Machado (1997) sobre o tipo de prática das especialidades médicas, a medicina de família e comunidade ou medicina geral e comunitária, como era conhecida na sua fundação, segue as características do modelo cognitivo. Seja pela priorização da clínica, seja pelo uso em menor grau de tecnologias associado à sua assistência, este tipo de prática sofre influências depreciativas no próprio campo médico, explicitando a posição de dominada na hierarquia interna ao campo médico.

Em trecho do depoimento do Médico 2:

(...) lá [na Bolívia] os hospitais em que nós estagiamos são grandes centros, não são pequenos hospitais como o de Cajazeiras. Eu não vejo o hospital de Cajazeiras preparado pra ter uma qualificação (...). Porque nós temos que ver todas as especialidades: gastroenterologia, gineco-obstetrícia, cirurgia, todo tipo de procedimento (...). Então, eu acho que o médico tem que passar por tudo isso aí (Médico 2, fisioterapeuta, formado na Bolívia, diploma não revalidado, PMM como primeiro emprego, 49 meses no PMM).

Ele expõe as disposições das subespecialidades como estrutura estruturada e estrutura estruturante no curso de medicina. Ele descreve tanto a organização do curso baseado na prática subespecializada e em hospitais, como a incorporação dessas disposições no seu sistema classificatório para avaliar a qualidade da formação provida em outro curso de medicina. Há de se perceber que ao tomar a formação por especialidades e em ambiente hospitalar e não se referir ao espaço da AB, o médico reforça as disposições dominantes e como sua corporificação opera no espaço social para a sua reprodução e manutenção. Assim, notamos como o capital cultural institucionalizado pela especialidade e atuação hospitalar termina por moldar a prática na AB ao ser reconhecida como a base do conhecimento e atitudes do médico legítimo. Mesmo

sendo a maior parte dos problemas de saúde abordados através da prática ambulatorial, é a prática hospitalar e subespecializada aquela com maior detenção de poder.

No início da minha carreira, o médico tinha uma formação mais hospitalocêntrica. Ele não pensava em ir pra saúde pública. Ele fazia especialidade como: gastro, cardio ou neuro. Inclusive as principais cadeiras na área da saúde pública eram optativas. Eu tive o primeiro contato com saúde da família e atenção primária após o término da faculdade. Eu e vários colegas a gente foi pro Ceará pra atuar na saúde da família no estado no Ceará. Lá, o município que a gente atuou ofereceu a especialização de um ano na escola de saúde pública do Ceará onde desde então é uma das áreas que atuo também. Atuo na atenção primária. Desde quando terminei [a graduação em medicina], há 20 anos (Médica 9, 49 anos, especialista em MFC, longa experiência na ESF, 28 meses no PMM).

Na entrevista da Médica 9, as passagens “as principais cadeiras na área da saúde pública eram optativas” e “o médico tinha uma formação mais hospitalocêntrica. (...) Ele fazia especialidades como: gastro, cardio ou neuro”, nos dá indícios de como essas práticas se distribuem no campo, sendo a saúde pública (aqui incluída a MFC) representante de uma prática inferiorizada e dominada.

Em falas como essas podemos evidenciar, mais uma vez, como o capital, nesse caso o capital cultural institucionalizado através da especialização, torna-se um “trunfo” reconhecido no campo médico e no campo da saúde. Isto confere poder e características de distinção para os agentes e melhor posição no campo.

A escolha da especialidade médica é um fenômeno que concentra uma série de interesses e da própria *illusio* do agente sobre o campo. Nessa “escolha” podemos identificar fatores relacionados com a trajetória de vida do agente, com sua posição no espaço social e até com seu *habitus* corporificado (LUKE, 2003; YANG *et al.*, 2019). Assim, a especialização torna-se elemento de distinção dentro do campo médico e, consequentemente, algumas áreas tornam-se mais atrativas que outras do ponto de vista de *status*, rendimentos e disponibilidade de acesso.

Também citado na fala da Médica 9, é importante destacar, o papel de vanguarda de fração do campo burocrático no estado do Ceará como polo formador voltado para a implementação da ESF, que já se apresentavam nas práticas do Programa de Agentes Comunitários e de uma modelo de assistência à saúde preconizando a AB.

No decorrer de sua entrevista, a Médica 9 relata o seu interesse pela MFC mesmo em meio ao bombardeamento de influencias dominantes das subespecialidades:

A questão do perfil. Você gostar de saúde pública, se identificar com a especialidade, né? Eu, além de me identificar, acho também fantástico esse trabalho de atenção primária e você dar conta de tantas especialidades, né!? Ter o conhecimento e saber resolver tanto os problemas, né!? Então, isso é um grande desafio pro profissional. Embora um desafio de poder resolver e também a angústia de não poder resolver porque tem a atenção secundária e terciária, né!? (Médica 9, 49 anos, especialista em MFC, longa experiência na ESF, 28 meses no PMM).

De maneira similar a ela, a Médica 8, mesmo também não tendo almejado ser especialista em MFC ou ter concluído o curso médico tendendo a ingressar na saúde pública, teve seu interesse pela área (em sua fala entendida como sinônimo para MFC) acionado durante sua prática no PMM, como vemos no trecho abaixo:

(...) PMM tem sido maravilhoso, quem me pergunta se vale a pena eu digo que é maravilhoso eu sempre olhe gente eu sou bem realizada com o programa (...) O PMM realmente, assim, me fez amar a saúde pública amar isso aqui! Eu amo essa cidade que eu não tinha nenhum vínculo com a cidade, agora eu me sinto da cidade, se alguém me perguntar eu sou Guarabireense e Pompalense, eu tenho o coração lá e o pé cá! (Médica 8, 39 anos, especialista em MFC, PMM como primeiro emprego, 42 meses no PMM).

Portanto, nesses dois relatos podemos destacar a importância da movimentação dos agentes e das disposições referentes à prática na ESF como indutor para a adesão de outros profissionais. Em meio ao campo médico dominado pela prática hospitalar, a prática na AB e movimentação dos agentes com essas disposições no fortalecimento de sua dimensão estruturante, caracterizam-se como uma prática de subversão e resistência.

De acordo com Bourdieu, médicos insubordinados podem buscar uma estratégia de subversão. Aqui, os agentes visam quebrar a atual estrutura de distribuição do capital médico e criar uma nova hierarquia. Essas relações existem independentemente da vontade dos médicos (e até, em algumas circunstâncias, de sua autoconsciência) e moldam o escopo de suas ações e estratégia para ganhar capital médico. Por outro lado, adquirir capital médico seguindo as regras estabelecidas é o que Bourdieu chama de estratégia de sucessão. Médicos subordinados procuram subir na hierarquia sem questioná-la.

Ainda, em ambos relatos há de se explicitar a necessidade da relação entre campos (aqui campo burocrático e campo médico) de maneira que suas interinfluências contribuíssem para que houvesse alguma mudança nas posições já objetivadas deles. Ao mesmo tempo que isto demonstra o grande poder e a acentuada capacidade de autorregulação do campo médico, que tem o seu modelo dominante de prática, atuando fortemente no controle do seu acesso nos mais

diferentes espaços sociais em que ele pode se fazer presente, a exemplo das universidades, órgãos de controle das residências médicas, gestão da política de RHS entre outros.

Ao analisar as falas dos entrevistados, através da tensão que permeia a relação entre a prática das especialidades gerais e das subespecialidades, foi possível desvelar a relação entre as posições objetivas e hierarquizada e, conseqüentemente, dos modelos classificatórios corporificados dessas disposições e sua *illusio*. Dessa forma, podemos caracterizar algumas práticas na AB fortalecidas pelo PMM como de subversão à economia da prática no campo médico.

4.5 RELAÇÕES ENTRE A CONFIGURAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICO E AS DISPOSIÇÕES DO CAMPO MÉDICO

Percebida por alguns entrevistados como uma oportunidade ofertada pelo governo federal aos municípios mais pobres, o PMM explicita as acentuadas iniquidades sociais e de saúde presentes em nosso território. Assim como a necessidade premente de incluir as comunidades desassistidas no planejamento e em ações concretas de saúde.

Porque aqui esse é o grande “x” da questão. Por que que não tem aqui um outro médico trabalhando comigo!? Porque, não só como aqui, tem outros municípios que são muito carentes, aproveitam essa oportunidade em que o governo federal dá (Médico 1, 34 anos, farmacêutico, PMM praticamente como primeiro emprego, 8 meses no PMM).

A classificação dos municípios seguindo critérios sociais favoreceu o enfrentamento das iniquidades regionais da oferta de serviços e da distribuição dos médicos. No Brasil, o PMM teve efeito significativo sobre o número de municípios com escassez de médicos na APS. Fez o número reduzir de 1.200, em março de 2013, para 558, em setembro de 2014, significando uma redução de 53,5% (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015). Na Paraíba, houve uma redução do número de municípios sem médico de 59 para 31, conseqüente a um aumento de 34,3% de médicos atuando na APS entre 2013 e 2016 (LEITÃO, 2018).

Então, eu lembro das reportagens que é um tanto isso aí: que os médicos não iam pra alguns cantos mais longínquos que não têm estrutura, mas uma vez que passou a ser essa organização federal, então houve essa melhora. Mas eu sempre soube que o PMM era um ponto de partida (Médico 10, 65 anos, aposentado, longa experiência na gestão e na saúde pública, 70 meses no PMM 10).

Expresso nas falas, destaca-se o papel executado por meio do PMM no fortalecimento do serviço público de saúde e no provimento de médicos aos municípios, principalmente, aqueles com maior grau de desassistência e pobreza. Como podemos notar na fala abaixo:

O que eu consigo ver é que a cidade hoje ela tem outra qualidade de atendimento. Por exemplo, (...) o programa de ter atendimento particular que tinha aqui em [Nome do Município] antes do PMM ele acabou [risos]. Porque todo mundo tem acesso ao médico e tem médico todos os dias. E aí, o outro problema que era o hospital, que sempre pagou muito bem, mas nenhum médico queria descer pra cá. Porque por mais que se pagasse bem aqui, mas o médico sabia que era trabalho “escravo”, porque você tem que atender todo mundo. Então, assim, o que se trata do atendimento preventivo se foi feito (Médico 11, 40 anos, experiência curta na AB, há 42 meses no PMM).

A ampliação do acesso e a presença em municípios antes sem médicos integrando a ESF, foi um desdobramento enfatizado nos relatos colhidos. Assim, podemos notar outro efeito dessa política sobre a distribuição dos médicos, de maneira a afetar a influência das disposições dominantes no campo.

Ocorreu, também, o reconhecimento pelos profissionais médicos do grande avanço propiciado pelo PMM em conseguir induzir a ida deles a municípios desassistidos, distantes e com uma rede frágil de referência e serviços de maior complexidade. Entre os principais atrativos referenciados pelos próprios médicos que tornaram esta ida viável estão: (i) o valor da bolsa paga pelo Programa, (ii) e ao seu carácter federal, que traduz maior confiança e segurança na realização do pagamento de seus “salários”, sem atrasos ou “calotes”.

Ia ser um pouco difícil para conseguir médico. - Entrevistador “por quê?” – Assim, eu já procurei. Tinha uma unidade aqui que estava sem médico e eu cheguei a procurar, me pediram, e algumas pessoas relatam, assim, que pelo pagamento a oferta não é tão boa como em outros municípios. Aí, o pessoal fala da carga horária. Assim, o valor que pagam pela carga horária que é exigida e algumas unidades por serem distantes, também dificulta a pessoa querer ir. Acho que nesta parte vai ser difícil. É porque eles [o PMM] pagam melhor para você cumprir uma carga horaria maior, né?! Então a maioria das pessoas, hoje em dia, procuram se não tem [PMM], não vem mesmo (Médica 3, 38 anos, experiência prévia na AB, há 18 meses no PMM).

(...) como o PMM tem algumas exigências... tudo que o médico pede, quando não é resolvido, a gente vai e fala com a nossa coordenadora e aí eu vejo que o PMM é de interesse também para o município. E aí, como você tem a quem reportar, fica mais fácil das coisas serem resolvidas. Se não fosse o PMM, eu acho que as queixas dos médicos seriam mais difíceis de serem resolvidas (Médico 11, 40 anos, experiência curta na AB, há 42 meses no PMM).

A fala dos entrevistados sobre a modificação propiciada pelo PMM sobre o problema de ausência de médicos nas USF é corroborada pelos dados, indicando o aumento do tempo (em anos) de permanência dos médicos nas USF e a redução na taxa de rotatividade profissional nelas (BARBOSA, A. C. Q. *et al.*, 2018). Esse aumento após o início do PMM rompe com uma tendência de redução na permanência que havia se iniciado em 2008, na maior parte das regiões brasileiras (BARBOSA, A. C. Q. *et al.*, 2018).

Isso expõe a força da categoria médica e seu poder de negociação frente aos municípios do Brasil, principalmente de pequeno porte e pobres. Na mesa de negociação, o médico tem muito mais força do que outras categorias da saúde, que se traduz em maiores salários e benefícios. Estes precisam alcançar patamares capazes de atrair o médico, que em geral tende a se concentrar em centros urbanos e com maior rede de serviços. Como resultado, os pequenos municípios têm extrema dificuldade de atrair profissionais com tanta posse de capitais e poder de negociação.

4.5.1 Motivos pelo ingresso no PMM

A opção pelo ingresso no PMM, ocorreu em momento de grande movimentação da opinião pública, principalmente pelas críticas contrárias ao Programa veiculadas pelas entidades formais representativas dos médicos. Como resultado, o público aderente ao Programa caracterizou-se por perfis diversificados de agentes médicos e movidos por interesses variados.

As falas seguintes vão explicitar os interesses que mobilizaram os candidatos a se inscreverem no PMM. Frequentemente e enfaticamente, a oportunidade propiciada pelo PMM de uma melhor remuneração, quando comparada com as ofertas feitas diretamente pelos municípios, foi o maior incentivo para a adesão ao Programa. Como refletem as falas a seguir:

(...) o PMM é o tipo de programa que é pra assentar o médico no lugar. Eu só tô aqui porque eu gosto da comunidade e me pagam direitinho, não atrasa, tá entendendo? Eu acho isso muito importante. Eles têm um certo respeito com a gente neste sentido, né?! Claro que também é uma bolsa, né?! Não tem direito a décimo terceiro, terço de férias... não tem direito a nada disto porque é bolsa. Mas pelo menos o que eles têm pra pagar pra gente, pagam direitinho, então é tranquilo. O município às vezes paga, mas o município quer pagar muito mal, todos os municípios (Médica 4, 67 anos, aposentada, pediatra e com longa experiência na ESF, 3 anos no PMM).

Quem não quer uma estabilidade financeira?! Uma coisa que “sol e chuva, chuva e sol, siga seco”... porque hoje você como médico, é como eu disse... lá eu ganhava mais do que com o Mais Médicos hoje e eu tava com minha

família. Mas lá corria o risco, por exemplo, de atrasar. Mas com o Mais Médicos não vai atrasar. O Mais Médicos vai me dar férias. Eu não tinha férias porque lá é esquema de plantão (...) aí eu disse “meu deus, eu preciso de uma estabilidade”, então isso me chamou atenção (Médico 1, 34 anos, farmacêutico, PMM praticamente como primeiro emprego, 8 meses no PMM).

(...) o Programa Mais Médicos fidelizou muito o profissional, sabe? A remuneração é ok. A gente tem mais autonomia. Eu não me sinto perseguido por gestão, até porque eu tenho uma voz mais ativa. Porque você sabe como é gestor, né!? E não, eu tenho voz, eu tenho vez, entendeu!? Essa parte do Programa que te dá uma estabilidade. Mas aí tu acaba teu contrato, não fica sem emprego (...) (Médico 18, 30 anos, formado no exterior, diploma validado, especialista em dermatologia e nutrologia, 54 meses no PMM).

A maior a credibilidade na pontualidade e na realização do pagamento do “salário” pela esfera do governo federal, mais do que pelas prefeituras, apareceu com frequência e ênfase nas falas dos entrevistados. Isso associado ao maior valor pago pelo Programa, aparecem como fatores de destaque na escolha dos médicos, pelo menos num primeiro momento.

Portanto, percebemos nessas falas a conversão de capital cultural em capital financeiro promovido pela profissão médica. Todavia, podemos notar uma disparidade entre o imaginário e o real a respeito dessa conversão de capitais, que aparentemente não tem ocorrido de maneira tão segura como o imaginário dos entrevistados. Pois o que aparenta nas falas é tanto uma busca por melhores condições de vínculo de trabalho, quanto uma garantia da realização do pagamento do seu salário, ponto repetidamente argumentado nas falas.

Estas características, associadas ao desenho do Programa, que diminui a carga horária de atendimento e reserva tempo para a formação e atualização do profissional, aparecem como forte incentivos à adesão da política, como em destaque na fala abaixo:

(...) e um dos fatores que me fez entrar no Programa: primeiro, era que não seria contrato municipal, que é precário e que muda às vezes no termo da ação. Então, um contrato de âmbito federal tem a importância de ter mais estabilidade de não ter troca de prefeito e vereador que tem muita interferência política. Com o federal, a gente ficou com a garantia do contrato federal e ter a garantia de salário todos os meses. E o que achei interessante do PMM foi essa carga horária distribuída de 32 horas na unidade e 8 horas pra atividades de ensino e pesquisa. Achei realmente excelente isso! Te dá contato... e a gente sempre interage com profissionais de outras unidades. Então foi muito bom (Médico 10, 65 anos, aposentado, longa experiência na gestão e na saúde pública, 70 meses no PMM).

As atividades educacionais são oferecidas no modelo de educação à distância. Elas são voltadas para o desenvolvimento profissional dos médicos e são oferecidas por instituições de

ensino superior públicas. Estas atividades são oferecidas em dois ciclos educacionais: o primeiro ciclo funciona e tem o caráter de uma especialização *lato sensu* em Saúde da Família e Comunidade. Já o segundo ciclo oferta módulos com variados temas a serem escolhidos de acordo com o interesse do médico (BRASIL, 2015).

As atividades educacionais foram consideradas de boa qualidade e integraram temas do “chão da fábrica”, ou seja, conseguiram executar a proposta de uma especialização em serviço voltadas para os problemas e situações do cotidiano das USF e dos profissionais.

Através dos relatos, evidenciou-se que a participação nas atividades educacionais propiciou a sensação de proximidade tanto do campo acadêmico, quanto do próprio campo médico. Além de reconhecer a legitimidade do conhecimento acadêmico e científico, propiciando uma maior abertura e receptividade dos temas abordados nos cursos. Sendo, inclusive, muitas vezes, integrado ao cotidiano do profissional na sua prática clínica e no processo de trabalho.

Olha a gente faz um curso de pós, né?! Saúde da Família, que semanalmente, mensalmente, eles colocam conteúdos pra gente resolver. Ao mesmo tempo, que eles dão um material didático online pra gente estudar. Então, isto tem melhorado bastante, principalmente aqui no manejo ambulatorial do PSF. Então, isto é fundamental! Esta pós dá uma ajuda (Médico 15, 29 anos, PMM praticamente como primeiro emprego, 6 meses no PMM).

Eu venho gostando muuuito, e sem falar que no PMM você tem um programa, é uma especialização, que vem vai fazendo, você tanto aprende com o PMM, como tem nossa coordenadora do PMM que sempre tem, por exemplo eu pegar um paciente que eu tenho uma dúvida, eu tiro foto e mando pra ela e ela me ajuda, então não é só um trabalho, é um estudo (Médico 11, 40 anos, experiência curta na AB, há 42 meses no PMM).

Quando eu cheguei aqui, teve aquelas orientações todas do programa! Então, eu tive que me inscrever pra fazer o curso de especialização, o AVASUS, pela UFPE. Estudei mais do que quando era estudante! Mas fiz o curso todinho! Quando foi em 2015, fui defender a tese lá em Campina Grande. Foi gravidez precoce no conjunto [Nome da Comunidade]. Aí, fui aprovado! (Médico 13, 75 anos, aposentado, longa experiência na AB, há 66 meses no PMM).

Pelo fato do ingresso na profissão médica estar atrelado à formação acadêmica e seu conhecimento específico profundamente vinculado a este meio, o capital cultural traduzido nos certificados fornecidos pelos cursos faz com que o profissional agregue prestígio a sua carreira profissional, com ganho de legitimidade nas suas práticas, seja diante da equipe de saúde, seja diante dos usuários.

4.5.2 Vínculo de trabalho: do ideário ao objetivado

Durante a década de 90, um forte movimento de “Reforma do Estado”, orientado pelos pressupostos neoliberais, basearam sua argumentação de que o poder público se apresentava debilitado e com serviços de saúde de qualidade insatisfatória e demasiadamente caro, em virtude de problemas administrativos e gerenciais. Defendiam a substituição do modelo administrativo das instituições públicas por uma maior participação do terceiro setor e princípios gerenciais de linhas de produção. E “os problemas de fundo que geram a desigualdade no País permanecem, dentre eles o padrão de financiamento do Estado, sua incapacidade de produzir políticas de distribuição de renda e equalização do acesso a serviços públicos essenciais” (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Ainda que os fenômenos associados à precarização alcancem o conjunto dos trabalhadores da saúde, eles os atingem de forma variada, refletindo as especificidades dos diversos grupos profissionais. Composto essas especificidades, destaca-se a qualificação profissional que compreende a formação, o valor social atribuído ao seu diploma e ao seu trabalho, a sua organização como categoria e o poder político de suas instâncias corporativas e representativas. As desigualdades socialmente construídas se expressam nas relações laborais desiguais como, por exemplo, nas diferenças salariais, de carga horária, no perfil de suas atribuições e nas posições que ocupam na organização hierárquica do processo de trabalho.

Portanto, o desenho da política do PMM apresentou incentivos variados para estimular a participação dos médicos. Considerações em detalhes sobre os incentivos e a categorização deste estão descritas em detalhes no Apêndice 2 desta tese.

Por ser discutida frequentemente, tanto entre os médicos como por gestores da saúde no seu cotidiano, o tema da vinculação de trabalho também emergiu nos relatos. Tipicamente, o mercado de trabalho dos profissionais médicos no Brasil é estruturado entre a rede pública e privada de serviços e os consultórios particulares. De acordo com Machado (1997), a inserção do médico através do emprego único não é a situação mais comum. Sendo, em geral, múltiplas, com variado número de instituições às quais o médico se vincula (por exemplo: trabalha na AB pública e em plantões de urgência e emergência em hospital privado), número de empregos, atuação em diferentes especializações ou até mesmo em cidades diferentes. A medicina, como poucas profissões, permite essa dinâmica de múltiplos vínculos de estar no mundo do trabalho.

Da nossa amostragem, entre os 20 entrevistados, 19 tinham condições de atuar em outros serviços além do PMM. Dos quais, 12 tinham o PMM como único emprego e 07 atuavam em mais um serviço de saúde, além da USF (Tabela 4, Capítulo 5).

Entre os nossos entrevistados, foi comum os relatos de “vínculos irregulares”. Assim como a importância de ter vínculos formais, mesmo que precarizado e temporário. Entre as vantagens citadas, foi a preservação de certa autonomia na organização do processo de trabalho e na proteção contra as interferências políticas, principalmente durante os períodos eleitorais.

Outro fato destacado foi a confiança na regularidade e compromisso com o pagamento das bolsas pelo governo federal, visto que alguns haviam tido experiências negativas com governo municipais ou ouvido história de “calotes” a outros médicos. Seguindo as falas, a comparação não foi entre liberal e assalariado, mas entre o assalariado sem ou com vínculo e se municipal ou federal. As seguintes falas exemplificam:

(...) contratar médicos mesmo pela prefeitura, mas mesmo os contratos com a prefeitura eles não tem vínculos não. Eu fiquei dois meses pela prefeitura, assim que eu terminei [a graduação], mas é um contrato que não tem carteira assinada, não tem vínculo empregatício não. Na hora que a prefeitura quiser tirar, tira. Na hora que quiser colocar, coloca. Não tem um vínculo forte não. Eu acho que o Programa Mais Médicos tem um vínculo mais forte, porque com parte vem do governo federal, até mesmo pra mexer neste médico, ficar colocando ele pra atender em outros lugares... o PMM não permite esta alteração (Médica 7, 31 anos, PMM com primeiro emprego, há 51 meses no PMM).

Mas pra mim foi aquela coisa: eu queria o Mais Médicos porque queria... eu não sei se vai transformar em estratégia, se vai transformar em um programa que seja e isso aí seria uma estabilidade. Quem não quer uma estabilidade financeira?! Uma coisa que “sol e chuva, chuva e sol, siga seco”... porque hoje você como médico, é como eu disse... lá eu ganhava mais do que com o Mais Médicos e eu tava com minha família, mas lá corria o risco, por exemplo, de atrasar. Mas com o Mais Médicos não vai atrasar. O Mais Médicos vai me dar férias. Eu não tinha férias porque lá é esquema de plantão por mais que seja SAMU. SAMU também é desse jeito [público]. Então ele poderia atrasar meus outros empregos, aí eu disse “meu deus, eu preciso de uma estabilidade!”. Isso me chamou atenção (Médico 1, 34 anos, farmacêutico, PMM praticamente como primeiro emprego, 8 meses no PMM).

O trabalho do médico no PMM apresenta característica de um vínculo formalizado por contrato e pagamento em caráter de bolsa de estudo. Sua atividade é classificada como de formação e aperfeiçoamento com componente assistencial. Apesar do principal objetivo do Programa Emergencial, com recrutamento de médicos no Brasil e internacionalmente, ser prover assistência à população brasileira, tem seu vínculo de trabalho por meio de bolsa de estudo justificado como atividade de ensino, pesquisa e extensão. Tal vínculo tem previsão de duração de até 3 anos, sendo prorrogável por mais três.

Os depoimentos apontam para uma priorização do valor da bolsa paga pelo PMM, mesmo tendo a exigência do cumprimento da carga horária regular das 40h semanais e está sujeita a fiscalização de um supervisor. Em geral, na ESF, o que ocorre é uma negociação entre o médico e o gestor para reduzir a carga horária como maneira compensatória pelos valores salariais pagos pelos municípios, que são considerados baixos pelos médicos.

É difícil para conseguir médico. Assim, eu já procurei, tinha uma unidade aqui que tava sem médico e eu cheguei a procurar [outros médicos], me pediram, e algumas pessoas relatam, assim, que pelo pagamento que é ofertado, não é tão bom como em outros municípios. Aí o pessoal fala da carga horaria, assim, o valor que pagam pela carga horaria, e algumas unidades por serem distantes também dificulta da pessoa querer vir, acho que nesta parte vai ser difícil. - Entrevistador “você acha que o PMM diminui essa problemática, de pagamento, distância?” – É porque eles pagam melhor pra você cumprir uma carga horaria maior né?! Então, a maioria das pessoas, hoje em dia, procura, se não tem [PMM], não vem mesmo (Médica 3, 38 anos, experiência prévia na AB, há 18 meses no PMM).

Entretanto, este tipo de vínculo não foi de todo aceito pelos médicos participantes, seja pela intenção de permanecer em seu trabalho por mais tempo, seja aderindo à crítica da necessidade de uma carreira para o profissional médico.

O que se esperava depois do PMM? Esses seis anos depois do PMM esperava aquela ideia de ter uma carreira de estado com uma remuneração própria do estado, né? Pra ficar esse médico. Claro que a remuneração teria que ser uma remuneração diferenciada pra o médico que tá, que tá trabalhando aqui nas periferias de grandes centros e aqueles que trabalham no interior, no sertão, nas áreas indígenas ou no Norte do país. Eu também sou de acordo com isso aí. Mas tem que ter uma visão disso aí. Então o programa foi isso. Mostrou isso” (Médico 10, 65 anos, aposentado, longa experiência na gestão e na saúde pública, 70 meses no PMM).

Então, o programa veio pra dar a importância a gente porque você não vê ninguém falando mal do salário do Mais Médicos. Antigamente começavam a falar mal do médico e hoje em dia você vê que ninguém fala mal porque no mínimo é justo. Eu ainda não acho o ideal. É um bom salário? É um bom salário. Se colocar que é isento do imposto de renda, tudo bem. Mas se a gente for comparar com delegado de polícia, juiz, com promotor... pela nossa responsabilidade é pouco, mas é um bom ponto de partida, eu olho o serviço com bons olhos. E caiu nas graças o Mais Médicos. Esse médico, acho que por mais que batam na tecla não vão conseguir tirar. (...) “Acho, sinceramente, acho que deveria manter do jeito que tá, porém com algumas ressalvas, digamos de fazer um plano de carreira pra quem quiser ficar que fique pro resto da vida (Médico 5, 31 anos, formado no exterior, validou o diploma, PMM praticamente como primeiro emprego, 24 meses no PMM).

Acompanhando as falas dos entrevistados, não há nenhum questionamento ou depreciação em relação ao trabalho ser assalariado. As falas giram em torno do montante pago e uma avaliação se o valor está adequado e justo para o trabalho executado por eles. Nota-se, claramente, que o valor pago pelo PMM está acima dos praticados pelos municípios, e demonstrou-se capaz de incentivar a ida dos médicos aos municípios com extrema dificuldade de recrutá-los. Desta forma, a configuração (formato de bolsa de estudo e provida pelo governo federal) e o seu valor firmaram-se como os principais incentivos para a adesão dos médicos.

Com o salário que eles pagam aqui, não fica médico. Salário de médico aqui é 5 conto. Não fica. O povo faz plantão, faz qualquer coisa. Porque, assim, além de dizer que o povo vai trabalhar... Tudo bem, que eles trabalham por amor, mas amor não paga conta, né? Infelizmente se vive numa sociedade capitalista. A dedicação, a exposição profissional que a gente tem... Tem que ser mesmo, né? O profissional ele não vai ficar, tanto que você vê, que o pessoal ficou [com o PMM]. Pagaram o salário no dia, o salário não é ruim. Então o pessoal vai ficar. Coloque um plano de carreira pra você ver se não vai ficar (Médica 18, 30 anos, PMM como primeiro emprego, há 41 meses no PMM).

Mesmo ainda com a forte presença do ideário do modelo médico liberal entre os profissionais médicos em geral e significativa influência do modelo neoliberal¹⁹ sob as formas precarizadas de contratação, estes modelos de assalariamento e de vínculo com serviço público apresentam-se como uma alternativa altamente aceita pelos profissionais médicos que atuam na AB.

Ainda que o incentivo financeiro tenha sido a primeira razão para a adesão da maioria dos médicos ao PMM, também foi mencionado o reconhecimento de sua atividade desempenhada nessas populações desassistidas como uma forma de incentivo e uma identificação com a posição ocupada pelo médico na ESF. Vejamos as falas a seguir:

Já, tanto é que quando eu tive que escolher pra onde iria, quando eu já tava aqui em Município, eu perguntei “qual o mais vulnerável?” “lá no USF, lá no Nome”, “pois eu quero ir pra lá” eu falei pessoalmente pra o coordenador, pelo fato de eu ver que isto poderia ter um potencial maior de eu fazer alguma diferença, pode ajudar mais (Médico 14, 26 anos, PMM como primeiro emprego, há 6 meses no PMM).

A questão do perfil. Você gostar de saúde pública, se identificar com a especialidade, né? Eu, além de me identificar, acho também fantástico esse

¹⁹ Nesse modelo, segundo Schraiber *et al.*, “há a tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador, quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho”.

trabalho de atenção primária e você dar conta de tantas especialidades, né? Ter o conhecimento e saber resolver tanto os problemas, né? Então isso é um grande desafio pro profissional. Embora, um desafio de poder resolver, tem também a angústia de não poder resolver porque não tem a atenção secundária e terciária, né?! (Médica 9, 49 anos, especialista em MFC, longa experiência na ESF, 28 meses no PMM).

O pagamento fixo em troca de determinada carga horária, associado ao valor considerado “justo”, “satisfatório” ou “razoável”, tornaram-se não só um dos principais atrativos do Programa, como conseguiram alcançar um patamar satisfatório para os médicos, fazendo-o se deslocar para algumas regiões desassistidas. A experiência com o Programa em alcançar este ponto de aceitação do tipo de vínculo e valores entre os médicos pode ser “ponto de partida” para políticas mais duradouras. Assim como promoveu a possibilidade do médico ou médica de possuírem menos empregos e compatibilizar sua carreira profissional com sua vida pessoal. Mesmo que a mistura destas duas dimensões seja comum entre os profissionais médicos. Por um lado, a médica fala da vantagem de ter um “bom” salário e, por outro, o médico fala que com a especialização, tende a ganhar mais atuando como especialista.

É um programa excelente, e assim a bolsa que é fornecida é um grande incentivo pra mim, principalmente porque eu tenho família né!? (Médica 7, 31 anos, PMM com primeiro emprego, há 51 meses no PMM).

Aí quando surgiu essa questão do Mais Médicos era muito bom, porque tinha uma questão de suposta estabilidade que eu digo “suposta” que é um programa, e a gente sabe que todo programa a tendência é que seja realmente um programa. Então assim, se hoje não fosse um programa, fosse uma estratégia era muito bom, era a melhor coisa do mundo. Você tinha reforço, uma coisa que fosse segura ali. A gente podia se dedicar muito mais. Hoje, como eu te disse, eu tenho a minha clínica em Município. Eu termino aqui na sexta-feira eu saio lá na clínica e atendo meus pacientes e já estudo, já faço as provas lá mesmo, aquelas provas do PMM e os estudos do Programa. No final de semana, que eu tenho uma chefia da UPA do Município e pronto. Volto pra cá pra passar a semana. Assim, eu não sei até quanto tempo eu vou continuar no programa por conta disso, já pra mim não compensa, porque eu tenho 2 filhas jovens e não compensa trazer pra cá (Médico 1, 34 anos, farmacêutico, PMM praticamente como primeiro emprego, 8 meses no PMM).

Lembrando que o caráter deste tipo de pagamento não é novidade, nem para programas de provimento médico, nem para a categoria médica em si. Considerando-se os programas, pode-se citar o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), criado em 2001, que estimulou a ida de médicos e enfermeiros para os municípios mais carentes e distantes, por meio de incentivos financeiros e de formação profissional. As bolsas de remuneração eram pagas pelo Ministério da Saúde em convênio do Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq) (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008). Por sua vez, as prerrogativas deste tipo de vínculo também são aplicadas de maneira semelhante na contratação dos médicos-residentes (MACHADO, 1997).

Com relação aos direitos trabalhista, alguns foram assegurados vinculando o médico participante como segurado obrigatório no Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, mas não como empregado, o que caracterizaria seu vínculo empregatício com a União. E em uma organização com certa divisão de responsabilidades, o governo federal é o responsável pelos pagamentos, e os governos locais pela gestão do trabalho e monitoração do desempenho destes profissionais.

Quando se avalia, superficialmente, a divisão entre público e privado, parece clara e perene. No entanto, a movimentação e atuação dos médicos em ambos os espaços, de forma simultânea, demonstra duas coisas: i) a capacidade de desenvolver uma estratégia de atuação em ambos os cenários, que aparentemente são opostos, mas que no campo médico atuam simultaneamente; ii) a aparente independência do setor privado na saúde, traduz-se, na verdade, em uma dependência financeira do setor público, seja diretamente, pelo alto número de clínicas e hospitais privados que praticam procedimentos pelo SUS, seja indiretamente, pela presença de renúncias fiscais com as despesas em saúde dos clientes das seguradoras ou isenções fiscais aos provedores.

Diante dessa imbricada relação entre o papel do Estado frente a dimensão privada, Machado (1997) afirma que “(...) esse que foi competente no financiamento da expansão da rede privada hospitalar na década de 70 e que hoje é incapaz de formular políticas que regulem um setor tão amparado por seus recursos”.

Outro elemento, é a promessa de sucesso associado ao reconhecimento e *status* dentro do campo médico, vinculado à atuação na esfera privada. Esta, com promessas de maiores rendimentos e a concentração dos “melhores” médicos. Categoria do pensamento presente na sociedade brasileira, no campo médico e fortemente corporificada na formação médica.

Portanto, é possível identificar uma tomada de posição do médico, seja de trabalhar na esfera pública ou privada, seja na zona rural ou nas cidades, que está correlaciona com uma disputa por capitais econômico e simbólico a partir da posse do capital cultural institucionalizado (posse da licença para atuar como médico).

Sendo a profissão médica estabelecida de longo tempo, o *status* ligado à forma de recebimento modificou-se ao longo de sua existência. Se o modelo liberal esteve presente majoritariamente durante a consolidação, expansão e estabelecimento da medicina, enquanto uma profissão de alto *status*, conforme argumentando anteriormente, este não o é mais nos anos

atuais. Entretanto, permanece com o modelo idealizado e considerado de alto *status*, junto ao que, atualmente, são chamados de empresários-médicos.

Na atualidade, com as mudanças estruturais no mundo do trabalho resultando em redefinições nas formas do trabalho médico, este modelo de prática médica liberal tem se confrontado com uma realidade de alto controle e perda da autonomia da atuação dos profissionais médicos, independentemente do caráter privado ou público. Essa mudança passa pela institucionalização da medicina, levando a uma burocratização e racionalização de seus atos.

Mesmo em espaços como a atuação em consultório, local típico de realização da prática liberal, esta encontra-se atravessada pelo rápido avanço do processo de institucionalização por quais passam os setores de prestação de serviços especializados, visto sua ampla associação com organizações com caráter lucrativo e/ou cooperativo.

A prática médica no Brasil tem migrado do exercício liberal — o médico trabalhava onde queria, com os horários que escolhia e a remuneração que determinava —, para uma prática no seio de organismos públicos e privados (SCHEFFER; CASSENOTTE; BIANCARELLI, 2013). Todavia, grande parte do corpo médico no Brasil é composta por médicos sem especialização, e mantém o interesse em atuar em consultório compondo o modelo de prática liberal (MACHADO, 1997). Está associada, na maioria das vezes, a sua expertise e experiência profissional, ou seja, ao tempo de atuação no mercado, estabelecendo sua fama ou prestígio como atrativo e motivador para a busca do seu atendimento, mesmo a um alto custo financeiro. Ao lado que não causa surpresa o fato de poucos médicos recém-formados dedicarem-se a esta prática, mesmo tal atividade ser possuidora de alto *status* no campo médico.

Um outro tipo, o médico assalariado, no setor público ou privado, é uma modalidade já bem estabelecida na atualidade e já representa a mais importante forma de inserção no mercado de trabalho, seguindo a definição de assalariamento como todas as formas de trabalho institucionalizadas, por meio das quais o profissional presta seus serviços, esteja o vínculo formalizado ou não sob a égide das leis trabalhistas (MACHADO, 1997).

Já os médicos-empresários possuem algumas características que os tornam um tipo profissional especial. Segundo a literatura, são jovens com até 34 anos, ratificando o argumento de que o empresariamento da saúde por médicos é um fato recente no Brasil. Predominantemente, são do sexo masculino, desenvolvem suas atividades nas capitais e, em geral, buscam dar continuidade ao “negócio de família”, ou seja, 50% deles têm pais ou parentes médicos, sugerindo a ideia de manutenção do *status* adquirido pelos familiares (MACHADO, 1997).

Os tipos puros, de acordo com as características do vínculo, podem ajudar na composição de algumas características gerais, mas não dão conta de explicar a prática dos profissionais médicos visto a grande circulação em espaços diferentes. Comumente eles têm mais de um emprego e o setor privado é permeado pelo público por diversas formas, assim como também o público apresenta características do modelo gerencial das empresas privadas. Isto reverbera na ponta, na prática dos profissionais, fazendo com que haja um choque entre o idealizado e o real.

4.5.3 Controle sob o agente

Ao mesmo tempo que PMM oferta diversificados incentivos para a adesão dos médicos, um aspecto há se destacar: é que a autorização para atuar de maneira temporária e limitada a AB provê à fração do campo burocrático (ministro da saúde, secretários e diretores das pastas envolvidas) ter maior controle sob a atuação do médico.

(...) o mundo cai na minha cabeça [sem o Programa Mais Médicos], porque eu tenho uma série de projetos que tão em andamento e estou esperando o edital para fazer a complementação e ver alguma forma de conseguir o meu CRM. Vou entrar nesses cursos que tem aí para começar a estudar pro revalida, e estudar para isso aí, mas a minha expectativa é fazer a complementação, tá entendendo!? Porque é uma coisa mais justa, e são 4 etapas (Médico 12, 43 anos, formado no exterior, não validou o diploma, PMM como primeiro emprego, 13 meses no PMM).

Essa situação de maior controle sobre o profissional, dentro de seus limites apresenta similaridades com o programa de Retorno de Serviço (ROS) canadense. Este último se caracteriza por um compromisso condicional de fornecer serviço em tempo integral por um período determinado em uma comunidade desassistida de Ontário em troca da oportunidade de obtenção da vaga em um programa de residência médica ou redução do empréstimo estudantil, tema que debati no trabalho de pesquisa durante o doutorado sanduíche (Apêndice 2).

Em ambas as situações, o campo burocrático aumenta seu poder de determinar o local de atuação do médico, interferindo em suas escolhas, que muitas vezes são motivadas por questões nem mesmo conscientes do agente. Porém, as escolhas do agente devido ao seu carácter corporificado tomam uma dimensão como se fosse próprio, imanente, natural do indivíduo.

4.5.4 Sentido de identificação com sua prática

O fortalecimento destas disposições para atuar na ESF e o fortalecimento da identidade com a AB também podem ser identificadas nas falas sobre a necessidade da carreira médica como maneira de fixação do profissional, muito embora este também seja um dos argumentos técnicos utilizados pelas entidades médicas para criticar o PMM. Sendo assim, o tema da carreira médica ocupa um lugar de fronteira entre aqueles que defendem um modelo hospitalar e das subespecialidades, criticando o Programa por não compor uma carreira. Por outro lado, a defesa por uma carreira na ESF pode significar a afirmação do interesse de atuar nela, e, consequentemente, uma identificação com o modelo da atenção ambulatorial.

Eu acho que o que mostrou na minha visão o PPM? Mostrou que se você tem um profissional, se você tem uma remuneração adequada, se você tem uma estabilidade de trabalho, você tem profissional. (...) O que se esperava depois do MM? Esses seis anos depois do MM esperava aquela ideia de ter uma carreira de estado com uma remuneração própria do estado, né? Pra ficar esse médico. (...). Então o programa foi isso. Mostrou isso (médico 10, 65 anos, aposentado, longa experiência na gestão e na saúde pública, 70 meses no PMM).

(...) Se é bom se trabalhar com o programa? É show de bola! Assim... aqui a medicina preventiva, que até a saúde da família foi criada para essa medicina preventiva de acompanhamento, aqui funciona (Médico 1, 34 anos, farmacêutico, PMM praticamente como primeiro emprego, 8 meses no PMM).

Acho que tem que se pensar em uma coisa que fixe o médico mesmo, vamos dizer, fixe o médico e fixe o médico ganhando bem, porque se não for, fica aquele tipo de médico que porque quer ter um status trabalha em três canto uma manhã. O que ele vai fazer em uma manhã trabalhando em 3 cantos? Vai ficar mal falando e a classe todinha mal falada também. Você ver pelas críticas (Médica 4, 67 anos, aposentada, pediatra e com longa experiência na ESF, 37 meses no PMM).

No entanto, o interesse do médico em aderir ao PMM não se deve apenas a questões de identificação com a prática de saúde família ou uma prática subversiva. Há também aqueles que se utilizam do PMM como maneira de chegar até a subespecialidade. Vejamos a fala a seguir:

(...) eu sempre coloquei como prioridade o revalida, né? até porque eu minha prioridade sempre foi cirurgia e você começa a trabalhar e é essa loucura. Mas [aderir ao PMM] foi sensacional. Pelo que eu vejo tem muitos colegas que se não fosse o programa acho que teriam desistido da medicina facilmente (...)

(Médico 5, 31 anos, formado no exterior, validou o diploma, PMM praticamente como primeiro emprego, 24 meses no PMM).

Assim como o Médico 5, outros médicos utilizam-se do PMM de maneira instrumental, seja para entrar no campo médico, seja como uma fonte de estabilidade financeira para sustentar as investidas futuras do agente em espaços disputados, que ele ainda não tem garantias de estabelecer-se.

(...) A minha intenção hoje, só tô aqui por que precisa... pra mim, hoje, eu como Sérgio, já especialista nas coisas que eu tenho com as propostas que eu tenho, pra mim não... financeiramente eu ganho menos do que lá. Aí você pensa: “poxa, você ganha menos, você tá longe da sua família, então até que ponto é interessante?”. Não, não é interessante pra mim, mas o que é que eu quero? Eu quero transferir (Médico 1, 34 anos, farmacêutico, PMM praticamente como primeiro emprego, 8 meses no PMM).

Na situação do Médico 12, apesar de seu interesse em buscar a subespecialidade, a sua posição objetiva no jogo pode não dar condições objetivas para que ele a alcance em um curto espaço de tempo. Assim, ao mesmo tempo que ele tem interesse pela especialidade, a condição oportunizada pelo PMM também o satisfaz. Nessa situação é possível observar a disposição corporificada, possivelmente durante a graduação médica, conflitando com sua posição objetiva e as disposições ofertadas através do PMM.

Eu queria fazer Ortopedia, caminhar para esse lado, eu queria muito cirurgia, eu amo cirurgia, só que cirurgia é muito tempo ainda, e eu não tô mais com muito tempo para estudar, sabe!? (...) nunca demorava um médico aqui, eu já tô a 1 ano e não quero sair, eu queria me aposentar aqui. Eu queria ficar aqui trabalhando para sempre, da forma que eu tô trabalhando, essa rotina, para mim tá perfeito, pertinho de casa, eu moro logo ali perto da Secretaria. Eu não tenho uma queixa para lhe dizer (Médico 12, 43 anos, enfermeiro, formado no exterior, não validou o diploma, PMM como primeiro emprego, 13 meses no PMM).

Dessa forma, é possível percebermos a disputa entre disposições incorporadas e posições objetivas. Em muitas das falas, a dimensão mais enfatizada foi a simbólica, entretanto, é perceptível o poder da posição objetiva sobre as tomadas de posição nas ações dos agentes médicos.

Através dos aspectos aqui destacados, podemos apontar que as disposições incentivadas pelo PMM ainda se encontram em disputa e em posição de dominada. Dessa forma, a adesão ao programa não garante que as disposições incentivadas pelo programa serão levadas à frente pelos agentes participantes. De maneira que alguns dos entrevistados expuseram o uso

instrumental do programa como meio de alcançar o capital específico valorizado no campo. Ainda assim, foi possível notar experiências nas quais, mesmo não conscientes do interesse pela atuação na AB, o contato propiciado pela experiência no PMM influenciou o seu interesse, ao ponto de desenvolver uma identificação com a ESF.

4.5.5 Entrada no campo médico

Relacionado a essa discussão que Bourdieu faz sobre a entrada no campo e as regras do jogo, surgiu, nas entrevistas, o debate sobre a revalidação de diploma médico adquirido no exterior como forma de entrada no campo médico e tornar-se autorizado para atuar no território brasileiro. A fala, a seguir, trata desse tema recorrente e gerador de grandes polêmicas.

(...) todo ano eles dizem que vai ter [Revalida], só que é uma coisa que é feita para não aprovar, é uma prova, principalmente agora que o Conselho Federal de Medicina tá querendo assumir todo as regras, ou seja, ele quer mesmo que não aprove, como antes era, fazia e ninguém passava. E antes eu tava lendo que eles alegavam que o pessoal entrava na justiça e tal, mas o que é que acontece? É uma prova de nível de especialista, não é uma prova que é feita para avaliar se você tem capacidade médica de trabalhar, é uma prova para avaliar a especialidade médica da especialidade médica, tá me entendendo!? (Médico 12, 41 anos, enfermeiro, formado no exterior, não validou o diploma, PMM como primeiro emprego, 13 meses no PMM).

A tensão em torno da revalidação de diploma não é recente. Antes da criação do Revalida, em 2011, a revalidação era restrita às Instituições de Ensino Superior (IES). Como instrumento unificado de avaliação, o Revalida tornou-se o principal meio de revalidação de diploma de médicos formados em escolas médicas no exterior. Lembrando que a revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior é pré-requisito para o exercício da Medicina no Brasil.

A condição sustentada pelo PMM de autorizar a prática médica na AB, independentemente da chancela dos representantes oficiais do campo médico, dá condições para que a distribuição do capital dentro do campo médico seja modificada, ameaçando aqueles que têm alto capital e que ainda estão determinando as regras do jogo, logicamente a seu favor.

(...) uma coisa que a gente sabe que é um corporativismo do CFM. Todos nós sabemos disso, eu não tenho vergonha de falar isso pra quem for. O CFM tem um corporativismo só eles com o bolso deles, e não ligam pra população. Eles tão... o que eles querem mais é reserva de mercado. É isso! (Médico 2, 43 anos, fisioterapeuta, formado na Bolívia, diploma não revalidado, PMM como primeiro emprego, 49 meses no PMM).

Essa fala explicita justamente a questão da entrada no campo conforme as regras construídas por aqueles que detêm maior capital. A autonomia do campo e a posição de dominação exercida por estes médicos propiciam a possibilidade de eles gerirem as regras do jogo, mesmo que em alguns momentos sejam tensionadas por outros membros do campo médico, ou até mesmo por outros campos, como o dos usuários, campo burocrático, entre outro. Essa tensão vai se travando até o ponto em que os agentes dominantes consigam encontrar formas de responder às demandas sem perder sua legitimidade. Entretanto, se o tensionamento for além, como o que aconteceu nos protestos iniciais contra a vinda dos médicos cubanos, essas disposições corporificadas pelos agentes dominantes tendem a ser deslegitimadas e substituídas por novas disposições e agentes.

A ação, por parte da fração do campo burocrático do PMM, de autorizar a atuação de médicos formados no exterior sem o aval das entidades médicas, sabidamente resultaria em resposta de protesto dos agentes dominantes do campo médico. Na relação entre esses dois campos é possível identificar que, se anteriormente ao PMM ela se dava como uma relação de aliança, diante do rearranjo das demandas e capitais em disputa essa relação tornou-se de oposição.

Até o desenvolvimento do PROVAB²⁰, em 2011, a elaboração das políticas de RHS era desenvolvida através de relações de aliança com agentes dominantes nos campos profissionais da saúde, que lá encontram uma forma de reforçar suas disposições favoráveis à manutenção do modelo atual. Os defensores de posições “progressistas”, mais voltadas para a AB e para o direcionamento do sistema pelas necessidades dos usuários, recrutam-se, em particular, entre os profissionais da saúde pública, que são praticamente dominados no campo das profissões da saúde. A alta demanda por médico no SUS e as “Jornadas de Junho” tensionaram o governo e, ao mesmo tempo, permitiram ao campo burocrático atuar sobre um dos pilares do campo médico, ou de qualquer outro campo, que são as regras de ingresso no campo. E é essa chegada de um pessoal com disposições dominadas em relação ao campo médico que fundamenta uma política que se pretende a afetar o mecanismo de entrada e a distribuição de capital no campo.

²⁰ O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi lançado em 2011 com o objetivo de incentivar e recrutar médicos para a Atenção Básica em áreas de maior carência. Tinha um formato de programa educacional com supervisão regular e bolsa de estudos paga pelo governo federal. Entre os principais incentivos estava o abono de 10% nas provas de seleção para residência médica e redução do financiamento estudantil proporcional ao tempo trabalhado no PROVAB. Esse programa apresentava apenas algumas medidas de incentivo ao médico formado no Brasil para atuar na AB, sem mudar o processo regular de registro dos médicos, como aconteceu no PMM.

Todavia, numa análise norteada por preceitos bourdieusianos, as características do desenho da política funcionam como um ponto de partida para compreender a história da política. A sua reconstrução permite, em particular, compreender a formação das alianças de um campo com outro, em outros momentos impossíveis, alianças nas quais reside o princípio das mais importantes inovações ou reorientações neste domínio — mesmo que essas últimas possam ser reivindicadas ou atribuídas a agentes particulares.

Esta questão pode ser notada ao se tratar da entrada do agente em um campo em específico, característica de grande destaque, tanto na teoria dos campos, quanto nos campos profissionais em particular. Ao mesmo tempo que o capital cultural (diploma profissional) é legitimado pelo Estado através de seus órgãos de controle (fornecimento de diplomas), este último tem sua ação contida frente às relações de aliança entre o campo burocrático e o campo médico, fazendo com que o seu controle seja delegado às próprias instâncias da categoria médica. Por outro lado, no caso do campo médico, o seu alto grau de autonomia e autorregulação faz com que a ação pública que se volte sobre esta temática seja considerada como uma intervenção externa.

Com a mudança na relação entre esses campos, o PMM estabelece novas condições para a entrada no campo médico. Através do Programa, agentes que possuíam o capital cultural adquirido em uma instituição estrangeira, ou seja, sua formação no exterior, agora teriam um caminho mais curto para sua atuação (entrada no campo médico), ou até mesmo em melhores condições de assegurar, inclusive financeiramente, para realizar a revalidação de seu diploma no Brasil. Como podemos ver nas falas que seguem:

(...) todo mundo ficou alvoroçado [com a notícia do lançamento do PMM]. Porque você se forma fora e “n” motivos, você sabe, não é fácil entrar em faculdade de medicina aqui (...). A angústia de você voltar pro seu país como médico e não poder trabalhar de nenhuma forma é muito ruim, né? Eu sempre coloquei como prioridade o Revalida, né? Até porque minha prioridade sempre foi cirurgia e você começa a trabalhar e é essa loucura. Mas foi sensacional. Pelo que eu vejo tem muitos colegas que se não fosse o programa acho que teriam desistido da medicina facilmente (Médico 5, 31 anos, formado no exterior, validou o diploma, PMM praticamente como primeiro emprego, 24 meses no PMM).

(...) eu tive muito receio quando ele [Bolsonaro] foi assumir né?! Porque eu pensei que ele ia acabar com tudo, principalmente, quem não tem CRM, que era o que ele sempre falou, que só ia ficar quem tivesse CRM. Então, isso para mim, eu já tava conformado, certo que ia cair fora. Aí foi passando e eu fui vendo que pelo menos o contrato a gente ia terminar. Hoje eu tenho certeza que o contrato a gente termina. Eu continuo acompanhando, porque eu quero. Se puder renovar, eu renovaria. Eu tenho interesse em renovar, muito interesse

em renovar. Tenho a minha preocupação em fazer o Revalida, mas eu quero fazer a complementação. Agora para fazer a complementação, eu tenho que largar o programa porque tem que ser 1 ano fazendo a complementação para poder conseguir o CRM (Médico 12, 43 anos, enfermeiro, formado no exterior, não validou o diploma, PMM como primeiro emprego, 13 meses no PMM).

Eu sou formada em Cuba, em Havana. Eu me formei em 2014 e logo depois eu voltei para o Brasil em 2014, em 2015 eu consegui revalidar sendo que antes da revalidação, na metade de 2015 abriu para médicos brasileiros, formados fora, para poder entrar no mais médicos. E daí eu na época já tava estudando para revalidação sendo que já tinha voltado da casa dos meus pais, eu queria tipo assim começar a trabalhar né! Aquela coisa... e era uma oportunidade ótima por que tipo eu não tinha o CRM na mão e ia conseguir trabalhar mesmo sem o CRM, pelo menos numa unidade de saúde. Então, entrei e consegui. Tinha uma vaga só, na época, pra brasileiro formado no exterior aqui em João Pessoa e eu consegui entrar nessa vaga (Médica 20, 33 anos, formada em Cuba, revalidou o diploma, PMM como primeiro emprego, há 37 meses no PMM).

Baseado na teoria bourdieusiana, podemos perceber que os médicos dotados de um alto nível de capital cultural especializado são dominantes no campo médico e detêm o poder de definir as regras do jogo, fazendo com que essas regras funcionem a seu favor. Eles têm a capacidade de definir quem é um médico legítimo e quem não é, quem pode entrar no campo e quem não pode e qual é o sistema legítimo de classificação dos tipos de práticas médicas. Como retrato dessa afirmação, na seção 4.3 expusemos a influência da dominação do conhecimento subespecializado sob a prática na AB.

No entanto, o poder que esses agentes detêm permanece constantemente desafiado por agentes que procuram deslocá-los e ocupar posições dominantes. Nesse ambiente, é improvável alcançar uma hegemonia total. Em contraste com os dominantes no jogo, os médicos com menor capital devem jogar o jogo de acordo com um conjunto de regras que não escolheram e sobre as quais têm controle mínimo ou nenhum. Para ganhar capital médico específico, esses médicos precisam se engajar em atividades consideradas legítimas por aqueles que têm o poder de dizer o que é legítimo, aqui representados pelas entidades médicas oficiais.

Portanto, cada uma de suas decisões, a exemplo da especialidade, do local de trabalho, é orientada ou influenciada pela definição dominante da prática médica legítima. Quer reconheçam ou não a estrutura de poder do campo e a posição que ocupam dentro dele, algumas de suas decisões podem render um alto volume de capital médico, enquanto outras não.

Assim, as fronteiras do campo só podem ser determinadas por uma investigação empírica; raramente assumem a forma de fronteiras jurídicas, embora sejam sempre marcadas por “barreiras à entrada” mais ou menos institucionalizadas.

4.5.5.1 Médicos cubanos – a explicitação da regulação do campo médico

Tema de grande controvérsia e constante debates acalorados, a estratégia de convocar médicos estrangeiros provoca enorme movimentação e alvoroço no campo médico. Estratégia essa muito anterior ao PMM e que de maneira intermitente aparece na agenda dos governos como solução para o problema crônico da desassistência de parte da população brasileira ou como ameaça à prática médica autônoma e com qualidade para as entidades médicas.

Como parte desta pesquisa, nos interessa descrever o posicionamento das entidades médicas, dos agentes atuantes no PMM entrevistados e explicitar os interesses em disputa nesta situação específica.

A vinda de médicos cubanos para o Brasil pelo PMM não foi um evento inédito. A experiência com médicos cubanos, no caso do estado do Tocantins, no fim dos anos 1990, chegou a alcançar 48 dos seus municípios. Na edição 221, de junho de 2013, do *Jornal Medicina*, publicado pelo Conselho Federal de Medicina, a entidade posicionou-se contrária à vinda destes médicos, apoiada sobre os argumentos de que eles “não conheciam a realidade sanitária do estado, não dominavam a língua portuguesa ou sequer comprovaram que eram médicos”. Tal cooperação esteve vigente entre os anos 1999 e 2005 e contou com a atuação de 96 médicos cubanos de diversas especialidades. Sendo o fim dessa cooperação decretado por determinação judicial em 2005 (GOMES, L. B., 2016).

Tanto na matéria publicada pela *Veja*, quanto no referido jornal do CFM, a entidade argumentou enfaticamente que os médicos cubanos seriam despreparados ou incapazes de atender às necessidades da população brasileira, assim como sustentam que o papel da entidade é prezar pela qualidade da assistência provida à população.

Diante da anúncio do PMM, não somente o CFM, como outras entidades médicas, como a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), tiveram um posicionamento conjunto, contundente e contrário à vinda de médicos estrangeiros e para isso produziram uma agenda política ativa no tocante a essa questão²¹. Os argumentos utilizados pelas entidades foram similares ao usados no caso em Tocantins, com a intenção de promover a desqualificação da atuação dos médicos cubanos, objetificando deslegitimar essa estratégia do PMM, em conjunto com “ações identitárias entre os médicos brasileiros” (GOMES, L. B., 2016) para fortalecer o “corpo” médico perante a opinião pública.

²¹ Para saber em detalhes sobre a agenda, ações e estratégias praticadas pelas entidades médicas, ver tese de doutorado de Gomes (2016).

Com relação aos ataques desqualificatórios aos médicos estrangeiros — em especial aos cubanos — promovidos pelas entidades, Gomes (2016) aponta que esta estratégia pode ter sido utilizada de maneira excessiva, acirrando os ânimos dos agentes médicos e chegando a um limite de saturação. Duas situações representam bem essa questão: a primeira foram as críticas realizadas nos vários meios de comunicação de massa e nas redes sociais a afirmação de que “o Brasil quer trazer a escória”, pronunciada pelo Presidente da AMB na audiência na Câmara dos Deputados, em 15 de maio de 2013. E a segunda aconteceu em agosto de 2013, no aeroporto de Fortaleza/CE, quando os primeiros médicos cubanos chegaram ao Brasil, por ocasião do PMM, e foram recepcionados por uma chuva de vaías e insultos oriundas de um grupo de médicos, estudantes e membros do sindicato de medicina. A atitude ganhou tamanha hostilidade que foi entendida como agressiva e preconceituosa. Mais uma vez, através de imagens retratadas deste episódio, a postura dos médicos e das entidades recebeu acentuadas críticas e ganhou grande repercussão nos meios de comunicação.

Portanto, as descrições acima, deixam claro a posição contrária das entidades médicas ao PMM à convocação de médicos formados no exterior, em especial, os médicos cubanos. Como resultado destes episódios houve um desgaste da imagem e descrédito da argumentação das entidades médicas frente a opinião pública no acúmulo destes eventos, fazendo com que as entidades mudassem sua estratégia de contestação (GOMES, 2016).

No tocante às ações identitárias, entre as ações conjuntas disparadas, podemos citar como exemplo a criação do Comitê Nacional de Mobilização. Este teria o papel de produzir e divulgar material técnico e publicitário contrário ao PMM e à vinda dos médicos estrangeiros. O material oriundo deste Comitê era veiculado a todos os médicos do país, agentes políticos e para a população (GOMES, 2016). Outro exemplo foram as manifestações convocadas para o mês de julho contra a vinda de médicos estrangeiros, que ocorreram em vários estados brasileiros. Há de se destacar que estas ações identitárias vinham se constituindo, mesmo antes do lançamento do PMM, como resultado da mobilização em torno da Lei do Ato Médico, que tramitava há 10 anos no Congresso (GOMES, 2016).

Até aqui, os eventos e ações descritas referem-se à prática disparada pelas entidades representativas oficiais da categoria médica e seus líderes. Como parte central desta pesquisa, cabe agora a descrição de como tais disposições aparecem nas falas dos entrevistados.

Aqui os médicos cubanos eram extremamente elogiados. O médico cubano aqui funcionou. A gente “tem que dar a César o que é de César”. Eu tô aqui pra falar pra vocês a realidade. Então... E eu não tinha nenhuma dessas visões antes. Pelo contrário. Eu tinha era discriminação com médico cubano (Médico

1, 34 anos, farmacêutico, PMM praticamente como primeiro emprego, 8 meses no PMM).

Nesta fala, o médico deixa claro que sua disposição em relação aos médicos cubanos era de não aceitação e preconceito. Disposição esta dominante no campo médico. Entretanto, o contato com a prática e com os médicos cubanos propiciado pelo PMM, seja diretamente, percebendo a construção e contribuições das disposições do médico cubano no trabalho da USF, seja através das experiências compartilhadas no discurso dos usuários, elogiando, ou até na postura dos usuários frente às atividades ofertadas na USF (como poderemos ver na falas a seguir), fizeram com que o médico tivesse contato com novas disposições, tanto da prática médica nas USF, como novas disposições classificatórias quanto à presença dos médicos cubanos no Brasil. No decorrer da entrevista ele fala o seguinte:

A estrutura [aqui em no município] permite isso, essa estruturação, como eu disse, deve-se a um conjunto de fatores. Isso que eu quero dizer, que o médico... os médicos cubanos que passaram por aqui, o médico e a médica, eles tiveram um papel muito importante nessa estruturação. (...)Vem funcionando bem, porque até antes o que é que acontecia?! Antes dele, aqui fazia-se uma medicina mais voltada para urgência e emergência e ele conseguiu implementar uma medicina mais voltada para prevenção, com palestra, todo mundo hoje assiste palestra. Palestras que são lotadas, o que você imaginar de pessoal que vem escutar sobre o câncer de próstata, vem escutar sobre câncer de boca com o dentista e é lotado. Impressionante! (Médico 1, 34 anos, farmacêutico, PMM praticamente como primeiro emprego, 8 meses no PMM).

Importante destacar que mesmo em Cuba, com uma AB desenvolvida e reconhecida, há a necessidade de estruturar o sistema de atenção à saúde contando com a presença de serviços especializados e com alto grau de tecnologia. O relato da Médica 9 retrata essa questão ao se referir à presença, entre os médicos que vieram para o Brasil, de subespecialistas que atuavam em UTI em Cuba, ao passo que o Médico 1 reconhece o prestígio da “saúde preventiva” em Cuba.

Eu acho que o Programa Mais Médicos ajudou a contribuir com os cubanos, porque os cubanos realmente eles são... eles têm, alguns deles, não são todos, mas uns que vêm pra cá [município] coincidiu nisso. Isso é importante a gente ressaltar. Eles trabalhavam já nessa... eles já eram referência lá no país deles em... nossa saúde preventiva de saúde da comunidade; saúde da família e comunidade (Médico 1, 34 anos, farmacêutico, PMM praticamente como primeiro emprego, 8 meses no PMM).

Embora alguns também não tivessem perfil, pois as pessoas acham porque é cubano... conheci alguns que não tinham perfil. (...) Não teve a simpatia com a comunidade. Então não quer dizer que porque é cubano, porque é de fora... até porque muitos... esse que trabalhou lá [em Cuba], trabalhou na UTI, era plantonista e também não são todos também que têm o perfil, né? Eles vêm pra esse trabalho, mas nem todos têm esse perfil (Médica 9, 49 anos, especialista em MFC, longa experiência na ESF, 28 meses no PMM).

Dessa forma, o sistema cubano também conta e necessita de profissionais médicos subespecialistas. Possivelmente, devido ao grande contingente de médicos demandados não só pelo PMM, mas também por outros programas de cooperação com Cuba, e o voluntariamento dos médicos para virem trabalhar no Brasil, explicam porque vieram médicos cubanos subespecialistas para atuar na AB brasileira. Isso, na verdade, reforça o argumento de que ambos os perfis são necessários ao sistema, no entanto a valorização do sistema classificatório em torno das subespecialidades, em detrimento das especialidades gerais que atuam na AB, propicia um modelo de saúde que não “encaixa” nas premissas do SUS.

Outros médicos e médicas expressaram relatos positivos com relação à presença dos médicos cubanos.

Cheguei, aqui tinha uma médica cubana, a interação era muito boa, a gente não ouvia problemas com a médica cubana (Médica 11, 40 anos, PMM praticamente com primeiro emprego, 42 meses no PMM).

A população mesmo provou que se não todos os cubanos, mas 90% tinham apoio da população. Você vê aqui em Belém a aprovação é muito grande (Médico 5, 31 anos, formado no exterior, validou o diploma, PMM praticamente como primeiro emprego, 24 meses no PMM).

Eu acho assim de início eles [usuários da USF] sentiam muito até porque, eu acho assim, realmente eles tinham a médica estrangeira. Eles tinham a médica até como uma pessoa de dentro de casa de fazer almoço pra ela ir, em finais de semana. Então assim, realmente era um convívio muito bonito entre eles [médicos cubanos] e o paciente (Médica 6, 28 anos, programa de provimento como primeiro emprego, 3 meses no PMM).

Diante de replicadas experiências exitosas da presença do médico cubano nas USF na Paraíba, a narrativa de que pôr em questão a qualificação e inadequação de sua formação para responder às necessidades de saúde da população brasileira desassistida, não se sustenta e deslegitima a posição das entidades médicas. Ao mesmo tempo, abre espaço para o fortalecimento das disposições que valoram a prática das especialidades gerais e na AB.

Ainda sobre os julgamentos da postura das entidades médicas variarem entre os entrevistados. O Médico 5 posicionou-se de maneira mais contundente, criticando a distância

do agente médico conselheiro do campo de atuação do médico na AB. Na sequência, a fala do Médico 15 sinaliza uma aceitação inicial à vinda do médico estrangeiro, entretanto utiliza-se do pretexto técnico da necessidade de se avaliar a qualificação dos médicos estrangeiros para poder autorizar a sua atuação, dessa forma tendem a aderir à disposição dominante firmada pelas entidades:

Porque muita gente que fala de saúde não conhece de saúde. Muita gente que tá nos nossos conselhos não conhecem. Conhecem de papel. Eu costumo compará-los com uma consulta por telefone. Ele pensa que é uma coisa, mas quem tá vendo é outra e você não pode subestimar quem tá vendo (Médico 5, 31 anos, formado no exterior, validou o diploma, PMM praticamente como primeiro emprego, 24 meses no PMM).

(...) eu não faço parte daquela classe dos médicos que são (...) totalmente contra. (...) Eu acho assim que se não tiver o médico brasileiro, eu acho que por que não? Desde que ele tenha qualidade, tá entendendo!? Conheço alguns que são, conhece cubanos que são bons médicos, mas conheço outro que [pausa] até hoje acredito que não sejam médicos por contas de algumas condutas, mas em relação conheço outros que são até melhores que os brasileiros. (...) então eu sou meio termo entendeu? Eu acho que se tiver uma competência, por que não? (Médico 15, 29 anos, PMM praticamente com primeiro emprego, 06 meses no PMM).

Esse discurso da qualidade dos profissionais apresenta-se vinculado à disposição da parte dominante da classe médica, ou seja, contrária às premissas do PMM. Se, à primeira vista, a preocupação com a “qualidade” da formação dos médicos estrangeiros, em especial os cubanos, se mostra desinteressada, uma vez que é algo que “interessa a toda a população”, e não apenas aos dominantes do campo médico. A análise dessa situação, a partir da constatação de que a disposição para atuar na AB está associada à fração dominada e, conjuntamente, com a modificação no mecanismo de entrada no campo, acelerando para aqueles que queiram atuar na AB, explicitam que esse argumento camufla que o interesse motivador das ações de protesto mobilizadas pela fração dominante é condizente com a manutenção das regras do jogo que os beneficia. Portanto, o argumento da preocupação com a “qualidade”, que inicialmente poderia apresentar-se desinteressada, mostra-se como uma prática com interesse específico relacionado à manutenção das disposições dominantes atuais do campo médico.

Não obstante, também foi possível notar elementos no discurso dos entrevistados, como o da Médica 9, supostamente influenciados pela mudança no discurso e no foco da crítica realizada pelos médicos dominantes do campo médico. Ainda que a crítica tivesse mudado seu

foco, frente à concretude das ações objetivadas pelos médicos cubanos e ampla aceitação pelas comunidades assistidas, as disposições mantinham-se em intensas disputas.

(...) eu sempre achei que a presença dos cubanos não era uma coisa que deveria acontecer. Porque temos muitos médicos. (...) veio que meio a calhar primeiro pela questão ideológica. O governo anterior (aqui ela se refere ao governo Dilma), a questão ideológica com Cuba... fora isso não tem como a gente a não ver a importância de que quando eles fizeram aqui é o quanto eles foram importantes. Eles vão pra locais mais longínquos, de difícil acesso que o médico brasileiro não vai. Infelizmente teve essa questão ideológica, questão do pagamento deles...é coisa mais da participação deles. Eu conheci. Eu trabalhei com alguns. Não tem como desmerecê-los (Médica 9, 49 anos, especialista em MFC, longa experiência na ESF, 28 meses no PMM).

A mudança no foco da crítica, saindo da desqualificação do médico cubano e dirigindo-se ao sistema político cubano aparece claramente nessa fala. Aqui há uma despersonalização da crítica, que agora é dirigida a um ente praticamente metafísico, o Estado cubano. Por outro, mantém a crítica ao governo Dilma, responsável pela implantação do PMM, visto seu alinhamento “ideológico” ao governo cubano.

O que a médica atuante no PMM e, conseqüentemente na AB, não percebe é que ao reforçar essa posição e a classificação arbitrária dos agentes médicos institucionais, ela está reforçando a manutenção da atual estrutura de dominação das subespecialidades e do *locus* do hospital sobre as especialidades gerais e a AB. Apesar de, aparentemente, ela estar querendo preservar a autorregulação do campo e, ao mesmo tempo, uma suposta reserva de mercado, na verdade, ela está fazendo com que haja uma conservação das práticas de manutenção das posições já objetivadas no campo em conformidade com as atuais disposições dominantes no campo médico.

Outro ponto que surgiu nos relatos foi sobre o deslocamento dos médicos brasileiros para lugares longínquos e desassistidos. O argumento de que os médicos brasileiros não se deslocariam para tais lugares foi frequentemente utilizado pelo governo Dilma como uma das justificativas para a realização do acordo de cooperação com Cuba. A fala de uma médica entrevistada corrobora com esta argumentação ao afirmar:

(...) isso não tem como a gente não ver a importância de que quando eles fizeram aqui é o quanto eles foram importantes. Eles vão pra locais mais longínquos, de difícil acesso que o médico brasileiro não vai (Médica 9, 49 anos, especialista em MFC, longa experiência na ESF, 28 meses no PMM).

A Médica 9 fala com larga experiência de atuação na AB. No entanto, sua posição não é unânime entre os entrevistados. No relato do Médico 5, ele associa a falta de planos de carreira médica vantajosas para que o médico migre das capitais e regiões metropolitanas.

(...) muita gente fala sem propriedade, sem ter vivido. É mais ou mais por aí meu raciocínio e indignação às vezes quando esses noticiários que vem agora também querendo já "ah, saíram os cubanos e não tem médicos" atacando novamente nossa classe como se a gente não quisesse trabalhar. E ninguém fala que não querem vir porque não se tem proposta de trabalho. Você não vai sair de João Pessoa pra cachoeira dos índios pra ganhar mesma coisa. Pra ficar longe da sua família. Isso não tem lógica em nenhuma profissão (Médico 5, 31 anos, formado no exterior, validou o diploma, PMM praticamente como primeiro emprego, 24 meses no PMM).

Podemos notar que os médicos entrevistados possuem tomada de posições divergentes entre eles e em relação às entidades médicas. Alguns tiveram uma experiência ambivalente, confrontando suas disposições com que estava vivenciando em sua prática.

É muito interessante notar que a postura de ataque disparada pelas entidades médicas através da argumentação baseada em pretextos técnicos com a necessidade de avaliar o conhecimento e formação dos médicos estrangeiros, a incapacidade atender às necessidades e especificidades dos problemas de saúde do brasileiro, ou mesmo uma possível forma irregular de contratação desses médicos, na verdade traduzem-se como disposições para a manutenção de um sistema classificatório, no qual as subespecialidade e o hospital são valorizados e prestigiados. Sem perceber de que essas disposições que se tornaram naturalizadas e “normais”, os agentes entrevistados terminam por reproduzir parte significativa delas e a terem uma prática de conformidade diante de tais estruturas estruturadas, sem se dar conta da prática no espaço social da AB como uma estrutura estruturante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema da escassez de profissionais médicos e as soluções para essa questão estão diretamente relacionadas com o modelo dominante nos sistemas de saúde, e esse, por sua vez, se configura conforme a distribuição de capital no campo do poder. Para a compreensão destes eventos é necessário que sejam explicitadas as correspondências entre o conteúdo e a estrutura relacional do espaço dos agentes envolvidos em um dado evento, como, por exemplo, na formulação e na execução de uma política pública. De outra forma, podemos incorrer em um entendimento simplista do funcionamento dessa política, transformando-a em algo similar a um sistema programado para realizar certos propósitos, não importando o que, quando ou onde, ou seja, similar a um aparelhamento (BOURDIEU; WACQUANT, 1992). Ou ainda, compreendê-la como resultado do poder e da “genialidade” do agente responsável por tal política, a exemplo de um ministro (DUBOIS, 2021).

Por sua vez, as noções de campo, *habitus* e capital, possibilitam a percepção das constantes disputas dos agentes e instituições em torno de determinadas regularidades e regras, constitutivas do próprio campo médico. O uso da abordagem bourdieusiana propiciou a produção de uma análise com um olhar direcionado para explicitar as disputas e a historicidade das características que constituem o campo médico e a política do PMM na Paraíba.

Para tanto, ao invés de perceber a constituição de um espaço social como resultante de premissas como a “auto-referencialidade” ou “auto-organização”, Bourdieu propõe as noções de diferenciação e autonomização. Assim, “os produtos de um determinado campo podem ser sistemáticos sem serem produtos de um sistema, e especialmente de um sistema caracterizado por funções comuns, coesão interna e autorregulação” (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 103), ou seja, se o campo médico pode tratar de posturas constitutivas de um espaço de possíveis configurações, como um sistema, elas formam um sistema de diferenças, de propriedades distintivas e antagônicas, que não se desenvolvem de seu próprio movimento interno autorreferenciado, mas por meio de conflitos internos ao campo. Dessa forma, o campo é o *locus* das relações de força.

Embora o campo seja constituído por “sistemas de relações independentes das populações que essas relações definem” (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 106), um campo não pode ser erguido senão por meio de indivíduos. Por sua vez, as informações necessárias para sua análise estão geralmente vinculadas a indivíduos ou instituições.

Como demonstrado no corpo dessa tese, o problema da escassez de médicos no Brasil é de longa data e estava sendo enfrentado sem maiores confrontos com a categoria médica. Se, por um lado, o sistema de saúde brasileiro necessita de um número maior de médicos atuando

na AB, por outro lado, no campo médico, a posição de maior possibilidade de detenção de capital e ascensão na trajetória profissional, tende a ser ocupada por aqueles que detêm capital cultural técnico especializado e com atuação em hospitais. Assim, o choque de interesses provocado com o lançamento do PMM causou grande mobilização e ações das entidades médicas, deduzindo-se que anteriormente ao PMM as medidas tomadas tendiam a seguir os interesses da parcela dominante do campo médico.

O surgimento do programa não deve ser entendido como resultante da vontade de alguns, e sim como produto de uma complexa rede de mudanças nas demandas da população e da configuração das relações entre o campo burocrático do governo federal e do campo médico, propiciando a emergência e as condições para implantação do PMM, ainda que esse último estivesse voltado a interferir em elementos centrais e constitutivos do campo médico como: o seu mecanismo de entrada e a valoração de disposições dominadas.

Podemos observar, que o campo médico está constituído por agentes com interesses variados. Mesmo entre os produtores dominados no campo, a diversidade de interesses presente no material analisado foi acentuada. Para fins de análise, identificamos dois polos de agentes: médicos especialistas com atuação hospitalar e médicos generalistas com atuação na AB. O primeiro polo, constituído pelas disposições dominantes, caracterizava-se pelo desenvolvimento de especialidades com alto consumo de tecnologias e de atuação em hospitais, e o seu oposto, com disposições para atuar com foco na clínica e na AB. Dessa forma, identificamos como capital específico do campo a posse de conhecimento técnico especializado. Consequentemente, a sua posse foi o fator de distinção e *status* no campo médico.

Posto que o campo médico se caracterizou como um espaço hierarquicamente estruturado, de posições dominantes e subordinadas, segundo a distribuição desigual do volume de capital técnico especializado, a prática desenvolvida pelos agentes com disposições dominadas pode ser classificada como uma prática de sucessão ou de insubordinação, a depender de sua relação com o jogo do campo.

Diante dessa configuração, a indução do PMM convocando médicos para atuar na AB, não necessariamente realiza a fixação desse médico nesse contexto, pois aqueles médicos que almejam aumentar seu volume de capital específico, necessitam desenvolver práticas consideradas legítimas pelas autoridades do campo médico para ascender sua posição nesse espaço. Com isso, a participação instrumental do agente no PMM, aquela cuja participação está atrelada ao interesse de buscar futuramente se especializar ou como um meio de entrar no campo médico, pode ser traduzida como uma prática de sucessão. Em outras palavras, o médico com

baixo capital específico, ambicionando adquiri-lo e ascender sua posição, segue as regras estabelecidas, buscando subir na hierarquia sem questionar a própria hierarquia.

Dessa forma, a corporificação do *habitus*, em grande medida, durante a formação médica, em conformidade com a atual disposição considerada legítima, consolida não só as posições já objetivadas, mas ainda o modo de classificação das práticas constituintes da dimensão simbólica da luta pelo poder. Não obstante, a tentativa das autoridades médicas de interromper o PMM, baseando-se na argumentação desinteressada, alicerçada na preocupação com o bem-estar comum, mostrou-se, em sua camada mais profunda, ser sustentada por interesses que estavam longe de ser imaterial, demonstrando, assim, que essa prática estava interessada na manutenção das regras e regularidades atuais da configuração do campo médico, reproduzindo, conseqüentemente, a disposição dominante voltada para a acentuada especialização de sua prática cotidiana com seu *locus* no hospital.

Por outro lado, aqueles que adquiriram disposições divergentes do *habitus* dominante, visaram alterar essa estrutura de distribuição de capital específico e criar uma nova hierarquia. Podemos apontar a presença dessa prática de subversão tanto nos agentes ocupando posições na fração do campo burocrático responsável pelo PMM, competindo pelas formas legítimas da prática no sistema de saúde, quanto em alguns agentes médicos integrantes do PMM, que ao reivindicar a valorização do seu capital, disputam pela legitimação de sua prática. Portanto, o PMM necessariamente precisa afetar a distribuição do capital específico no campo médico, e como resultado, alterar a hierarquia do campo, para concretizar os seus interesses.

Não obstante, entre as homologias estruturais e funcionais possíveis de serem observadas entre diferentes campos, um dos mecanismos de destaque é o seu controle sobre a entrada no campo. Nossa análise observou a extensa influência do campo médico desde a formação profissional dos médicos nas instituições de ensino, perpassando pela escolha da especialidade, até a adesão aos argumentos das autoridades médicas em relação ao PMM.

Devido à capacidade da fração dominante em ditar as regras do jogo, com destaque para o mecanismo de entrada no campo, a ação do PMM de prover a licença médica para agentes formados no exterior foi compreendida como uma atividade de ameaça pelas autoridades do campo médico. Isto é explicado pela possibilidade de o PMM afetar a distribuição do capital profissional simbólico e, conseqüentemente, tensionar e modificar a hierarquia interna do campo.

Essa tensão sobre os mecanismos de entrada também foi explicitada no chamamento dos médicos cubanos para atuarem no Brasil. A ação do PMM em convocá-los ganhou legitimidade, mesmo enfrentando críticas das autoridades médicas, que tentando representar

sua ação a partir de uma posição desinteressada, teve como resultado uma deslegitimação frente à população e até mesmo entre seus agentes médicos, principalmente aqueles que estavam tendo o capital profissional simbólico confrontado com a concretude da prática dos médicos cubanos nos espaços por onde eles passavam.

Diante de todas essas observações e mesmo compreendendo a limitação deste estudo, que se restringiu à experiência de agentes situados na Paraíba, percebemos as interferências das ações do PMM no movimento de disputa por capitais dentro do campo médico, constituindo uma dialética, entre campo e *habitus*, por meio da qual práticas específicas podem reproduzir ou produzir o mundo social que ao mesmo tempo as faz.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra; GERMANI, Ana Claudia Camargo; BALBINOT, Rachelle; DALLARI, Sueli Gandolfi. Regulação do exercício de profissões de saúde: fragmentação e complexidade do modelo regulatório brasileiro e desafios para seu aperfeiçoamento. **Revista de Direito Sanitário**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 198-218, 11 dez. 2018. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i2p198-218>. Acesso em: 14 mar. 2022.

ALBERT, Mathieu; KLEINMAN, Daniel Lee. Bringing Pierre Bourdieu to Science and Technology Studies. **Minerva**, [S.l.], v. 49, n. 3, p. 263-273, 20 jul. 2011. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11024-011-9174-2>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; AMARAL, Pedro Vasconcelos; FRANCESCONI, Gabriel Vivas; ROSALES, Carlos; KEMPER, Elisandrée Sguario; SILVA, Núbia Cristina da; SOARES, Juliana Goulart Nascimento; MOLINA, Joaquín; ROCHA, Thiago Augusto Hernandez. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.l.], v. 42, 2018. Pan American Health Organization. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.185>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira. A sociologia das profissões: em torno da legitimidade de um objeto. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, [S.l.], v. 36, n. 2º semestre, p. 3–30, 1993.

BARRÊTO, Danyella da Silva; MELO NETO, Alexandre José de; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de; SAMPAIO, Juliana; GOMES, Luciano Bezerra; SOARES, Ricardo de Sousa. The More Doctors Program and Family and Community Medicine residencies: articulated strategies of expansion and interiorization of medical education. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 23, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180032>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa: Diefel-Bertrand, 1989.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. 9. ed. Campinas, SP: Papirus, 1996. ISSN 1098-6596.

BOURDIEU, Pierre. **Sociologia**. São Paulo: Ática, [S.l.], p. 29, 1983.

BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loic J. D. **An Invitation to Reflexive Sociology**. [S.l.: s.n.], 1992. ISSN 00028762.

BRASIL. **Edital no 41**, de 18 de julho de 2013. Alteração do edital de adesão de médicos ao projeto mais médicos para o Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, [S.l.: s.n.], 19 jul. 2013a. Disponível em: http://189.28.128.100/maismedicos/edital_41_2013_maismedicos_.pdf. Acesso em: 14 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** [S.l.: s.n.], 2013b. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12871-22-outubro-2013-777279-norma-atualizada-pl.pdf](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12871-22-outubro-2013-777279-norma-12871-22-outubro-2013-777279-norma-atualizada-pl.pdf). Acesso em: 14 mar. 2022.

BRASIL. **Programa mais médicos – dois anos: mais Saúde para os brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. *E-book*.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 8, p. 569-584, 2003. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232003000200018>. Acesso em: 14 mar. 2022.

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 187-194, jan. 1999. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1999000100019>. Acesso em: 14 mar. 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>. Acesso em: 14 mar. 2022.

CASTRO, Marcia C *et al.*. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, [S.l.], v. 394, n. 10195, p. 345-356, jul. 2019. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31243-7). Acesso em: 14 mar. 2022.

CHARLES-JONES, Huw *et al.*. Transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care. **Sociology Of Health & Illness**, [S.l.], v. 25, p. 71-92, jan. 2003. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.t01-1-00325>. Acesso em: 14 mar. 2022.

CHAVES, Mônica Campos; MIRANDA, Alcides Silva de. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na saúde pública. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 12, n. 24, p. 153-167, mar. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832008000100012>. Acesso em: 14 mar. 2022.

COLLYER, Fran. Envisaging the healthcare sector as a field: moving from talcott parsons to pierre bourdieu. **Social Theory & Health**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 111-126, 8 ago. 2017. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1057/s41285-017-0046-1>. Acesso em: 14 mar. 2022.

COLLYER, Fran M.; WILLIS, Karen F.; LEWIS, Sophie. Gatekeepers in the healthcare sector: knowledge and bourdieu's concept of field. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 186, p. 96-103, ago. 2017. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.004>. Acesso em: 14 mar. 2022.

DENT, Mike; BOURGEAULT, Ivy Lynn; DENIS, Jean-Louis; KUHLMANN, Ellen. The Routledge Companion to the Professions and Professionalism. **Routledge**, [S.l.], jul. 2016. Routledge. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4324/9781315779447>. Acesso em: 14 mar. 2022.

DUBOIS, Vincent. Os espaços sociais para a produção de políticas públicas. A noção de campo como ferramenta da sociologia da ação pública. *In*: DE OLIVEIRA, Osmany Porto; HASSENTEUFEL, Patrick (org.). **Sociologia política da ação pública: teorias, abordagens e conceitos**. Brasília: Enap, 2021. p. 135–152.

DUSSAULT, Gilles; FRANCESCHINI, Maria Cristina. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Human Resources For Health**, [S.l.], v. 4, n. 1, 27 maio 2006. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>. Acesso em: 14 mar. 2022.

EPSM, Estação de pesquisa de sinais de mercado em saúde. IDENTIFICAÇÃO DE ÁREAS DE ESCASSEZ EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE Relatório Final de Atividades. [S.l.], p. 194, 2012. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identificação de áreas de escassez de RHS no Brasil.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identificação%20de%20áreas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf). Acesso em: 14 mar. 2022.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **Welfare states in transition**: national adaptations in global economies. London: SAGE Publications, 1996.

FRIESE, Susanne. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti**. [S.l.]: SAGE Publications, 2012.

GIOVANELLA, Lígia *et al.*. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2º ed.. Rio de Janeiro/RJ: FIOCRUZ, 2012.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.*. **Mercado de Trabalho Médico** - Escassez e desigualdades na distribuição da força de trabalho no Brasil. Belo Horizonte: [S.n.], 2013. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Publicacoes/Publicacao_Mercado_de_Trabalho_Medico_2013.pdf. Acesso em: 14 mar. 2022.

GIRARDI, Sábado Nicolau; VAN STRALEN, Ana Cristina de Sousa; CELLA, Joana Natalia; MAAS, Lucas Wan Der; CARVALHO, Cristiana Leite; FARIA, Erick de Oliveira. 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, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>. Acesso em: 14 mar. 2022.

GOMES, Ana Paula Azevedo; MACIEL, Elvira Maria Godinho de. O eclipse da interseção entre público e privado: o financiamento público do subsetor privado de saúde à luz da constituição federal. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 43, n. 4, p. 256-262, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s421>. Acesso em: 14 mar. 2022.

GOMES, Luciano Bezerra. **A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas.** 31- f. 2016. [S.l.], 2016.

GONÇALVES, Carlos Manuel. Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, [S.l.], v. XVII–XVIII, p. 177–223, 2008.

HANS, Joas; KNÖBL, Wolfgang. *Social theory: twenty introductory lectures.* 7th. ed. [S.l.]: Cambridge University Press, 2013.

HONE, Thomas *et al.*. **Impact of the Programa Mais Medicos (More Doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable Mortality.** [S.l.], p. 1–11, 2020.

KURUNMÄKI, Liisa. Professional vs financial capital in the field of health care - struggles for the redistribution of power and control. **Accounting, Organizations and Society**, [S.l.], v. 24, p. 95–124, 1999.

LUKE, Haida. **Medical education and sociology of medical habitus:** “It’s not about the stethoscope!” [S.l.]: Kluwer Academic Publishers, 2003.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil:** um retrato da realidade. [S.l.], p. 1-244, 1997. Editora FIOCRUZ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9788575412695>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MACHADO, Maria Helena. **Profissões de saúde:** uma abordagem sociológica. [S.l.], 1995. Editora FIOCRUZ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9788575416075>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MACIEL FILHO, Romulo. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. **Tese, Doutor em Saúde Coletiva, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva - IMS/UERJ.** [S.l.], p. 264, 2007.

MACIEL FILHO, Romulo; BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Rumo ao interior:** médicos, saúde da família e mercado de trabalho. 2008. Editora FIOCRUZ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9788575416013>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000500037>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MELLO, Guilherme Arantes; MATTOS, Augustus Tadeu Relo de; SOUTO, Bernardino Geraldo Alves; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Médico de família: ser ou não ser? dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 33, n. 3, p. 464-471, set. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022009000300017>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Batista. Trabalho em Saúde. *In*: PEREIRA, ISABEL B.; LIMA, Julio César F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro/RJ: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2005. p. 427–432.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Pierre Bourdieu e a saúde: uma sociologia em actes de la recherche en sciences sociales. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 24, n. 7, p. 1588-1598, jul. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000700014>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 515–526, 2006.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 5-7, nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00131>. Acesso em: 14 mar. 2022.

OECD Indicators. Health at a Glance 2015. **Oecd/Korea Policy Centre**, [S.l.], 19 jul. 2016. OECD. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264261433-ko>. Acesso em: 14 mar. 2022.

OLIVEIRA, Felipe Proença de; VANNI, Tazio; PINTO, Hêider Aurélio; SANTOS, Jerzey Timoteo Ribeiro dos; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de; ARAËJO, Sidclei Queiroga de; MATOS, Mateus Falcão Martins; CYRINO, Eliana Goldfarb. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 19, n. 54, p. 623-634, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>. Acesso em: 14 mar. 2022.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, maio 2011. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 14 mar. 2022.

PINTO, Hêider Aurélio; OLIVEIRA, Felipe Proença de; SANTANA, José Santos Souza; SANTOS, Felipe de Oliveira de Souza; ARAUJO, Sidclei Queiroga de; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de; ARAËJO, Grasiela Damasceno de. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo provimento de 2013 a 2015. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 1087-1101, 21 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>. Acesso em: 14 mar. 2022.

PONKA, David *et al.*. Contrasting current challenges from the Brazilian and Canadian national health systems. **Canadian Family Physician**, [S.l.], v. 65, p. 890–896, 2019.

RIBEIRO, Aridiane Alves; ACIOLE, Giovanni Gurgel; ARANTES, Cássia Irene Spinelli; READING, Jeff; KURTZ, Donna L.M.; ROSSI, Lúcia Aparecida. The work process and care production in a Brazilian indigenous health service. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 1-9, 21 set. 2017. GN1 Sistemas e Publicacoes Ltd.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0029>. Acesso em: 14 mar. 2022.

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, nov. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>. Acesso em: 14 mar. 2022.

SARTI, Thiago Dias; FONTENELLE, Leonardo Ferreira; OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; ROSSI, Stephani Vogt; OLIVEIRA, Miguel Henrique Moraes de; ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho. Onde se graduam os Médicos de Família e Comunidade do Brasil? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 16, n. 43, p. 2626, 6 abr. 2021. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2626](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2626). Acesso em: 14 mar. 2022.

SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. **Demografia médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.

SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; BIANCARELLI, Aureliano. Médicos estrangeiros e brasileiros formados no exterior. In: **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2013. p. 256.

SCHINKEL, Willem; NOORDEGRAAF, Mirko. Professionalism as Symbolic Capital: materials for a bourdieusian theory of professionalism. **Comparative Sociology**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 67-96, 2011. Brill. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1163/156913310x514083>. Acesso em: 14 mar. 2022.

SEIDEL, John V. Qualitative Data Analysis. In: **The Ethnograph V5.0: a users guide**. Colorado Springs, Colorado: Qualis Research, 1998. *E-book*.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TERRA, Lílían Soares Vidal; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. ALIENAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.l.], v. 17, n. 2, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00191>. Acesso em: 14 mar. 2022.

THOMAS, David R.. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. **American Journal Of Evaluation**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 237-246, jun. 2006. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1098214005283748>. Acesso em: 14 mar. 2022.

WACQUANT, L.. Esclarecer o Habitus. **Educação & Linguagem**, [S.l.], v. 10, n. 16, p. 63-71, 31 dez. 2007. Instituto Metodista de Ensino Superior. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1043/el.v10n16p63-71>. Acesso em: 14 mar. 2022.

WORLD Health Organization. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention**: global policy recommendations. France: WHO Press, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44369>. Acesso em: 14 mar. 2022.

YANG, Yahan; LI, Jiawei; WU, Xiaohang; WANG, Jinghui; LI, Wangting; ZHU, Yi; CHEN, Chuan; LIN, Haotian. Factors influencing subspecialty choice among medical students: a systematic review and meta-analysis. **Bmj Open**, [S.l.], v. 9, n. 3, mar. 2019. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022097>. Acesso em: 14 mar. 2022.

ZURN, Pascal; POZ, Mario R dal; STILWELL, Barbara; ADAMS, Orvill. Imbalance in the health workforce. **Human Resources For Health**, [S.l.], v. 2, n. 1, 17 set. 2004. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-2-13>. Acesso em: 14 mar. 2022.

APÊNCICE 1 – QUESTIONÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADO AOS MÉDICOS

Questionário para o Médico (Programa Mais Médicos)		
1.1 Nome: _____		1.3 Celular: _____
1.2 E-mail: _____		
1.4 Idade: _____	1.5: Data de Nascimento: / /	1.6 Sexo: () M () F
1.7 Raça (autodeclarada): _____		1.8 Estado Civil: _____
1.9 Cidade/ País de Nascimento: _____	2.0 Cidade residência: _____ Bairro: _____	
2.1 Nome USF: _____		CNES: _____ Município: _____
2.3 Ano de Graduação de Medicina: _____		
2.4 Instituição de Graduação: _____		País de Graduação: _____
2.5 Pós-graduação: () Não () Sim		
Título:		
() Residência	Área _____	Ano de conclusão _____ Instituição _____
() Especialização	Área _____	Ano de conclusão _____ Instituição _____
() Mestrado	Área _____	Ano de conclusão _____ Instituição _____
() Doutorado	Área _____	Ano de conclusão _____ Instituição _____
2.6 O Programa Mais Médicos é seu primeiro emprego como médico? () Não () Sim		
2.7 Você já trabalhou como médico na Atenção Primária à Saúde antes de ingressar no Programa Mais Médicos? () Não () Sim		
2.8 Já atuou como médico da atenção primária em outros países antes de ingressar no Programa Mais Médicos? () Não () Sim Se Sim, quais países ? _____ Em qual período? _____		
2.9 Você atua em outro serviço? () Não () Sim Se sim, qual local? _____		
3.0 Ingresso no Programa Mais Médicos: _____ / _____		
3.1 Data da sua Entrada no Município atual: _____ / _____		
3.2 Tem área indígena ou quilombola na área de atendimento? () Não () Sim		
3.3 A USF possui unidade âncora? () Não () Sim Se sim, com que frequência precisa atender lá? _____		

3.4 Qual a Carga Horária (real) de Trabalho na USF? _____

3.5 Quais os diferentes serviços de saúde existem no seu município?

() Policlínica () Hospital ()CAPS ()CER () CRAS () CREAS () CEO
() Outros _____

Roteiro de entrevista semiestruturada para médicos

1)Você poderia nos falar sobre sua trajetória até chegar aqui?

- *Formação e Atuação profissional*
- *Formação escola e profissional da família*
- *Escolha do município*
- *Chegada no município (Acolhimento)*

2) Como tem sido sua experiência em trabalhar nesta USF?

- *Dificuldades e Mudanças na estrutura e processo de trabalho*
- *Troca de equipe/ município*
- *Pontos facilitadores (trabalho em equipe, relação com a comunidade, etc...)*

3) Como tem sido sua experiência com a rede de apoio?

- *Aspectos positivos e negativos (relatos e causas)*
- *Atuação do NASF, Especialidades, Exames Complementares, Urgência e Emergência*

4) Como tem sido sua experiência no PMM?

- *Infraestrutura, insumos, equipamentos, educação permanente, supervisor, processo de trabalho*
- *Motivo da escolha para aderir ao programa*
- *Avaliação da política, do futuro e importância do programa*
- *Relação da ESF com os hospitais e especialidades*

5) Comunidades Quilombolas, Indígenas, Rural (Unidades âncoras)

Como tem sido sua experiência em trabalhar nessa área?

- *Formação específica, integração com a comunidade,*
- *Particularidades/ especificidade*

6) Avaliação e valoração

- *Quais características mais contribuem para o bom trabalho de um profissional de saúde?*

- *Definição das qualidades mais desejadas e menos desejadas*
- *Fatores que influenciam na aproximação com os demais*
- *Fatores que distanciam com os demais trabalhadores*
- *Quais elementos mais contribuem para uma boa relação com a comunidade?*
- *Descrição do perfil, situações que houve empatia, indiferença e desconforto na relação com o usuário*

APÊNCICE 2 – UMA ANÁLISE CRÍTICA SOBRE O DESIGN DAS POLÍTICAS DE PROVIMENTO MÉDICO PARA ÁREAS DESASSISTIDAS: UM ESTUDO DE CASO COMPARATIVO E HISTÓRICO ENTRE BRASIL E CANADÁ

QUESTIONÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADO AOS MÉDICOS

1. INTRODUÇÃO

Este estudo foi realizado para identificar os fatores que informam e restringem o design das políticas de provimento de RHS. Foi realizada uma análise crítica visando comparar as políticas de provimento de RHS no Brasil e no Canadá, utilizando uma metodologia de estudo de caso múltiplo e histórico. Os objetivos do estudo foram (a) descrever as características do design de ambas as políticas com base no modelo recomendado pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), (b) identificar os fundamentos usados para sustentar certas características do design destas políticas e (c) delinear o papel dos aspectos econômicos, políticos e culturais contingentes das políticas em ambos os locais. Além disso, com os resultados deste estudo almejamos iniciar a construção de um quadro teórico relacionado com o desenho da política de provimento de RHS.

É notável que abordar a reforma da força de trabalho e seus problemas não apenas envolve diversos interessados e decisões técnicas, mas também incluem a viabilidade política, a aceitação social e a acessibilidade financeira (DUSSAULT; DUBOIS, 2003).

Todos os países devem lidar com esta complexa reforma da força de trabalho, que é uma questão desafiadora envolvendo treinamento, recrutamento e retenção de profissionais da saúde objetivando adequar-se para atender às necessidades de saúde da sociedade por meio das políticas de RHS.

Além disso, o modelo de prestação de cuidados desempenha um papel crucial na determinação do número e da composição dos profissionais da saúde para responder às necessidades de saúde da população. Ainda, um serviço sólido de atenção primária é fator crucial para sustentar um sistema de cobertura universal da saúde. Para ter sucesso, os sistemas de atenção primária devem possuir financiamento adequado, reforçado pelo modelo do sistema de saúde e executado por profissionais qualificados. Assim como, a seleção de alguns princípios torna-se essencial na orientação de todos os planos e ações (DAMJI *et al.*, 2018; STARFIELD, 1994) dos tomadores de decisão aos trabalhadores da linha de frente.

O uso da abordagem analítica é útil para a compreensão do equilíbrio entre oferta e demanda de trabalhadores da saúde e de suas influências na abrangência e no escopo de uma

política de RHS (DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010; HUICHO *et al.*, 2010; SOUSA *et al.*, 2013). Comumente, suprimento é definido como o balanço entre o número de vagas de formação num país e fatores que conduziram à saída temporária ou permanente da força de trabalho, tais como migração, doença, falecimento, mudança no trabalho e aposentadoria (HOLLYMAN, 2006; SOUSA *et al.*, 2013). No que se refere à demanda por profissionais da saúde, esta é determinada pelas necessidades da população e pela demanda por serviços de saúde (SOUSA *et al.*, 2013). Este último, atualmente, pode ser fornecido por instituições públicas ou privadas, ou por ambas.

Tendo em vista a situação atual de grave escassez de trabalhadores da saúde, má distribuição, prática dual não regulamentada, desequilíbrios na composição das equipes de saúde, produtividade reduzida e piora do desempenho devido às medidas econômicas de austeridade, manter o equilíbrio entre a oferta e a demanda de profissionais qualificados tornou-se ainda mais difícil e volátil (DUSSAULT; DUBOIS, 2003; DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006; ROBERTO; POZ, 2013; SOUSA *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Além disso, o mercado de trabalho em saúde, o grau de desenvolvimento econômico dos países e o movimento de migração global são importantes determinantes macro deste equilíbrio. Dessa forma, diante desse mosaico de fatores atrelados ao balanço da quantidade e qualidade destes profissionais disponíveis para o mercado de trabalho em saúde, torna-se difícil identificar suas causas e seus efeitos *per se*.

Por essas razões, a política de RHS tem um papel crucial intervindo neste mosaico de fatores que não podem ser deixados para o mercado desregulado (DUSSAULT; DUBOIS, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). As intervenções podem ser classificadas em longo prazo e curto prazo. As medidas de longo prazo são comumente citadas como objetivo desejável para a resolução de problemas de recursos humanos, embora estas sejam comumente abordadas de uma forma simplista, tais como aumento ou diminuição de vagas de graduação para profissionais da saúde. Como as intervenções de longo prazo precisam de tempo para produzir os seus efeitos, estes podem ser lentos e com significativas limitações para responder às rápidas mudanças que vêm ocorrendo nos determinantes macro (mencionados acima).

Consequentemente, as medidas de curto prazo assumem um papel fundamental e recebem mais atenção do que as medidas de longo prazo. Em situações como a escassez de profissionais da saúde, a maioria dos países marcadamente buscam soluções por meio de intervenções de curto prazo.

Dentre as intervenções de curto prazo, o recrutamento de graduados médicos internacionais (*international medical graduates* - IMGs) é um tipo frequente de recurso que

compõe este pacote de ações (OLIVEIRA, F. P. De *et al.*, 2015), não só devido a sua maior rapidez de execução, mas também pelos seus baixos custos quando comparados a formação completa de um profissional. No entanto, esse tipo de política tem um alto preço político e ético. Como um exemplo do preço político elevado, médicos brasileiros realizaram uma ampla e nítida campanha publicitária contra a nova política de recrutamento do governo federal, que teve considerados efeitos sobre a opinião do corpo de profissionais atuantes e da própria população brasileira, visto a legitimidade e *status* da categoria médica nas sociedades atualmente. E, como uma questão ética, este pode ser identificado quando, por exemplo, o governo canadense fez chamadas públicas em revistas médicas sul-africanas para recrutar médicos para trabalhar no Canadá.

Para uma compreensão de como as disputas são operadas na dimensão política, uma análise política deve observar em cada situação específica o fato de que algumas questões (e não outras) tornam-se objeto de decisões públicas e ações. Identificar como determinados fenômenos sociais se tornam objeto de uma política e como os argumentos específicos surgem para orientar o processo de formulação de políticas (MENICUCCI; BRASIL, 2010).

Em relação à dimensão ética, desequilíbrio no número e distribuição da força de trabalho dentro e entre países de alta renda (high income countries - HIC) e países de baixa e média renda (low - and middle - income countries - LMIC) complicam ainda mais os atuais problemas de saúde. Por uma perspectiva individualista, a migração pode ser abordada como uma questão de escolha individual. Porém, com a saída de um grande número de médicos, os países emissores sofrem não apenas perdas financeiras, mas também podem levar todo o sistema de saúde a uma situação crítica, resultando em perda de vidas (HOLLYMAN, 2006; JOUDREY; ROBSON, 2010).

Além disso, enquanto os sistemas de saúde dos LMIC podem ser vítimas de "fuga de cérebros", muitos dos profissionais de saúde que migram tornam-se vítimas de "desperdício de cérebros" ao chegarem a um novo país, com suas habilidades subutilizadas ou não utilizadas em todos em suas novas casas (BOURGEAULT *et al.*, 2011; BOURGEAULT; VIERS, 2010; HOLLYMAN, 2006; JOUDREY; ROBSON, 2010; LOFTERS *et al.*, 2014).

A demanda por profissionais de saúde tem crescido acentuadamente tanto nos HIC quanto no LMIC. A relação entre eles pode piorar e agravar as desigualdades sociais e de saúde. Não é à toa que governos, instituições internacionais, autoridades profissionais e pesquisadores têm se dedicado a contribuir para uma melhor abordagem dessas questões.

Como ponto de partida, os técnicos e os tomadores de decisão precisam saber se as intervenções funcionam ou não, porque funcionam e em que contexto. Muitas vezes, há falta

de coerência entre a estratégia de retenção proposta e os fatores que importam para os profissionais de saúde na escolha do local (DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010), Muito embora, avaliar intervenções para melhorar os RHS é complexo devido à natureza multidimensional das intervenções e à dificuldade de avaliar a influência de diversos fatores contextuais.

É possível identificar importantes contribuições de revisões sistemáticas (CHOPRA *et al.*, 2008; DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010; GLENTON *et al.*, 2013; GROBLER; BJ; MABUNDA, 2015), pesquisas (ARRUDA *et al.*, 2017; BOURGEAULT; VIERS, 2010; DA SILVA *et al.*, 2016), recomendações de políticas (WORLD HEALTH ORGANISATION, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), Mas são poucas as pesquisas comparando com experiências internacionais, principalmente, a comparação entre HIC e LMIC.

Nesta pesquisa, buscamos comparar os casos das políticas de provimento de RHS no Brasil e no Canadá devido a suas semelhanças, tais como: (1) a busca em proporcionar um sistema de saúde com uma cobertura universal, (2) o foco na atenção primária como principal modelo de fornecer acesso e organizar o sistema de saúde, (3) existência de muitas áreas remotas e mal atendidas e (4) a necessidade urgente de atender às necessidades das populações indígenas e “minoritárias”. Além das semelhanças, suas diferenças também permitem ter consciência do papel contingente dos aspectos sociais, econômicos e culturais. Por exemplo, (1) a diferença dos fatores que “puxam” e/ou “empurram” influenciam na migração entre um HIC e um LMIC, entre regiões urbanas e interioranas, (2) organização política e burocrática, (3) tamanho da população e, automaticamente, o número de médicos, (4) o idioma, (5) características climáticas e étnicas bem distintas entre Brasil e o Canadá. O estudo comparativo é importante por contribuir para o desenvolvimento do pensamento crítico, bem como por ser uma forma de desnaturalizar a forma como as decisões são tomadas. Portanto, estudo comparativo deste tipo pode permitir que seus respectivos países aprendam diferentes maneiras de resolver questões de política de provimento de RHS por meio de novas abordagens que podem surgir como resultado de tais comparações

Portanto, os designs de ambas as políticas de provimento são aqui analisados em profundidade através do foco nas semelhanças e diferenças, com o entendimento de que o contexto pode ter uma grande influência nas políticas.

2. MÉTODO

A abordagem qualitativa permite uma maior apreciação das características mais profundas e multifacetadas dos fenômenos sob investigação e as influências contextuais sobre esses fenômenos. Na tentativa de incluir diferentes contextos, ao fazê-lo, teremos a oportunidade de aprender com a experiência do “outro” e sermos mais reflexivos sobre o debate em que nos engajamos.

Um estudo de caso múltiplo e histórico foi conduzido para entender os principais pressupostos e elementos contingentes que têm influência nas intervenções de curta duração das políticas de provimento de médicos no Brasil e no Canadá.

Esta abordagem permite à pesquisa qualitativa uma análise aprofundada de um fenômeno junto com seu contexto, descrevendo e explorando o papel e as relações entre instituições, comunidades, programas, agentes e assim por diante (BAXTER; SUSAN JACK; JACK, 2008). Portanto, o estudo de caso é adequado a esta pesquisa na medida em que possibilita avaliar o design das políticas de provimento de médicos inserida em seu contexto e, por conseguinte, compreender os motivos da seleção de determinado tipo de intervenção e não de outro. Além disso, para fazer um estudo comparativo a respeito do provimento de médicos no Brasil e no Canadá, foi necessário um desenho de estudo de caso múltiplo devido à necessidade de comparação de casos com contextos diferentes.

Além disso, para uma análise de uma política pública, a abordagem histórica permite recontar um evento através de lentes e perspectivas diferentes. Desta forma, uma abordagem histórica fornece uma reflexão contínua sobre os eventos e uma consciência de que não existe uma única “verdade” ou saída para um determinado problema ou evento (KUPER; WHITEHEAD; HODGES, 2013). Portanto, uma abordagem histórica permite identificar os fundamentos e pressupostos do que geralmente é apresentado como conhecimento puramente técnico ou neutro.

Não obstante, como um processo de desenvolvimento de políticas envolve uma rede de decisões que se desenvolvem ao longo do tempo, em vez de uma única decisão independente, uma histórica abordagem permite identificar como estas decisões e escolhas estão interligadas com aspectos políticos, sociais e culturais. Assim, uma política em seu contexto necessita de uma reflexão contínua devido a sucessão de decisões futuras que serão tomadas e atualizadas (PINTO *et al.*, 2014).

Devido à amplitude e diversidade das políticas de recursos humanos para a saúde, optamos por estudar o desenho das políticas de recursos humanos que visam o provimento de médicos para trabalhar em áreas desassistidas. Entre os motivos desta escolha estão: o papel central do profissional médico nos sistemas de saúde atuais, a urgência em responder as

necessidades de saúde dessas populações desassistidas e o caráter controverso, na maioria dos casos, das intervenções selecionadas nas políticas públicas de provimento.

Quanto às etapas operacionais da pesquisa, apesar de separadas, eram etapas interativas. Primeiramente, usamos a tradicional classificação do desenvolvimento de políticas, a qual divide a política em quatro estágios: desenho ou design, implementação, monitoramento e avaliação da política (HUICHO *et al.*, 2010). Nossa análise está voltada para a etapa do desenho da política pública, devido ao fato de representar a melhor fase para identificar as principais características e, conseqüentemente, uma análise de suas lógicas e premissas.

Em segundo lugar, classificamos as características do desenho das políticas de provimento de acordo com o modelo publicado Global Policy Recommendation (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010) da OMS. Este classifica o conjunto das intervenções em quatro domínios: educação, incentivos financeiros, regulamentação e apoio profissional e pessoal. Essa etapa nos permitiu classificar e comparar as semelhanças e as diferenças entre as políticas. Para isto, nos baseamos em documentos oficiais disponíveis online como leis, regulamentos, decretos, diretrizes, notas técnicas com poder determinante, relacionados ao desenho de políticas de provimento de médicos.

Em quarto lugar, criamos uma descrição de cada caso para garantir que entendêssemos o fenômeno em estudo inserido em seus diferentes contextos. Procedendo dessa forma, foi possível identificar, descrever e sistematizar os objetivos e a justificativa das políticas. Em seguida, conduzimos comparações entre casos, procurando diferenças e semelhanças que nos ajudaram a entender cada caso. Por fim, concluímos uma análise cruzada de casos, garantindo que os dois casos contribuíssem para a nossa compreensão do fenômeno como um todo.

Nós optamos por comparar as políticas públicas de provimento brasileira e canadense como um estudo de caso múltiplo, devido a ambos possuírem o desafio de fornecer um sistema de saúde universal e equitativo, por meio de uma atenção primária à saúde. Esta última, apresenta-se como uma estratégia respaldada por diversos estudos (DAMJI *et al.*, 2018; STARFIELD, 1994, 2010) e capaz de melhorar o acesso ao atendimento às pessoas carentes e, ao mesmo tempo, estimular o trabalho em equipe e à continuidade dos serviços., assim como, uma tentativa de incluir um HIC e um LMIC devido aos seus diferentes contextos, possibilitando desnaturalizar suas as características através da percepção de suas diferenças.

É importante enfatizar que os sistemas de atenção primária brasileiro e canadense enfrentam desafios semelhantes, tais como: ampla área territorial com concentração nas áreas urbanas, mudanças demográficas e epidemiológicas, iniquidades de saúde e lacunas no acesso universal a serviços de atenção primária integral (PONKA *et al.*, 2019). Embora as abordagens

para lidar com esses desafios sejam diferentes em ambos os países, elas destacam a importância central dos médicos de família em ambos os sistemas. Desse modo, buscamos estabelecer um diálogo entre as duas experiências, abordando o recrutamento de médicos para áreas desassistidas.

Embora nenhum referencial teórico específico tenha sido usado a priori neste estudo descritivo, os membros da equipe de pesquisa foram sensíveis a questões decorrentes de teorias sociais críticas, como as teorias de Bourdieu (ALBERT; KLEINMAN, 2011) e a teoria pós-colonial (NAIDU, 2020).

2.1 Estudo de caso brasil

O Brasil é geograficamente vasto, correspondendo a 47% do território sul-americano. Com uma população estimada em 211 milhões em 2020, o Brasil é o sexto país mais populoso do mundo e tem 87% da população vivendo em áreas urbanas. Seu sistema político é composto por três níveis de governos autônomos - o governo federal, 26 estados e um distrito federal (capital brasileira) e 5.563 municípios.

O Brasil é a sétima maior economia do mundo. Em 2018, 9,2% do PIB foram aplicados na saúde e a renda per capita foi USD 1.282, similar a países como México, Turquia e outros países de renda média superior, como a Federação Russa e a África do Sul (OECD, 2019). Em relação às despesas com o financiamento público, o governo brasileiro financiou 43% de toda as despesas em saúde (OECD, 2019). Consequentemente, o Brasil é um país com um sistema de saúde universal em que as despesas com a saúde pública são menores do que as despesas cobertas pelo setor privado (CASTRO *et al.*, 2019). Não apenas possui uma elevada despesa sustentada por parte das famílias (desembolso direto), correspondendo a 27% de todas as despesas em saúde, mas também o seguro saúde voluntário desempenha um papel importante de financiamento com 28% de todas as despesas em saúde.

O arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição de 1988 e fundamenta-se em uma concepção de saúde como direito de cidadania e dever do Estado de prover. Portanto, muito embora tenha sido planejado para abranger todos os cidadãos brasileiros, o apoio financeiro do SUS tem sido negligenciado (CASTRO *et al.*, 2019; PIOLA *et al.*, 2011).

O Brasil apresenta um contexto de marcantes desigualdades geográficas e sociais, como pessoas que identificam sua raça ou cor de pele como parda ou negra, e estas tendem a ser de menor renda e escolaridade. Desigualdades também estão presentes nas taxas de

morbimortalidade, como a taxa de mortalidade infantil 2,24 vezes maior no Nordeste do que no Sul (CASTRO *et al.*, 2019; PAIM *et al.*, 2011). Portanto, o SUS necessita superar muitos desafios para perseguir seus princípios de universalidade, integralidade e participação comunitária.

Além de sua dimensão e importância para o bem-estar do brasileiro, o SUS é responsável por desenvolver novos conhecimentos científicos e novas formas de assistência à saúde. Por exemplo, uma inovação essencial foi o desenvolvimento, adaptação e rápida ampliação de uma abordagem baseada na comunidade para prestação de cuidados de saúde primários (MACINKO; HARRIS, 2015). A partir de 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se a principal forma de atendimento da atenção básica no Brasil.

A ESF atua por meio de equipes multiprofissionais compostas por profissionais graduados (médicos e enfermeiros) e não-graduados. Em 2004, as equipes de saúde da família foram ampliadas com a presença das equipes de saúde bucal e, a partir de 2008, fortalecidas com a ampliação da assistência por meio do desenvolvimento de equipes multiprofissionais de apoio à atenção básica, os chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Apesar das evidências sobre os efeitos positivos da ESF, ainda hoje, ela mantém lacunas significativas de cobertura e dificuldades de ampliação. Em se considerando a importância da AB para um sistema universal de saúde, a ESF teve um ritmo de implantação e expansão de sua cobertura muito lento. Em 1998, ainda 50% dos municípios brasileiros não haviam implantado o programa. Em 2012, esse número era de 5% (ANDRADE *et al.*, 2018), entretanto, 49,4% da população dos municípios maiores era coberta pela ESF, enquanto que nos menores, esse percentual era de 90,1% (ANDRADE *et al.*, 2018). Isto significa que cerca de 50% da população brasileira, principalmente habitantes das áreas urbanas, ainda não recebia AB por meio da ESF. Portanto, no Brasil, é possível reconhecer áreas desassistidas em regiões específicas de municípios com porte populacional igual ou superior a 50.000 habitantes (ANDRADE *et al.*, 2018), além de algumas áreas rurais remotas.

Em uma tentativa de superar as iniquidades no acesso aos cuidados e da distribuição dos médicos, ao longo dos anos, o Brasil tem lançado diferentes estratégias que visaram e visam garantir a presença destes profissionais. Todavia, mesmo que algumas das políticas de saúde implementadas tenham alcançado reconhecimento e visibilidade, elas não se tornaram uma política de longa duração. De fato, essas políticas públicas de saúde foram influenciadas diretamente pelo período político que o país atravessava (SASSI, 2018).

O Ministério da Saúde, no final de 2011, implementou duas ações para enfrentar esses problemas (BRASIL, 2015). Inicialmente, o governo implantou uma Lei que trata da

possibilidade de um médico formado em escolas privadas de medicina com o apoio do Fundo de Financiamento do Estudante (FIES), reduzir parcial ou totalmente o seu débito de acordo com o tempo de atuação nas Unidades de Saúde da Família (USF) em áreas de maior necessidade de médicos selecionados pelo Ministério da Saúde. Em segundo lugar, foi lançado o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), com o objetivo de incentivar e recrutar médicos para a Atenção Básica em áreas de maior carência. Tinha um formato de programa educacional com supervisão regular e bolsa de estudos paga pelo governo federal. Embora ambas as iniciativas tenham influenciado a oferta de médicos para a atenção primária, elas foram insuficientes para responder a demanda do sistema de saúde (BRASIL, 2015).

Na sequência, o Brasil assistiu a uma considerável movimentação política dos prefeitos eleitos nas eleições de 2012, sendo chamado de “Onde está o médico?” (BRASIL, 2015). Além disso, em 2013, o Brasil assistiu mobilizações maciças de rua em junho de 2013 que exigia medidas para garantir o bem-estar comunitário, incluindo serviços de saúde, bem como, colocar Estado e seus órgãos políticos sob forte pressão.

Baseado em uma análise situacional é possível identificar falta e má distribuição de médicos conforme dados estatísticos, como: a situação do mercado de trabalho médico, permitindo o pleno emprego e a criação de maior número de postos de trabalho do que o número de graduados de cursos de medicina (GIRARDI *et al.*, 2013). Além disso, a taxa de 1,8 médicos por 1.000 habitantes, considerada baixa quando comparada com vários países das Américas e da Europa (OECD, 2013) e a incapacidade de expandir os serviços públicos, por exemplo, novas Equipes de Saúde da Família (ESF), devido à escassez de médicos (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; GIRARDI *et al.*, 2013), foram os principais fundamentos para propor uma ampla intervenção sobre os RHS brasileiros.

Ainda em 2013, uma série de intervenções foram agrupadas culminando no lançamento de uma política pública de RHS chamada de Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) pelo governo federal. Este programa procura combinar um conjunto de medidas de curto e longo prazos com o objetivo de superar a escassez de médicos, as disparidades na cobertura e aumentar o acesso a ESF.

O desenho desta política de RHS consiste em três eixos principais (BRASIL, 2013,

2015; BRAZIL, 2013). O primeiro é o recrutamento emergencial²², que visa prover médicos para a Atenção Básica em regiões prioritárias do SUS por meio da modalidade de integração ensino-serviço²³ e ao longo de 3 anos (máximo de seis anos) atuando em uma USF. O segundo eixo é o investimento na infraestrutura da USF. E o último, sobre educação médica, que contém um conjunto de medidas estruturais a médio e longo prazo, tais como composição de um Registro Nacional de Especialistas (JUR, 2020) para o planejamento do número e distribuição das especialidades, expansão e redistribuição da formação de médicos através da criação de novas faculdades de medicina e o aumento das vagas de residência médica equalizadas com o número de formandos, propiciando com que a residência possa ser acessada por todos os novos médicos (BRASIL, 2015).

Sua meta é atingir 2,7 médicos / 1.000 habitantes em 2026. A ampliação das vagas de graduação em medicina pelo país é a principal ação estruturante. Bem como a criação destas novas escolas médicas de forma a permitir a descentralização da formação e interiorização do pessoal (BRASIL, 2015). Isso impôs a meta de abertura de 11.500 vagas de graduação para os próximos cinco anos após o lançamento do PMM (BRASIL, 2015).

Apesar de seu escopo de ação ser bastante abrangente, em termos de visibilidade pública, a sua imagem tornou-se associada com o provimento emergencial de médicos, principalmente, em decorrência do recrutamento de médicos graduados no exterior (IMGs). O desenho inicial era substituir gradualmente os IMGs com licença de atuação restrita por médicos recém-formados no Brasil, como consequência do aumento do número vagas e escolas de medicina (BRASIL, 2015). Nesse ínterim, haveria uma ampliação das residências visando atingir um número equivalente de médicos recém-formados (BRASIL, 2015).

O financiamento deriva inteiramente de recursos públicos e têm sido administrados pelo Ministro da Saúde em parceria com o Ministro da Educação. Além da gestão federal, a supervisão e a gestão cotidiana têm sido realizadas pelas Universidades vinculadas ao programa e pelos gestores de saúde dos municípios, respectivamente (BRASIL, 2013, 2015; BRAZIL,

²² É semelhante à licença provisória canadense, que também pode ser referida como uma licença "restrita", "condicional" ou "temporária" (CAMPBELL-PAGE *et al.*, 2013). Uma licença provisória permite que um médico exerça a medicina, mas com restrições, incluindo o prazo da licença e restrições geográficas ou outras (CAMPBELL-PAGE *et al.*, 2013).

²³ As ofertas educacionais foram realizadas por 11 universidades públicas por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); e 74 instituições aderiram para executar a supervisão por meio da integração ensino-serviço. Com isso, garantem mais de 200 tutores responsáveis pelo acompanhamento de mais de 2.000 supervisores encarregados de fazer visitas de rotina in loco a todos os médicos.

2013).

Embora o processo administrativo tenha sido rigoroso, culminando com a promulgação da Lei nº 12,871 em 2013, esta concedia autonomia política relativa e não garantiu a sua sustentabilidade ao longo do tempo, face das mudanças estruturais propostas no governo seguinte.

3.1.1 Seleção dos participantes no PMM: municípios e médicos

A seleção dos locais e dos profissionais no PMM ocorre em etapas. Primeiramente, foi definido o número de vagas a serem oferecidas, logo após o processo de adesão dos municípios ao programa. Posteriormente, as vagas oferecidas por localidade foram preenchidas por meio de editais públicos de chamamento²⁴ para médicos.

A adesão ao programa é voluntária tanto para os municípios, quanto para os médicos. A solicitação do número de vagas pelos municípios é analisada segundo uma combinação de critérios: necessidade, oferta disponível e infraestrutura (BRASIL., 2015; BRAZIL, 2013). A necessidade de médicos é computada com base na quantidade de USF sem médicos somada àquela necessária para cobrir toda a população. Dessa forma, a vagas ociosas são preenchidas e ao mesmo tempo poderia ser realizada uma ampliação da cobertura da ESF. Por fim, avalia a estrutura da USF existente no município é suficiente para a alocação desses profissionais (BRASIL., 2015).

Além disso, os municípios são classificados com base em perfis prioritários determinados por uma interseção de critérios como: áreas geográficas (por exemplo, de difícil acesso), econômicas (por exemplo, PIB per capita), população (por exemplo, porcentagem da população em áreas rurais), sociais (por exemplo, porcentagem da população em extrema pobreza, percentual da população em programas de assistência social ou renda, Distrito Sanitário Especial Indígena) e indicadores de saúde (por exemplo, população sem cobertura de planos privados, percentual de leitos para cada 1.000 habitantes, percentual de horas trabalhadas por médicos na APS para cada 1.000 habitantes) (BRAZIL, 2013; REPÚBLICA, 2013). Portanto, as áreas com maior escassez de médicos e os mais desfavorecidos foram identificados

²⁴ Há uma ordem de prioridade para a escolha do local definido em Lei: primeiro, médicos com registro no Brasil; segundo, médicos brasileiros registrados apenas no exterior; em seguida, médicos estrangeiros, também registrados apenas no exterior; e, finalmente, os médicos que participam coletivamente por meio da cooperação internacional que está sendo realizada entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde Pública de Cuba.

e priorizados. Além disso, alguns grupos populacionais específicos como grupos populacionais indígenas, assentados rurais e quilombolas foram priorizados dentro dos municípios (BRASIL, 2015b; BRAZIL, 2013).

O PMM permite o recrutamento de médicos formados no Brasil e no exterior com licença para trabalhar no país em que fora graduado (BRAZIL, 2013), desde que tenham se formado em país com relação médico / habitante igual ou superior a 1,8 / 1000²⁵, seguindo normatizações éticas da OMS (BRASIL, 2015; BRAZIL, 2013).

A Lei do PMM possibilita ao Ministério da Saúde a criação de um cadastro especial, que permite ao médico exercer a medicina exclusivamente no âmbito da ESF e em local específico por ela definido. Esse registro dispensa a necessidade de revalidação do diploma médico, mas sua licença será válida apenas durante o período em que os médicos participam do Programa (BRASIL. CASA CIVIL., 2013).

Em sua primeira chamada pública²⁶, 3.511 dos 5.570 municípios brasileiros aderiram ao PMM, solicitando um total de 15.460 médicos. Mesmo o programa priorizando a contratação de brasileiros, apenas 1.096 médicos foram contratados, juntamente com 522 médicos estrangeiros. Com a assistência da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi estabelecido um acordo de cooperação internacional para recrutar médicos cubanos (BRASIL, 2015). Como resultado, em 12 meses de operação o programa recrutou 14.462 médicos, sendo: 79,0% cubanos, 15,9% brasileiros e 5,1% de outras nacionalidades, cobrindo 93,5% dos médicos demandados inicialmente (PEREIRA *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2017; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015a). Entre os médicos brasileiros, 1.846 (12,8%) foram formados no Brasil e 456 (3,1%) foram formados no exterior e possuem licença restrita (PEREIRA *et al.*, 2016). No entanto, a Lei estabeleceu que o número máximo de IMGs no PMM não deve ultrapassar 10% do número de médicos brasileiros licenciados pelo Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 2013).

O PMM foi adotado em 73% dos municípios brasileiros e em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O recrutamento de médicos, na maioria IMGs, aumentou a proporção equivalente em tempo integral em 10,8% nas cidades aderentes,

²⁵ Visa garantir que a escassez de profissionais médicos em determinados países não se agrave para atender às recomendações do Código Global de Prática para Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da Organização Mundial da Saúde.

²⁶ Foi realizada em julho de 2013.

Enquanto que, nas não aderentes, cresceu 1,8%. Ainda assim, contribuiu para um aumento de 6.164 USF, proporcionando uma cobertura de mais 63 milhões de pessoas (PINTO *et al.*, 2017).

O número de municípios com déficit de médicos na Atenção Básica passou de 1.200, em março de 2013, para 558 em setembro de 2014, representando uma redução de 53,5% (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015b). Comparando todas essas informações entre regiões e municípios, os critérios adotados pela política contribuíram para uma distribuição mais equitativa dos médicos.

3.1.2 Tipos de incentivos: intervenções de curto prazo

a) Educacional

As atividades educacionais são voltadas para o desenvolvimento profissional dos médicos participantes vinculados à sua prática na ESF, ofertadas por instituições públicas de ensino superior (BRAZIL, 2013; REPÚBLICA, 2013).

Estas atividades são oferecidas em três etapas. Inicialmente, um primeiro módulo, exclusivo aos IMGs, é realizado presencialmente por quatro semanas, com carga horária mínima de 120 horas (BRAZIL, 2013). Estes médicos, além de realizarem o curso, precisam ser aprovados em avaliação ao fim dele. Posteriormente, eles poderiam ir para as áreas às quais foram alocados (BRAZIL, 2013).

Na sequência, o primeiro e o segundo ciclo educacional são fornecidos por meio de abordagens de e-learning. O primeiro ciclo educacional atua como uma especialização *lato sensu* em Saúde da Família e Comunidade, sendo oferecida por uma Instituição de Ensino Superior Pública (IES) conveniada à Universidade Aberta do SUS (UNASUS) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2015). Já o segundo ciclo educacional oferece módulos com variados temas a serem escolhidos de acordo com o interesse do médico. Além dessas ofertas, em geral, os gestores locais de saúde promovem seminários ou eventos profissionais contínuos de acordo com a necessidade local, que se agregam a essas atividades educacionais do PMM (BRASIL, 2015; REPÚBLICA, 2013).

Além disso, os médicos recebem visitas mensais de supervisor médico previamente designado pelo PMM para: apoiar a integração com a equipe de Saúde da Família (eSF), ajudar na resolução de problemas clínicos e mediar pedidos de demandas administrativas e estruturais com o gestor municipal de saúde. Os supervisores são acompanhados por um tutor e por representantes descentralizados do Ministro da Saúde e do Ministro da Educação (BRAZIL, 2013; REPÚBLICA, 2013).

Por fim, os médicos desenvolvem atividades de extensão cujos projetos de intervenção são construídos em conjunto com as equipes e vinculados às suas atividades de e-learning (BRASIL, 2015).

b) Regulatório

O PMM define que os médicos devem ter 32h de atividade profissional na assistência à saúde nas USF e 8h dedicadas para realizar as atividades de estudo online e de extensão, em vez de uma carga de trabalho regular de 40h totalmente dedicadas à assistência (BRASIL, 2015; BRAZIL, 2013; REPÚBLICA, 2013). Além disso, a decisão do Ministério da Saúde de permitir aos IMGs possuir licença para praticar medicina, mesmo que restrita a ESF, sem revalidação do seu diploma é inédita no Brasil (BRASIL. CASA CIVIL., 2013; BRASIL, 2015; BRAZIL, 2013; REPÚBLICA, 2013).

Outra intervenção, direcionada aos médicos recém-formados, é o incentivo ao candidato que tiver participado das ações do programa e cumprido pelo menos 1 (um) ano, receberá abono adicional de 10% na sua nota em qualquer processo seletivo público para programas de residência médica (REPÚBLICA, 2013).

A política também implantou Comitês locais que constituem instâncias de coordenação, orientação e execução de decisões administrativas ou regulatórias em nível local (BRAZIL, 2013).

c) Financeiros

O programa define que o pagamento do médico será através de bolsa de estudos e receberá auxílio extra para custear sua instalação, sendo os valores estabelecidos em conformidade com as características geográficas dos municípios (BRAZIL, 2013; REPÚBLICA, 2013). Outros incentivos, como a contribuição previdenciária, férias remuneradas, auxílio alimentação, licença médica devido a gravidez ou doença, habitação e nutrição estão também incluídos (BRAZIL, 2013; REPÚBLICA, 2013).

Além disso, os médicos graduados no Brasil ou com diploma validado podem negociar com as autoridades locais turnos ou horas extra de trabalho para aumentar a sua renda, como por exemplo: plantões em unidades de pronto-atendimento.

Outro incentivo estabelecido foi o desconto sobre empréstimo estudantil. Permite aos médicos formados em escolas privadas de medicina com apoio do Fundo de Financiamento do Estudante (FIES), reduzir parcial ou totalmente seus débitos em razão do tempo de atuação nas eSF localizadas nas áreas de maior necessidade de médicos e selecionados pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, se um médico trabalha dois anos em uma eSF em uma área desassistida,

ele reduz seu débito total em 24% (1% ao mês). A limitação dessa iniciativa foi o efeito restrito sobre um grupo limitado de graduados que recebeu o FIES durante a sua graduação.

d) Suporte pessoal e profissional

Os governos locais são responsáveis por fornecer todos os requisitos para o acesso ao curso de e-learning (BRAZIL, 2013; REPÚBLICA, 2013). Além disso, dotar as USF de equipamentos de boa qualidade e infraestrutura segura, fortalecidas por um dos eixos do PMM (BRASIL, 2015; REPÚBLICA, 2013).

Além disso, os médicos têm acesso a portais virtuais com conteúdo técnico como: o Portal de Saúde Baseada em Evidências do Ministério da Saúde, Redes Telessaúde Brasil e plataformas de interação por meio de comunidades de práticas virtuais para facilitar a cooperação entre profissionais de saúde e fornecer suporte adicional (BRASIL, 2015; REPÚBLICA, 2013).

Com o objetivo de melhorar as condições de vida dos médicos e seus familiares, também serão contemplados os subsídios para moradia e o custo de sua instalação, assim como, visto temporário com licença para trabalhar para os parentes da família nuclear de médicos imigrantes (BRAZIL, 2013; REPÚBLICA, 2013).

Tabela 1- Descrição dos tipos de incentivos presentes no desenho das políticas de provimento de médicos no Brasil, classificadas segundo os tipos de intervenções.

Categoria da intervenção	Programas e incentivos
Educacional	• Primeiro módulo obrigatório para IMGs • Primeiro e segundo ciclo educacional por meio de abordagens de e-learning baseadas em treinamento contínuo • Provisão de suporte profissional contínuo por meio de supervisão presencial mensal
Regulatório	• Carga de trabalho incluindo horário para atividades e-learning • Licença médica temporária emitida pelo Ministério da Saúde • Pontuação extra para seleção de residência • Criação de Comitês locais
Financeiro	• Pagamento por bolsas de estudo • Vários benefícios e subsídios como custo de liquidação, contribuição previdenciária, férias remuneradas, licença médica, moradia e alimentação • Possibilidade de aumentar sua renda trabalhando após suas horas regulares de trabalho
Suporte pessoal e profissional	• Ambiente de trabalho bom e seguro • Melhores condições de trabalho • Suporte para as atividades de e-learning • Apoio profissional por meio do Portal de Saúde Baseado em Evidências do Ministério da Saúde, Redes Telessaúde Brasil e plataformas de interação por meio de comunidades de prática virtuais • Visto com permissão para trabalhar

Fonte: elaboração autoral.

2.2 Estudo de caso Ontário/Canadá

O segundo maior país do mundo em área, Canadá é um país de alta renda com uma riqueza de US \$48.633 per capita (site da OCDE OECD website <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm#indicator-chart> acessado em 25 de junho). O Canadá obteve um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,922 em 2018, posicionando-o em 13 lugar dos 189 países e territórios (NATIONS; PROGRAMME, 2019). Seu sistema político é constituído por duas ordens principais de governo, o governo federal e 10 províncias. Além disso, existem três territórios do norte que exercem muitas das mesmas responsabilidades políticas e programáticas das províncias, incluindo as de saúde.

A população do Canadá, em 2019, foi estimada em 37.589.262 milhões de habitantes. Embora o Canadá tenha uma baixa densidade populacional, a maior parte da população está concentrada nos centros urbanos do sul, próxima à fronteira com os Estados Unidos. Atualmente, 71,7% dos canadenses estão vivendo em cidades ou na área metropolitana, locais onde a população tem maiores níveis de crescimento. Em 2018/2019, a população canadense aumentou em 531.497 habitantes, dos quais 80% (436.689) foi devido à imigração internacional.

O Canadá é um país federal, onde, no entanto, os governos das províncias e dos territórios são os principais responsáveis por determinar as políticas e o planejamento de seu sistema de saúde. Embora o governo federal busque alinhar as províncias com o estabelecimento de algumas regras e padrões nacionais, como os princípios de cobertura universal, acesso gratuito a serviços ou portabilidade da cobertura de uma província para outra, cada província tem autonomia para gerenciar o sistema de serviços de saúde e a formação de RHS.

Os cuidados de saúde são financiados por um sistema de seguro de saúde com financiamento público e prestados por uma combinação de organizações públicas e privadas. Além dos recursos alocados pelas províncias, o governo federal fornece financiamento com base na população da província e dos territórios.

Fica sob a responsabilidade das províncias financiarem as vagas de treinamento, o que lhes dá controle sobre o crescimento da força de trabalho. As escolas médicas e as pós-graduações do tipo residência médica são reguladas pelos governos provinciais a fim de atender a demanda esperada. A formação em residência médica ocorre apenas em hospitais e centros de saúde vinculadas à universidade. Uma vez qualificados, não há limites impostos ao número de médicos que podem exercer a profissão no Canadá. Por outro lado, o acesso à prática

caracteriza-se como difícil e custoso, principalmente, para médicos imigrantes de países que não possuem um acordo de reconhecimento mútuo de qualificações (DUSSAULT *et al.*, 2010).

Canadá historicamente tem incentivado e contou com IMGs para resolver, ou na verdade, manejar, a escassez de profissionais da saúde nas áreas com desassistência e de difícil preenchimento (BOURGEAULT; VIERS, 2010). Na década de 1970, cerca de um terço dos médicos que atuavam no sistema de saúde canadense eram IMGs. Em 2018, o Canadá possuía uma média nacional de 26,4% médicos graduados em uma escola médica estrangeira. A província de Saskatchewan tem a maior proporção de médicos IMGs (52,7%), por sua vez Quebec tinha a menor (9,1%). Enquanto isso, Ontário tinha 29,6%, um pouco acima da média canadense (INFORMATION, 2019). Muito embora a média nacional canadense tenha diminuído, o país ainda depende fortemente do trabalho de IMGs (BOURGEAULT; VIERS, 2010).

O relatório Barer-Stoddart, de 1991, afirmava que a oferta de médicos estava crescendo mais rapidamente do que o crescimento da população, levando a um excedente de médicos. Neste relatório, várias recomendações foram indicadas para lidar com esse problema, incluindo o uso de profissionais não médicos e a reforma da atenção primária. Em 1992, baseando-se neste documento, a Conferência Federal / Provincial / Territorial de vice-ministros da Saúde decidiu aceitar duas recomendações: o corte de 10% nas admissões no primeiro ano da faculdade de medicina e reduzir a entrada de médicos diplomados fora do país (CHAN; MPA, 2003; DAUPHINEE; BUSKE, 2006).

Além dessas medidas, outros fatores ocorreram em meados da década de 1990, resultando em uma queda acentuada no número de médicos atuantes. Em primeiro lugar, o aumento do tempo para conclusão da residência médica (CHAN; MPA, 2003). Em segundo lugar, a proporção de médicos especialistas para médicos de família nas vagas do primeiro ano das residências médicas aumentou de 50/50 para 60/40 em muitas províncias (CHAN; MPA, 2003). Houve também o aumento no número de aposentadorias médicas (devido ao envelhecimento da população médica e por incentivos provenientes de reformas administrativas realizadas em algumas províncias), diminuição na produtividade médica e aumento da quantidade de médicos canadenses emigrando para o Estados Unidos atrás de melhores salários. Portanto, um impacto cumulativo de todos esses fatores associado às medidas tomadas resultariam na escassez da força de trabalho médica (DAUPHINEE; BUSKE, 2006).

Em 1999, as autoridades governamentais começaram a reconsiderar a questão devido à publicização e pressão da opinião pública. Como resultado, algumas estratégias foram lançadas como: expandir o número de matrículas em locais existentes, criação de novas escolas médicas

descentralizadas e em hospitais e clínicas em área rural, melhorar a eficiência do processamento de pedidos de IMGs e a repatriação de canadenses que estudam medicina fora do Canadá (DAUPHINEE; BUSKE, 2006). Podemos exemplificar o aumento de vagas disponíveis para o primeiro ano de matrículas em escolas de medicina de graduação. Em 1998, era de aproximadamente 1.574; em 2003, esse número havia crescido para 1.974; e em 2017, era de 2.916. Isso representa um aumento de 85% desde 1997/98 (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 2019).

Posteriormente, uma abordagem em nível nacional para o planejamento de RHS foi estabelecida em 2003, na Estratégia Pan Canadense de Recursos Humanos em Saúde. Os objetivos eram garantir que a força de trabalho apropriada estivesse disponível para oferecer cuidados em saúde de alto nível e incorporar elementos essenciais do planejamento de RHS, melhorando o recrutamento e retenção e promovendo a educação interprofissional (DUSSAULT *et al.*, 2010).

Atualmente no Canadá, o número de médicos ativos (excluindo residentes) é 86.092 (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 2019), o que se aproxima de 2,41 médicos por 1.000 habitantes (INFORMATION, 2019). No entanto, cerca de 15% dos canadenses com 12 anos ou mais, equivalentes a 4,8 milhões de pessoas, relatam que não são inscritos a um profissional de saúde (STATISTICS CANADA, 2019). Em 2018, a província com a taxa de médicos por habitantes mais elevada foi de Nova Scotia com 2,71 e a menor foi de Yukon com 1,90. Ontário registrou a taxa de 2,13 e 2,34 médicos / 1.000 habitantes, em 2014 e 2018, respectivamente (INFORMATION, 2019). Além disso, nacionalmente, 52% são médicos de família; 39% têm 55 anos ou mais e 43% são mulheres. Aproximadamente dois terços (64%) dos médicos de família que possuem menos de 35 anos, são mulheres (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 2019).

No Canadá, o médico obrigatoriamente precisa fazer uma residência. Eles não estão autorizados a trabalhar antes de ter acabado a pós-graduação e terem sido aprovados no exame nacional. O número de residentes em programas de pós-graduação em 2018, era de 16.508 residentes. Destes, 12.906 eram cargos financiados pelo Ministério, dos quais 1.732 eram IMGs e 11.174 eram graduados em escolas médicas canadenses (GCMSs). Concluídas todas as etapas, o grupo de entrada na prática foi de 3.543 novos médicos em 2018 (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 2019). De acordo com o registro canadense de educação pós residência, havia mais de 16.000 médicos buscando treinamento de residência em 2015 (CAPER, 2017c).

Como um todo, o Canadá tem uma alta porcentagem de imigrantes na população total e uma alta proporção de profissionais estrangeiros altamente qualificados em comparação com

os países da OCDE (DUMONT *et al.*, 2008). Entre os médicos estrangeiros no Canadá, a proporção de médicos formados no exterior variou conforme o país de nascimento e sofreu significativas mudanças no decorrer do tempo. Por exemplo, o fornecimento de médicos provenientes do Reino Unido caiu drasticamente, passando de um terço de todos os IMGs em 1985, para 16% em 2005 (DUMONT *et al.*, 2008). Atualmente, as principais fontes de IMGs são a África do Sul e a Índia. Os IMGs da África do Sul representaram 24% dos IMGs que entraram no Canadá em 2000; em 1985, eram apenas 9% (CIHI 2001).

Sistemas educacionais semelhantes e a proficiência em inglês tornaram o processo de integração dos IMGs da África do Sul e da Índia relativamente simples: suas credenciais e treinamento podiam ser avaliados de acordo com os padrões canadenses e a maioria era frequentemente acelerada.

Os canadenses também estão partindo para estudar medicina no exterior. É estimado que cerca de 1.500 pessoas estão estudando medicina fora do Canadá e dos Estados Unidos (DUMONT *et al.*, 2008). O Caribe é um dos destinos mais populares, mas muitos também estão estudando na Irlanda e na Austrália. A maioria dos canadenses que estudam no exterior tomaram essa decisão porque não foram admitidos nas escolas de medicina canadenses. Mais de dois terços dos entrevistados indicaram sua intenção de retornar ao Canadá, no entanto, as porcentagens diminuíram conforme a graduação se aproximava do fim (DUMONT *et al.*, 2008).

Além da imigração para países estrangeiros, ainda existe uma migração interprovincial que pode fazer com que a escassez seja sentida de forma mais aguda em algumas províncias do que em outras. As diferenças interprovinciais nas taxas de matrícula e graduação têm um impacto direto no número de IMGs licenciados para aquela província. Além disso, as províncias que tendem a perder mais médicos por meio de migração interprovincial tendem a compensar recrutando e licenciamento mais IMGs (Ryan & Stuart 2007).

É possível identificar muitas iniciativas diferentes no Canadá para cada província, pois a regulamentação profissional no Canadá é de jurisdição provincial. Devido aos nossos limites, foi selecionada a província de Ontário para compor este estudo, porque é a mais populosa, com o maior número de médicos, com número significativo de IMGs e enfrenta dificuldades de provimento de médicos para áreas desassistidas.

Esta opção nos leva à limitação em reconhecer alguma variabilidade na política de migração, práticas e experiências, entre as províncias e para ser representativa do Canadá como um todo. Por outro lado, possibilitou aprofundar a compreensão deste fenômeno.

2.2.1 Ontário

O Ministério da Saúde e Cuidados de Longa Duração (Ministry of Health and Long-Term Care - MOHLTC) é responsável pelo planejamento e políticas relativas com RHS em Ontário. São diversas as iniciativas e possuem diferentes objetivos, incluindo o desenvolvimento profissional continuado, a graduação e pós-graduação médica e o provimento de médicos. Portanto, nós nos concentramos nas iniciativas relacionadas às políticas que visam melhorar o acesso aos serviços médicos em toda a província, particularmente em áreas com escassez de oferta médica e visam melhorar a retenção e a distribuição dos médicos através de medidas de curto prazo.

Uma das principais iniciativas na província era chamada de Programa para Área Desassistida (Underserviced Area Program - UAP) (HEALTHFORCEONTARIO, 2009), que foi lançado no final dos 1906. Ele foi projetado para ajudar as comunidades do norte e rurais da província devido aos problemas de longa data em atrair e reter médicos por causa, principalmente, da distância dos centros urbanos. Mas sofreu mudanças, no início de 1990, a escassez de médicos, também atingiu algumas comunidades urbanas no sul de Ontário. Naquela época, essas comunidades puderam ser incluídas como desassistidas, dessa forma elas poderiam ser inclusas entra as localidades habilitadas para receber médicos por meio do Programa de Retorno de Serviços (Return of Services - ROS).

Como a região Sul é altamente populosa e com maior demanda por médicos, isso resultou em concentração de ofertas e recursos financeiros na região sul de Ontário. Além disso, como a mesma quantidade de incentivos foi destinada aos candidatos de ambas as regiões, tornou-se quase impossível para as comunidades do Norte competir com as do Sul por médicos (HEALTHFORCEONTARIO, 2009).

Portanto, à medida que o contexto mudou, novas demandas urgiam por reformulações nas políticas dos RHS. Consequentemente, o MOHLTC redesenhou as políticas relativas ao recrutamento e retenção de médicos. Em 2010, o Ministério introduziu algumas alterações e outras iniciativas, implementando políticas diferentes para o Norte e para o Sul.

2.2.1.1 Médicos formados no exterior (International Medical Graduates - IMGs): essencial, mas através de um processo com gargalos.

Os IMGs são essenciais na força de trabalho médica no Canadá, respondendo por um quarto da força de trabalho. Além da quantidade de IMGs, a política de provimento baseia-se, essencialmente, na prestação de serviços por estes médicos como etapa final e obrigatória para

conclusão da revalidação do seu diploma e acesso a licença plena para exercer a medicina. A expansão dos programas de IMGs indica importante papel desempenhado na expansão da força de trabalho médica com efeito já há curto prazo. Ao comparar com a expansão das matrículas na faculdade de medicina, estas têm impacto apenas vários anos depois e os custos mais altos do que o treinamento dos IMGs. E, outro ponto não menos significativo, é o maior controle que os governos possuem sobre o local de prática dos IMGs.

Para graduados em medicina no exterior, incluindo cidadãos canadenses (CSAs) e imigrantes, o principal ponto de entrada ²⁷ para ter permissão para exercer a medicina no Canadá é por meio do processo de licenciamento (THOMSON; COHL, 2011). Uma das etapas obrigatórias deste longo processo ²⁸, é fazer uma pós-graduação. Posteriormente, todos os IMGs em uma posição de residente com bolsa devem assinar um Acordo de Retorno de Serviço (ROS) de cinco anos em uma comunidade listada nos programas de provimento da província.

A obtenção de uma posição de residência pode ser a etapa mais desafiadora para muitos IMGs, principalmente, por causa da falta de posições de residência para IMGs, sendo consistentemente relatado como um grande obstáculo. Ontário tem um número de vagas reservadas para IMGs competirem entre IMGs por meio do exame chamado *CaRMS match* (CAMPBELL-PAGE *et al.*, 2013). Isso significa que há um fluxo separado dos graduados em escolas de medicina canadenses e as demais. Como exemplo, em 2011, na "primeira interação" do processo de seleção para vagas de residência no primeiro ano, havia 191 (17%) / 1.126 (100%) vagas de residência reservadas para IMGs, dos quais 183 IMGs (98 CSAs e 85 imigrantes) foram aprovados e 1.697 IMGs (371 CSAs e 1.326 imigrantes) não foram aprovados (THOMSON; COHL, 2011). Na "segunda interação", 38 IMGs (14 CSAs e 24 imigrantes) adicionais foram chamados. Ao fim do processo de seleção, um total de 221 IMGs (112 / 50,7% de CSAs e 109 / 49,3% imigrantes) foram chamados e 1.282 IMGs (269 CSAs e

²⁷ Há outro ponto de entrada chamado Practice Ready Assessment que permite que IMGs com treinamento de pós-graduação e experiência evitem ter que refazer um programa de residência completo em certas especialidades. Nenhum tipo de posição avançada está disponível para medicina da família. Para cargos de pós-graduação, avalie-se as especialidades para as quais os programas de residência tiveram capacidade declarada de receber IMGs. Por exemplo, em 2011, eram sete especialidades: anestesia, cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e ginecologia, oftalmologia, cirurgia ortopédica, pediatria.

²⁸ Os médicos podem obter o licenciamento completo apenas com: um diploma em medicina de uma faculdade de medicina aprovada, conclusão do treinamento de residência, licenciatura do Conselho Médico do Canadá (LMCC) e certificação por exame das autoridades regulatórias médicas provinciais e territoriais.

1.013 imigrantes) não foram aprovados. Também pode haver restrições das vagas de residência com base na especialidade, com mais vagas disponíveis para medicina de família do que as demais especialidades (CAMPBELL-PAGE *et al.*, 2013; THOMSON; COHL, 2011).

2.2.2 Tipos de incentivos: intervenções de curto prazo

a) Regulatórias

A principal estratégia utilizada em Ontário é baseada nos programas de Retorno de Serviço (ROS). Este se caracteriza por um compromisso condicional de fornecer serviço em tempo integral por um período determinado em uma comunidade desassistida de Ontário em troca da oportunidade de obtenção da vaga em um programa de residência médico ou redução do empréstimo estudantil (CARE, 2007). Um acordo entre o médico participante, o Ministério e a comunidade é assinado, antes de realizar a residência ou redução do empréstimo, onde se é especificado o local, os termos e a duração (até cinco anos) do ROS. Atualmente, o MOHLTC financia quatro²⁹ [8] Programas ROS (GOVERNMENT OF ONTARIO, [s. d.], [s. d.], [s. d.], [s. d.]). As comissões médicas e escolas são os atores responsáveis pela seleção dos candidatos aos programas.

b) Educacional

As intervenções educacionais canadenses de curto prazo são focadas em três grupos de médicos: IMGs, médicos licenciados que desejam entrar novamente em um treinamento médico de pós-graduação e médicos interessados em serem repatriados.

Para os IMGs, como o processo de licenciamento é o principal caminho para obter a licença para trabalhar e é permeado por diferentes intervenções, como a obrigatoriedade da realização do treinamento em residência médica, consideramos essa iniciativa componente do eixo educacional. Em Ontário, embora o número de cargos de pós-graduação designados para IMGs tenha aumentado em 2004, de 90 para 200 (THOMSON; COHL, 2011), para muitos IMGs as chances de garantir uma posição de residência sem adquirir treinamento adicional ou repetir a faculdade de medicina são mínimas (CAMPBELL-PAGE *et al.*, 2013).

²⁹ Estes programas chamam-se: [International Medical Graduates \(IMGs\)](#); [Physician Repatriation](#); [Physician Re-entry](#); [Resident Loan Interest Relief Program \(RLIRP\)](#)

IMGs que alcançaram sucesso na obtenção de um lugar de treinamento de pós-graduação deve participar de um Programa de Pré-Residência (PRP) obrigatório conduzido por uma organização sem fins lucrativos. O PRP é um programa de orientação de 2 a 3 semanas realizado em Toronto e para os residentes de medicina de família que cursam uma semana adicional.

Outra intervenção educacional oferece financiamento para médicos que estão em exercício atualmente no Canadá³⁰ e que desejam realizar uma nova residência. Esta oferta é financiada pelo Ministério e está vinculado ao ROS (durante dois anos). O número de vagas e especialidades oferecidas não é fixo, porque cada escola de medicina de Ontário determinará se há financiamento disponível para apoiar uma vaga de reingresso e fará a oferta ao(s) candidato(s) escolhido(s). Esta iniciativa visa aumentar a flexibilidade no sistema de formação médica, oferecendo oportunidades para os médicos experientes treinarem em uma nova área de interesse e, ao mesmo tempo, responde a necessidade de ampliar a variedade de serviços médicos ofertadas em Ontário.

Outro programa visa recrutar médicos que concluíram totalmente ou parcialmente treinamento de residência fora do Canadá. Se um médico tem formação pós-graduada dos Estados Unidos, ele pode se qualificar para o programa de repatriamento em uma faculdade de Ontário da medicina. Este programa é para candidatos que precisem até dois anos de treinamento adicional para atender aos requisitos de certificação do Royal College of Physicians and Surgeons (RCPS). Fica à critério da escola de medicina garantir que tenha capacidade e financiamento para cobrir a duração da residência. Este programa é limitado a graduados oriundos de uma escola médica canadense, americana ou estrangeira.

c) Financeiros

A região norte de Ontário está incluída nas políticas de provimento e retenção a curto prazo, e especialmente, por meio de incentivos financeiros. Para atrair médicos para estabelecer uma prática de tempo integral em comunidades elegíveis, o MHCOLC oferece incentivos financeiros durante quatro anos. Para ser elegível, os médicos precisam estabelecer uma prática de tempo integral em uma comunidade elegível da província. O valor dos incentivos será calculado com base em uma determinada pontuação. Por sua vez, os incentivos serão escalados

³⁰ A prática atual é limitada a médicos licenciados que trabalharam no Canadá há pelo menos 12 anos e com registro para prática independente. Embora não exclua quem está praticando em outra província.

para as comunidades com altas pontuações propiciando uma diferenciação e provendo maiores incentivos para a ida às comunidades mais distantes e com menores recursos. Para incentivar o recrutamento e a retenção, a maior proporção da bolsa será paga no primeiro e último anos, e limita-se a um contrato, não podendo ser renovado.

Outro incentivo é destinado para aqueles que tenham completado um mínimo de quatro anos de prática contínua e em tempo integral no norte da província (MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE, 2016) ou estar em exercício há mais de 25 anos em Ontário. Se os médicos preencherem essas condições, eles são capazes de aplicar para outro incentivo financeiro pago ao final de cada ano. Todavia, os médicos precisam continuar a praticar em tempo integral no norte de Ontário e atender em hospital locais. O alvo são clínicos gerais, médicos de família e especialistas para continuarem a exercer a profissão em tempo integral no norte de Ontário.

Em ambas as iniciativas, os médicos precisam estabelecer uma prática em tempo integral, com o consentimento de todas as partes envolvidas e, para a extensão da concessão, e continuar a satisfazer a elegibilidade critérios elencado pelo programa.

Existe ainda outro incentivo financeiro para residentes médicos. Essa iniciativa permite que os médicos residentes aliviem seus débitos com o governo. Em troca, o residente concorda em fornecer serviços médicos em Ontário por cinco anos após a conclusão da residência médica (GOVERNMENT OF ONTARIO, [s. d.]).

d) Suporte pessoal e profissional

Como um apoio pessoal para o Norte da província, um auxílio é prestado para os médicos e seus cônjuges conhecerem as comunidades elegíveis e poderem avaliar oportunidades de trabalho e moradia. Espera-se que algumas comunidades possam ajudar a conseguir emprego para os cônjuges dos médicos. Com relação a outros incentivos, como auxílio maternidade, o pagamento da bolsa é suspenso temporariamente, sendo apenas reinstaurada quando a médica retorna à prática em tempo integral.

Outras iniciativas, como a nomeação de coordenadores comunitários e a contratação de agências de comunicação, também objetivam apoiar a migração de médicos para suas comunidades.

O governo de Ontário criou uma agência em 2007 para operar as decisões do governo e colocar todas as partes interessadas em contato. A agência atua como braço operacional da estratégia RHS do governo. Ela opera por meio de serviços de consultoria aos empregadores,

comunidades e trabalhadores da saúde com ações relacionadas ao planejamento, recrutamento, retenção, transição e distribuição de profissionais de saúde em Ontário.

Eles têm um papel importante ao contatar trabalhadores de saúde e empregadores, por meio de ações usando tecnologias online como webinars, campanhas por e-mail, site de agências e consultores regionais. A agência desenvolve serviços e programas que visam conectar médicos interessados em oportunidades de emprego nas comunidades de Ontário que têm muitas vagas ociosas.

Eles oferecem serviços de consultoria para profissionais de saúde com formação internacional que vivem em Ontário para seguir uma carreira no sistema de saúde de Ontário. Inclui todas as profissões de saúde regulamentadas de Ontário, mas quase 75% de seus clientes são médicos. Além disso, auxilia médicos externos prontos para prática com relocação para Ontário e auxilia as comunidades com questões de recrutamento externo, fornecendo registro, certificação e aconselhamento de imigração e informações de prática. Os conselheiros também trabalham com médicos canadenses que estão fazendo a transição entre a faculdade de medicina e a residência nos Estados Unidos, muitos dos quais retornam a Ontário para praticar medicina após a residência.

A autonomia que as províncias possuem na regulamentação e na execução do processo de licenciamento de atuação do médico e sobre as políticas de RHS, resultam em significativas diferenças entre as províncias. Somadas à dificuldade de acessar com clareza os requisitos necessários e ter conhecimento sobre as etapas e o tempo do processo de licenciamento, tornam a oferta deste serviço de orientação e aconselhamento de grande ajuda aos candidatos.

Tabela 2 - Descrição das propostas presentes no desenho das políticas de provimento do Canadá classificadas segundo os tipos de intervenção.

Categoria da intervenção	Programas e incentivos
Regulatório	• Programa de retorno de serviço (ROS) - compromisso de fornecer um período de serviço em tempo integral em uma comunidade carente
Educacional	• Vagas de residência dedicadas a IMGs • Oportunidade de entrar novamente em um treinamento médico de pós-graduação • Oportunidade de concluir um treinamento de residência de pós-graduação no Canadá, que começou fora do Canadá

Financeiro	• Um subsídio de quatro anos escalonado com base em uma pontuação. • Incentivo para trabalhar nas comunidades do Norte de acordo com determinados critérios • Alívio de empréstimo para médicos pós-graduados
Suporte pessoal e profissional	• Visita à comunidades elegíveis • Coordenadores de comunidades • Uma agência para fornecer vários serviços de consultoria e programas para recrutar médicos

Fonte: elaboração autoral.

3. COMPARAÇÃO E DISCUSSÃO CRUZADA DOS CASOS

Nossa discussão está dividida em três pontos. Em um primeiro momento, uma comparação entre as políticas de curto prazo brasileira e ontariana. Em seguida, temos um estudo exploratório analítico dos fatores que condicionam e dos principais pressupostos que apoiam essas políticas de curto prazo em ambos os casos. Por fim, identificamos algumas mudanças potenciais na planificação RHS devido à pandemia de SARS-COV-2.

3.1 Comparando políticas com iniciativas de curto prazo no Brasil e no Canadá

Brasil e Canadá têm a universalidade como princípio de destaque de seus sistemas de saúde. Mesmo com a mobilização internacional para fortalecer a cobertura de saúde universal pela OMS, no contexto brasileiro, dados, tais como o baixo percentual de investimento no setor público contradizem seu princípio constitucional de prover um sistema de acesso universal. Se por um lado, há um discurso amorfo ou etéreo de fortalecimento de um sistema de saúde resolutivo que se adapte às necessidades de saúde da população, por outro, as ações têm sido favoráveis à produção de um modelo de saúde baseado na capacidade de compra de sua população (CASTRO *et al.*, 2019; RASELLA *et al.*, 2018). Nessa arena de disputa entre o setor público e o privado, o modelo da Atenção Básica no Brasil vem passando por mudanças significativas aproximando-se de uma assistência baseada em lista de serviços e procedimentos. Somada a recente reforma dos critérios de financiamento implementada, fragiliza seu conceito mais abrangente e integral, e volta-se para um modelo focado na produtividade (CASTRO *et al.*, 2019).

Diferentemente, o Canadá tem mantido investimentos estáveis no setor público e mantém o sistema privado como setor suplementar, principalmente evitando a duplicação na prestação de serviços de saúde, bem como ações para o alcance da atenção básica integral, incluindo a implantação de equipes multiprofissionais.

É possível perceber que, tanto no Brasil quanto no Canadá, a medicina de família tem papel fundamental (PONKA *et al.*, 2019), muito embora esta seja mais reconhecida e mais bem estabelecida no Canadá do que no Brasil. Ambos os países também mostram uma tendência crescente de adotar a APS baseada em equipes multiprofissionais, em vez de modelos de provedor individual, ou seja, só com o médico (PONKA *et al.*, 2019).

Programas de incentivo e atração de profissionais de saúde têm apresentado resultados heterogêneos até o momento (OECD, 2008) e o campo científico possui poucos dados baseados em evidências para lidar com a carência de médicos (CHOPRA *et al.*, 2008; GLENTON *et al.*, 2013; GROBLER; BJ; MABUNDA, 2015). Dessa forma, realizar e executar um planejamento de RHS torna-se ainda mais difícil.

De acordo com estudos de série histórica, amplamente descritos na literatura (BOURGEAULT *et al.*, 2011; BOURGEAULT; VIERS, 2010; CAMPBELL-PAGE *et al.*, 2013; DUMONT *et al.*, 2008; SASSI, 2018), é possível observar que a falta ou o excesso de profissionais médicos têm flutuado ao longo dos anos considerando a dificuldade de alcançar um equilíbrio entre oferta e demanda de profissionais médicos.

Em geral, nos últimos anos, ocorreram mudanças significativas no desenho da política de recrutamento e retenção de médicos. No Brasil, anos de ausência de uma política de RHS resultaram em: escassez de médicos (BRASIL, 2015; SANTOS *et al.*, 2017; SCHEFFER *et al.*, 2018), grande concentração em áreas urbanas e no setor privado (SCHEFFER *et al.*, 2018) e falta de perspectiva para comunidades sem serviços. Com a pressão crescente da população e do ambiente político, eles levaram o Ministério da Saúde a lançar uma política nacional de RHS direcionada aos médicos (BRASIL, 2015; CAMPOS, 2015; FONTES; CONCEIÇÃO; JACINTO, 2018; GIRARDI *et al.*, 2016; MOURÃO NETTO *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2017; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015b; WEBER, 2017).

No caso canadense, após fortes indícios de escassez de médicos, medidas como: o aumento do número de vagas nas faculdades de medicina, a ampliação das residências e maior agilidade no processo de revalidação das licenças dos IMGs foram implantadas. Somam-se a isto a longa experiência e organização de seu sistema de saúde sob o norte de um modelo de atenção à saúde fortemente centrado na APS e com a formação de médicos de família proporcional a de especialistas. Dessa forma, o Canadá consegue manter melhores indicadores de saúde do que outros países com maior proporção de médicos por habitantes (NOLTE; MCKEE, 2008; WATSON; MCGRIL, 2009). Ainda assim, similar ao Brasil, o Canadá também enfrenta grandes dificuldades em reter esses profissionais nas áreas mais vulneráveis e distantes dos centros urbanos.

Diante do desafio e da dinamicidade de manter o equilíbrio entre oferta e demanda de médicos, pelas mais diversas razões aqui já mencionadas, torna-se imperativo uma política de RHS atualizada. Dessa forma, o componente com iniciativas de curto prazo torna-se crucial para que a política consiga responder com agilidade as mudanças contextuais.

As recentes políticas de provimento médico no Brasil e Ontário foram aqui descritas e classificadas de acordo com o tipo de intervenções. No caso Ontário, a política de provimento de médicos para áreas carentes é fortemente baseada em ROS, junto com intervenções educacionais focadas em apoiar profissionais para adquirir licença médica para entrar no mercado de trabalho, mas coloca pouca ênfase no treinamento para trabalhar em áreas carentes. Por sua vez, no Brasil é oferecido uma educação continuada pela política de provimento de médicos constituindo um apoio significativo para evitar a sensação de isolamento que abate os médicos e para aprimorar a sua prática. No entanto, a oferta padronizada e ampla do mesmo curso para cenários tão diversos pode não dar o suporte necessário para quem está nas áreas mais remotas e rurais do país ou precisa de um apoio mais específico. De alguma forma, espera-se que a supervisão presencial possa atender a essas necessidades, embora, devido à sua baixa frequência, possa ter um efeito limitado.

Em ambos os casos, os incentivos financeiros ocupam lugar de destaque adequando-se a cada caso. Embora os incentivos financeiros sejam comumente a principal tentativa de atrair médicos, a existência e a ampliação de outras esferas de intervenções demonstra que os planejadores de políticas de recrutamento de RHS estão cientes dos limites dos incentivos financeiros. Portanto, o incentivo financeiro compondo em conjunto com suporte profissional e pessoal é um estímulo significativo para puxar o médico para atuar nessas regiões. Além disso, a diversificação e a sinergia de ambos os incentivos atingem diferentes perfis de médicos.

No entanto, a intervenção de curto prazo no modelo ontariano tem um foco maior em incentivos financeiros e na retenção de IMGs que já estão no país em treinamento, querendo obter uma licença para trabalhar no país. Outro aspecto importante é a intervenção por meio de modelos que garantam (controlam) o recrutamento e retenção desses profissionais em áreas remotas, como é o modelo visto nas ROS.

Ainda analisando o desenho das ações de curto prazo, podemos identificar que o modelo brasileiro combina incentivos financeiros e educacionais. No entanto, como limite do desenho, está a ausência de mecanismos que permitam o aproveitamento da experiência na APS dos médicos cubanos e o intercâmbio com instituições de ensino, para que essa cooperação econômica pudesse se expandir também para uma cooperação educacional. Por outro lado, é possível que a extensa campanha midiática lançada por entidades médicas e o legado de

discursos pejorativos a Cuba, não tenham permitido desenvolver tal cooperação. Esse tipo de discurso não está presente apenas no Brasil, mas também em outros países do Sul Global, como a África do Sul (SUI *et al.*, 2019). Compondo assim, outro pressuposto a ser incluído na polêmica entre as realidades Norte Global e Sul Global.

No Brasil e em Ontário, a dimensão mais proeminente é a intervenção regulatória. Isso pode ser atribuído ao tensionamento e intervenção em assuntos críticos para a corporação médica. No caso Brasil, a autorização do Ministério da Saúde, e não pelas Entidades Médicas regulamentares, permitindo uma licença temporária para IMG e uma pontuação extra no processo de seleção de residência médica para os candidatos que trabalharam no PMM, causou fortes críticas de algumas faculdades de medicina. Em Ontário, essa regulamentação ocorre com a instituição de ROS, limitando o número de vagas de residência para IMGs. Por sua vez, restringe o acesso a incentivos financeiros e educacionais pelo cumprimento de uma prestação de serviço obrigatória em regiões carentes, visando, em particular, IMGs e estudantes de baixo capital financeiro.

Para o lançamento do PMM pelo governo Federal, foi necessária uma conjunção de eventos políticos como o liderado pelo movimento de prefeitos, a opinião pública pressionando por melhorias na saúde e uma justificativa legal apoiado pela Constituição Federal, que atribui ao SUS a competência para organizar a formação de RHS (OLIVEIRA, A. P. C. De *et al.*, 2018).

Mesmo não prevendo perdas na empregabilidade e na renda dos médicos (HONE *et al.*, 2020), a nova política de provimento de médicos encontrou forte resistência das entidades médicas brasileiras (GOMES; MERHY, 2017; OLIVEIRA, A. P. C. De *et al.*, 2018), por meio de diversas ações nas esferas política, jurídica e de opinião pública (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015b). Possivelmente, o motivo central dessa reação foi a tentativa do governo de interferir na autorregulação da profissão médica, com potencial impacto na definição do mercado de trabalho dos especialistas (GOMES; MERHY, 2017).

Portanto, em ambos os casos, observamos que o Estado conseguiu realizar diferentes intervenções e incentivos na tentativa de recrutar médicos para atuar em áreas carentes, embora, em ambos os casos, os incentivos se concentrem no trabalho dos IMGs e só tenham conseguido regular aspectos periféricos do trabalho dos médicos.

Deixando questões como: como as instituições médicas conseguem equilibrar seu discurso abnegado e de responsabilidade pública com sua prática voltada para seus próprios interesses? Quais são os fatores que restringem a política de recrutamento de RHS? Como explicar que, embora seja controverso, os países ainda recrutam IMGs? Quais são os pressupostos para explicar tal realidade e sua reprodução ou manutenção?

3.2 Compreendendo as intervenções de curto prazo inseridas em seu campo de batalha

As características do perfil do profissional médico é um aspecto importante que pode interferir na adesão a uma política, bem como a legitimidade da opinião do médico como “autoridade” em assuntos específicos perante a sociedade.

Embora algumas evidências correlacionam que médicos que tiveram passado parte substancial de sua vida e em uma área rural têm maior probabilidade de continuar ou retornar a sua localidade de origem (VISCOMI; LARKINS; GUPTA, 2013), o alto capital social por ser médico pode proporcionar maior mobilidade e a possibilidade de mudança do local de prática. Além disso, essa questão tem consequências para além do indivíduo que faz a escolha. Isso significa que seu papel central em uma saúde médico centrada, traz grande responsabilidade social.

No Canadá, são frequentes os relatos de uma diminuição na produtividade médica, bem como o argumento da necessidade de otimizar os recursos médicos, situações estas reafirmadas constantemente em documentos relacionados a RHS. No Brasil, em entrevistas com médicos, foi possível perceber a presença constante do objetivo de, principalmente entre os mais jovens, “obter um equilíbrio entre a profissão e a vida pessoal” (SCHEFFER *et al.*, 2018). Dessa forma, pode-se identificar, entre outras mudanças, uma tendência no sentido de uma redução da carga de trabalho habitualmente elevadas. Esse processo também ocorre ao mesmo tempo que acontece uma feminização do perfil dos médicos nos dois países (SCHEFFER *et al.*, 2018), fato que necessita de mais estudos para ser analisado sua real correlação e desdobramentos que não se restrinjam à produtividade ou análises superficiais.

O uso da perspectiva Bourdieu e seu conceito de campo (ALBERT; KLEINMAN, 2011), permitem perceber que apesar de um uso do processo de feminização na área médica como um argumento descritivo e “neutro”, de fato demonstra-se como a área médica é “um espaço estruturado hierarquicamente de dominantes e posições subalternas” com suas próprias regras de valorização do trabalho masculino *versus* trabalho feminino.

Analisar a corporação médica a partir de sua posição no campo detendo poder e legitimidade, tanto porque ela representa uma classe com reconhecimento, como retêm capital econômico, cultural e simbólico, auxilia a entender as disputas que ocorrem diante de uma política pública. Por exemplo: intervenções regulatórias relacionadas ao processo de licenciamento de IMGs, seja definindo o método de avaliação ou o número de vagas nas escolas e residências médicas, refere-se a uma disputa simbólica de quem pode ou não entrar nesse

campo, sendo isto o que está em jogo no âmbito das intervenções regulatórias. Dessa maneira, não é de se surpreender a disputa pelo poder de regular quem pode ingressar na área médica, como a intervenção regulatória lançada pelo governo brasileiro por meio do PMM. Era de se esperar forte disputa por este capital simbólico, que tem como importante arena a esfera pública.

A autodeterminação de um campo é o resultado de um processo histórico-social que combina regras internas e forças externas. A capacidade de permanecer intocado pela intervenção externa é maior quanto maior é a autonomia deste campo. Por sua vez, isso depende da capacidade de seus agentes em criar e sustentar suas próprias regras para jogar o "jogo" (ALBERT; KLEINMAN, 2011).

Portanto, a posse de alto capital simbólico pode justificar a grande legitimidade que a instituição médica tem diante da sociedade, mas que se este capital não for condizente com a realidade que a sociedade enfrenta, seu *status* pode ser enfraquecido em relação ao capital disponível e atualmente valorizado. Dessa forma, o campo médico tanto exemplifica como ao mesmo tempo possui autonomia e se relaciona com outros campos, ao mesmo tempo que não para de responder às demandas sociais. O poder das profissões da saúde, especialmente a medicina, também é possível de ser reconhecido em documentos oficiais, quando se enfatiza o seu papel como elemento essencial para o sucesso de uma política (DUSSAULT; DUBOIS, 2003).

Outra relação crucial que merece ênfase é a relação entre o Estado e os médicos se destacando o poder do Estado de se impor sobre os agentes individuais, principalmente os com menores posse de capitais (por exemplo, estudantes endividados e IMGs) para impor a condição de dispor do seu trabalho nas áreas mais vulneráveis. Isso pode até falsamente transparecer como uma relação de cooperação entre o Estado e instituição médica agindo em acordo para benefício dos mais necessitados. No entanto, sem uma compreensão do poder e da desigualdade nessa relação, é impossível distinguir entre a cooperação baseada na igualdade e na mutualidade e as interações que, apesar de parecerem um acordo, são caracterizadas pela dominação e subordinação (ALBERT; KLEINMAN, 2011). Dominação perpetrada no indivíduo em posição subordinada internamente no campo médico. Além disso, os profissionais com maiores capitais têm o poder de definir as regras dentro da área médica e fazer com que essas regras joguem a seu favor.

Esse tipo de modelo contradiz o discurso, fortemente presente nas sociedades ocidentais, da liberdade do indivíduo para escolher sobre o seu próprio destino e a necessidade de assumir os ônus e bônus individualmente por suas escolhas. Portanto, este poder é predominantemente imposto sobre os mais vulneráveis, independentemente dos seus desejos.

Este é um problema frequente de reclamações e insatisfações entre os IMGs (BOURGEAULT; VIERS, 2010; THOMSON; COHL, 2011).

Outra discussão frequente é sobre o uso do conceito de recrutamento ativo e passivo. Conceitualmente, ativo e passivo são diferenciados pela forma como as informações são transmitidas. Mas isso é insuficiente para separar uma posição ética de uma antiética. Apenas informar o médico imigrante das dificuldades e custos do processo de licenciamento (THOMSON; COHL, 2011) está longe de ser o problema real. Esta situação contrasta com questões maiores, como a economia, a política, a segurança, o futuro, que são os principais motivos que motivam as pessoas a emigrar (BOURGEAULT; VIERS, 2010). Em outras palavras, existem elementos estruturais que a divisão entre recrutamento ativo e passivo não cobre.

Com efeito, todo recrutamento é essencialmente “ativo”, porque o que será decisivo é a escolha “livre” da pessoa para migrar. No contexto canadense, de um país desenvolvido com estabilidade econômica e social, juntamente com campanhas de recrutamento, foram capazes de impulsionar significativamente o recrutamento de médicos de países em desenvolvimento, como a África do Sul (AL-SAWAI; AL-SHISHTAWY, 2015; BOURGEAULT *et al.*, 2011; BOURGEAULT; VIERS, 2010; JOUDREY; ROBSON, 2010). Entretanto, o número de médicos que migraram superou a possibilidade de retenção desses profissionais em função do processo de licenciamento ser padronizado por diferentes frações do governo que, por sua vez, possuem diferentes percepções e atitudes (CAMPBELL-PAGE *et al.*, 2013).

Após um importante impasse político e ético devido às consequências geradas nos países de origem desses imigrantes médicos, a opinião pública canadense tem sido mais crítica a respeito deste tipo de iniciativa, resultando na suspensão de muitas campanhas (CAMPBELL-PAGE *et al.*, 2013). Esse tipo de prática perdeu muito de sua legitimidade após exposição de situações ocorridas nos veículos de comunicação (BOURGEAULT; VIERS, 2010). Com isso, as instituições governamentais retardaram o recrutamento e fortaleceram o discurso da necessidade de se alcançar uma autossuficiência no treinamento de médicos (ACHDHR (ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH DELIVERY AND HUMAN RESOURCES), 2009; ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH DELIVERY AND HUMAN, 2010; FERERAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH DELIVERY AND HUMAN RESOURCES (ACHDHR), 2007).

Por sua vez, a posição do Brasil como país de LMIC e pelo fato de ser marcado por grandes desigualdades sociais, não o coloca em uma situação que garanta o recrutamento de médicos de países com maior proporção médico por habitantes. Desta forma, optou-se por um

acordo político entre o governo brasileiro e o governo de Cuba apresentando características de uma cooperação econômica por mediação da OPAS (BRASIL, 2015).

Não faz sentido apenas limitar a discussão se o recrutamento de IMGs oriundos de LMIC deve ser considerado inaceitável e injusto. Trata-se de um grave problema econômico, político, cultural e ético cuja manutenção desse desequilíbrio reforça a relação de colonialidade que ainda ocorre entre as nações.

Uma certa racionalidade incorporada sustenta que as disparidades de riqueza, educação, saúde e assim por diante entre o Norte Global e o Sul são “naturais” e inevitáveis (NAIDU, 2020). Esta racionalidade é endossada não apenas no senso comum, mas também comumente por epistemologias científicas do Norte Global. Essas concepções desconsideram a longa história de exploração da riqueza de nações do Sul Global pelo Norte Global. Não apenas em tempos remotos, mas também, por exemplo, durante a crise econômica dos anos 1980, quando as instituições financeiras internacionais e governos credores receberam enorme poder, por meio de medidas políticas e econômicas de austeridade impostas e um programa geral de encolhimento do Estado para os países latino-americanos (ESPING-ANDERSEN, 1996).

Além da esfera econômica despedaçada, a teoria da pós-colonial defende que a colonização cultural se reproduz através das gerações, imprimindo em seus descendentes a aspiração aos ideais e ideias dos colonizadores (NAIDU, 2020).

Portanto, as interpretações do impacto do recrutamento de IMGs muitas vezes dependem da localização sociocultural do intérprete, Global Norte *versus* Sul Global. Apesar da existência de um conjunto de diretrizes em torno de recrutamento ético, isso não se traduz necessariamente em práticas de recrutamento éticas.

Portanto, as principais ideologias políticas, econômicas e sociais têm implicações importantes para a política de recrutamento de RHS. Como um subconjunto de nosso sistema de saúde, que está fortemente ligado à economia política, o gerente de saúde e a equipe médica que trabalham para melhorar o planejamento de RHS estão sujeitos à influência de ideologias globais, como o neoliberalismo, e podem ter suas mentes colonizadas (BHANDAL, 2018).

Atualmente, Brasil e Canadá enfrentam um aumento acentuado no número de cidadãos formados no exterior que desejam voltar para casa e trabalhar como médicos, adicionando algumas controvérsias e complexidade extras à relação entre as nações do Norte e do Sul globais.

3.3 Mudanças potenciais na política de RHS

Desde novembro de 2018, quando Cuba retirou todos os médicos cubanos devido ao posicionamento contrário do governo eleito de Jair Bolsonaro, a política de RHS brasileira tem o desafio de preencher 18.000 posições com médicos brasileiros.

Situação como a que estamos vivenciando com a pandemia SARS-COV-2, colocou o SUS diante de seus limites. Tal situação obrigou o atual governo brasileiro a fazer uma nova convocação para médicos cubanos, em vez de fortalecer a sua nova política de HRS³¹.

Além disso, esta pandemia está mudando a forma de como os cuidados médicos estão sendo prestados em todos os lugares. É perceptível que a tecnologia alcançou o núcleo duro da assistência médica, a relação entre médico e paciente. Até o momento, mesmo com o avanço tecnológico e a presença de discursos favoráveis à mediação da consulta por meios eletrônicos e virtuais (por exemplo, a realização de consultas online), isso só se tornou uma realidade generalizada com a pandemia. Posteriormente, a mudança em sua prática central certamente gerará mudanças profundas na forma como os sistemas de prestação de serviços médicos se organizarão.

Portanto, esta pandemia não só está colocando os sistemas de saúde sob pressão, mas também exigindo ações mais firmes contra as desigualdades e que estas sejam integradas ao modelo de atenção experimentada durante a pandemia. Nesse conjunto, os RHS terão um papel ainda mais essencial para a sustentabilidade dos Sistemas de Saúde.

4. CONCLUSÃO

A comparação de políticas de saúde deve ser conduzida usando métodos quantitativos e abordagens qualitativas para avaliar os modelos, a implementação e os desdobramentos das políticas. Isto faz factível a compreensão das premissas e fatores contingentes da política em foco, no nosso caso, a política de provimento de médicos para atuar em áreas desassistidas, bem como as suas repercussões dentro e entre os países ao redor do mundo. Apenas uma abordagem ampla, incluindo nação com diferentes perfis socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos, habilita estudos assim e que seus resultados sejam utilizados para a ação política e aprendizagem compartilhada contínua.

³¹ In December 2019, Brazil introduced the “Medicos Pelo Brasil” (Doctors for Brazil) program to replace the PMM

A avaliação das políticas de saúde é multidimensional e várias fontes são necessárias para fornecer uma imagem abrangente de seus efeitos. Nossas descobertas sugerem problemas e áreas comuns para focar em todos os países, bem como desafios que são exclusivos de cada nação. Canadá e Brasil estão enfrentando desafios no recrutamento de médicos para áreas desassistidas e longe do ambiente urbano. Melhorar a cobertura do serviço para essas populações com grandes necessidades pode melhorar os resultados e, ao mesmo tempo, reduzir as desigualdades (HONE *et al.*, 2020). Portanto, as políticas de curto prazo são importantes como uma “sintonia fina” para atualizar as ações necessárias para cumprir a missão principal do sistema de saúde e fornecer uma cobertura universal. Para obter melhores resultados nesta questão complexa que envolve várias instituições e partes interessadas, também são necessários planejamento e medidas estáveis de longo prazo.

Um desenho de política para abordar a oferta de médicos deve estar de acordo com o contexto de cada país, ao mesmo tempo, deve estar ciente de sua conexão com outros países. Em ambos os casos estudados, as intervenções de curto prazo foram baseadas, principalmente, no trabalho dos IMGs, que são uma solução simplista para este problema complexo e tem uma linha ética bem tênue. Embora as políticas com compromissos de longa duração em relação à educação, treinamento e apoio específico aos trabalhadores de saúde rurais sejam mais desafiadoras e exijam que sejam iniciadas muito tempo antes para começar a ser possível sentir seus efeitos, ao mesmo tempo é esperado que tenham resultados profundos e desdobramentos diversos.

É insuficiente colocar em ação as mesmas intervenções que historicamente tem sido adotadas. Mudanças radicais são necessárias para alcançar um acesso universal à saúde, portanto, uma abordagem crítica é crucial para a construção de uma orientação viável e equânime para esse processo.

Um processo de formulação de políticas pode ser influenciado por diferentes elementos e deve ser analisado como uma arena em permanente disputa. O estudo aqui realizado das políticas de provimento de médicos envolvendo diferentes agentes com diferenciais de poderes e interesses foi um bom exemplo.

Em ambos os casos estudados, o desenho da política de provimento teve fortes elementos contingentes de tempo e espaço, bem como uma disputa pela legitimidade das ações a serem implementadas. Nesse processo, o discurso da eficiência e da necessidade de decisões pautadas nas evidências científicas foram elementos fortemente presentes. No entanto, na perspectiva da teoria de Bourdieu e pós-colonial, este discurso servem para manter um equilíbrio desigual entre campos e nações.

Portanto, foi possível demonstrar que um design não é apenas um produto baseado no melhor conhecimento para resolver um problema por uma estratégia eficiente, mas é produto de uma disputa por poder e legitimidade.

Por fim, reitero que análise comparativa me auxiliou na elaboração desta tese, principalmente, de duas maneiras, a primeira promovendo um contato aprofundado com o conteúdo formal e oficial que regulamenta o PMM; e a segunda, o contato com outra realidade e outros programas, me propiciaram um distanciamento do espaço social ao qual pertenço e compartilho com o da tese, dessa forma, foi possível perceber características do campo que antes passariam despercebidas devido a minha proximidade com o campo médico.

REFERÊNCIAS

ACHDHR (ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH DELIVERY AND HUMAN RESOURCES). How Many Are Enough? Redefining Self-Sufficiency for the Health Workforce. **How Many Are Enough? Redefining Self-Sufficiency for the Health Workforce a discussion paper**, [s. l.], n. WEAARRT, p. 1–29, 2009.

ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH DELIVERY AND HUMAN. Toward a Pan-Canadian Approach To the Ethical Recruitment of International Health Personnel. [s. l.], 2010. Disponível em: http://rcpsc.medical.org/publicpolicy/documents/2010/CRA_EthicalPoster.pdf

AL-SAWAI, Abdulaziz; AL-SHISHTAWY, Moesness M. Health Workforce Planning. **Revisions Recd**, [s. l.], v. 15, n. 16, p. 27–33, 2015.

ALBERT, Mathieu; KLEINMAN, Daniel Lee. Bringing Pierre Bourdieu to Science and Technology Studies. **Minerva**, [s. l.], v. 49, n. 3, p. 263–273, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11024-011-9174-2>

ANDRADE, Monica Viegas *et al.* Brazil's Family Health Strategy: Factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998-2012). **Health Policy and Planning**, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 368–380, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx189>

ARRUDA, Carlos André Moura *et al.* Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], v. 21, p. 1269–1280, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0235>

BAXTER, Pamela; SUSAN JACK; JACK, Susan. Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. **The Qualitative Report Volume**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 544–559, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1874434600802010058>

BHANDAL, Taqdir. Ethical globalization? Decolonizing theoretical perspectives for internationalization in Canadian medical education. **Canadian Medical Education Journal**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. e33-45, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.36834/cmej.36914>

BOURGEAULT, Ivy Lynn *et al.* Immigration and HRH Policy Contexts in Canada , the U. S., the U. K. & Australia : Setting the stage for an examination of the ethical integration of internationally educated health professionals. In: , 2011. **13th International Health Workforce Collaborative**. [S. l.: s. n.], 2011. Disponível em: <http://rcpsc.medical.org/publicpolicy/imwc/conference13.php>

BOURGEAULT, Ivy Lynn; VIERS, Ken. **BRAIN GAIN , DRAIN & WASTE : The Experiences of Internationally Educated Health Professionals in Canada**. Ottawa: University of Ottawa, 2010.

BRASIL. **Resolução nº 2, de 26 de outubro de 2015**. [S. l.: s. n.], 2015.

BRASIL. CASA CIVIL. **Dispõe sobre a emissão do registro único e da carteira de identificação para os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de que trata a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** [S. l.: s. n.], 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências.** [S. l.: s. n.], 2015.

BRASIL. **Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12871-22-outubro-2013-777279-norma-atualizada-pl.pdf>

BRASIL. **Programa mais médicos – dois anos: mais Saúde para os brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. *E-book*.

BRAZIL. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.369, DE 8 DE JULHO DE 2013.** Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

CAMPBELL-PAGE, Ruth M. *et al.* Foreign-trained medical professionals: Wanted or not? A case study of Canada. **Journal of Global Health**, [s. l.], v. 3, n. 2, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.7189/jogh.03.020304>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], v. 19, n. 54, p. 641–642, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0286>

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

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. **Quick facts on Canada's physicians.** [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.cma.ca/quick-facts-canadas-physicians>. Acesso em: 9 jun. 2020.

CARE, Long-term. Guidelines for Return of Service (ROS) for International Medical Graduates (IMGs), Repatriation Program and Registration through Practice Assessment. [s. l.], n. November, 2007.

CASTRO, Marcia C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, [s. l.], v. 394, n. 10195, p. 345–356, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)

CHAN, Ben; MPA, M P H. Physician Workforce Planning : What Have We Learned ? : Lessons for Planning Medical School Capacity and IMG Policies . The Canadian Perspective . Recent developments in physician workforce planning in Canada Methodologies for forecasting future supply , d. In: , 2003. **7th International Medical Workforce Conference,** [S. l.: s. n.], 2003. p. 1–20. Disponível em: http://rcpsc.medical.org/publicpolicy/documents/2003/Can_physician_planning_Ben_Chan.pdf

CHOPRA, Mickey *et al.* Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. **The Lancet**, [s. l.], v. 371, n. 9613, p. 668–674, 2008. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60305-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60305-0)

DA SILVA, Tiago Rodrigues Bento *et al.* Percepção de usuários sobre o programa mais médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 9, p. 2861–2869, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18022016>

DAMJI, Ali N. *et al.* Trust as the foundation: Thoughts on the Starfield principles in Canada and Brazil. **Canadian Family Physician**, [s. l.], v. 64, n. 11, p. 811–815, 2018. Disponível em: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L624970947>

DAUPHINEE, W Dale; BUSKE, Lynda. Medical workforce policy-making in Canada 1993 – 2003 : reconnecting the disconnected. **Academic Medicine**, [s. l.], v. 81, n. 9, p. 830–836, 2006.

DOLEA, Carmen; STORMONT, Laura; BRAICHET, Jean Marc. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 88, n. 5, p. 379–385, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070607>

DUMONT, J C *et al.* International mobility of health professionals and health workforce management in Canada: myths and realities. **OECD Health Working Papers**, [s. l.], n. 40, p. 119–pp, 2008. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/7/59/41590427.pdf>

DUSSAULT, Gilles *et al.* **Assessing future health workforce needs workforce needs**. [S. l.: s. n.], 2010.

DUSSAULT, Gilles; DUBOIS, CARL-ARDY. Human resources for health policies: a critical component in health policies. **Human Resources for Health**, [s. l.], v. 1, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1332/030557383782628535>

DUSSAULT, Gilles; FRANCESCHINI, Maria Cristina. Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Human Resources for Health**, [s. l.], v. 4, p. 1–16, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **Welfare states in transition: national adaptations in global economies**. London: SAGE publications, 1996.

FERERAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH DELIVERY AND HUMAN RESOURCES (ACHDHR). **A Framework Health Human Resources Planning**. [S. l.: s. n.], 2007.

FONTES, Luiz Felipe Campos; CONCEIÇÃO, Otavio Canozzi; JACINTO, Paulo de Andrade. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. **Health Economics (United Kingdom)**, [s. l.], v. 27, n. 8, p. 1284–1299, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hec.3775>

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Impacto do programa mais Médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 9, p. 2675–2684, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* **Mercado de Trabalho Médico - Escassez e desigualdades na distribuição da força de trabalho no Brasil**. Belo Horizonte: [s. n.], 2013. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Publicacoes/Publicacao_Mercado_de_Trabalho_Medico_2013.pdf

GLENTON, Claire *et al.* A systematic review of barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes for maternal and child health. **The cochrane database of systematic reviews**, [s. l.], n. 10, p. 1–4, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010414.pub2>. www.cochranelibrary.com

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. **Uma análise da luta das entidades médicas Brasileiras diante do Programa Mais Médicos**. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0363>

GOVERNMENT OF ONTARIO, Ministry of Health and Long-Term Care. **International Medical Graduate Return of Service Program Guidelines**. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsdp/physicians/docs/IMG_ROS_Guide.pdf. Acesso em: 9 jun. 2020 a.

GOVERNMENT OF ONTARIO, Ministry of Health and Long-Term Care. **Ontario International Medical Graduate (IMG) Return of Service Qs and As**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsdp/physicians/docs/IMG_ROS_Q_A.pdf. Acesso em: 9 jun. 2020 b.

GOVERNMENT OF ONTARIO, Ministry of Health and Long-Term Care. **Re-Entry Return of Service Program Guidelines**. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsdp/physicians/docs/RE_ROS_Guide.pdf. Acesso em: 9 jun. 2020 c.

GOVERNMENT OF ONTARIO, Ministry of Health and Long-Term Care. **Repatriation Return of Service Program Guidelines**. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/repatriation/docs/Rep_ROS_Guide.pdf. Acesso em: 9 jun. 2020 d.

GOVERNMENT OF ONTARIO, Ministry of Health and Long-Term Care. **Resident Loan Interest Relief Program**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/rlirp/about.aspx>. Acesso em: 6 set. 2020 e.

GROBLER, L; BJ, Marais; MABUNDA, S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 1, n. 6, p. 4–8, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub3>. www.cochranelibrary.com

HEALTHFORCEONTARIO. **HealthForceOntario Ontario's New Physician Recruitment and Retention Programs**. [S. l.: s. n.], 2009. *E-book*.

HOLLYMAN, Stephenie. Managing exits. *In*: WORLD HEALTH REPORT 2006. [S. l.: s. n.], 2006. p. 1–22.

HONE, Thomas *et al.* Impact of the Programa Mais Medicos (More Doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable Mortality. [s. l.], p. 1–11, 2020.

HUICHO, Luis *et al.* Increasing access to health workers in underserved areas: A conceptual framework for measuring results. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 88, n. 5, p. 357–363, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070920>

INFORMATION, Canadian Institute for Health. **Physicians in Canada, 2018**. Ottawa, ON: CIHI, 2019. *E-book*.

JOUDREY, Ronald; ROBSON, Krista. Practising medicine in two countries: South African physicians in Canada. **Sociology of Health and Illness**, [s. l.], v. 32, n. 4, p. 528–544, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01231.x>

JUR, Assuntos. 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. A. [s. l.], p. 2018–2020, 2020.

KUPER, Ayelet; WHITEHEAD, Cynthia; HODGES, Brian David. Looking back to move forward: Using history, discourse and text in medical education research: AMEE Guide No. 73. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. e849–e860, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.748887>

LOFTERS, Aisha *et al.* “Brain drain” and “brain waste”: Experiences of international medical graduates in Ontario. **Risk Management and Healthcare Policy**, [s. l.], v. 7, p. 81–89, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S60708>

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil's family health strategy - Delivering community-based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>

MENICUCCI, Telma; BRASIL, Flávia. Construção de agendas e inovações institucionais: análise comparativa da reforma sanitária e da reforma urbana. [s. l.], p. 369–396, 2010.

MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE. **Northern Physician Retention Initiative (NPRI)**. [S. l.], 2016. Disponível em: <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/northernhealth/npri.aspx>. Acesso em: 9 jun. 2020.

MOURÃO NETTO, José Jeová *et al.* Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], p. 1–7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>

NAIDU, Thirusha. Southern exposure: levelling the Northern tilt in global medical and medical humanities education. **Advances in Health Sciences Education**, [s. l.], n. 0123456789, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10459-020-09976-9>

NATIONS, United; PROGRAMME, Development. **Human Development Report 2019: Inequalities in Human Development in the 21st Century Jordan**. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/data>

NOLTE, Ellen; MCKEE, C. Martin. Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. **Health Affairs**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 58–71, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.1.58>

OECD. **Health at a Glance 2013: OECD indicators**. [S. l.]: OECD/Korea Policy Centre, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264261433-ko>

OECD. **Health at a Glance 2019**. Paris: OECD Publishing, 2019. (Health at a Glance). Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

OECD. **The Looming Crisis in the Health Workforce -How can OECD Countries Respond ?** [S. l.: s. n.], 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264050440-en>

OLIVEIRA, Ana Paula Cavalcante de *et al.* Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: estudo de caso múltiplo. **Cadernos de saude publica**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. e00220416, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00220416>

OLIVEIRA, Felipe Proenço 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

PEREIRA, Lucélia *et al.* Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. **Rural and remote health**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 3616, 2016. Disponível em: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L616136072>

PINTO, Hêider Aurélio *et al.* O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica Mais. **DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE**, [s. l.], n. 51, p. 105–120, 2014.

PINTO, Hêider Aurélio *et al.* The Brazilian More Doctors Program: evaluating the implementation of the Provision axis from 2013 to 2015. **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], v. 21, p. 1087–1101, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>

PIOLA, Sérgio Francisco *et al.* SIPS SAÚDE - PERCEPÇÃO SOCIAL SOBRE A SAÚDE NO BRASIL. In: SCHIAVINATTO, Fábio (org.). **Sistema de indicadores de percepção**

social (SIPS). Brasília: Ipea, 2011. p. 254. *E-book*.

PONKA, David *et al.* Contrasting current challenges from the Brazilian and Canadian national health systems. **Canadian Family Physician**, [s. l.], v. 65, p. 890–896, 2019.

RASELLA, Davide *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 1–20, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>

REPÚBLICA, Presidência da. **LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013**. Brasília: [s. n.], 2013.

ROBERTO, Mario; POZ, Dal. PERSPECTIVAS PERSPECTIVES A crise da força de trabalho em saúde The crisis of health workforce La crisis del personal sanitario. [s. l.], v. 29, n. 10, p. 1924–1926, 2013.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco *et al.* Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 95, n. 2, p. 103–112, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/blt.16.178236>

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Mais Medicos Program: An effective action to reduce health inequities in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 11, p. 3547–3552, 2015a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>

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, 2015b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>

SASSI, André Petraglia. **Dinâmicas da implantação do Programa Mais Médicos na Paraíba: contribuições sociológicas para a análise de uma política pública**. 343 f. 2018. - João Pessoa/PB: Universidade Federal da Paraíba, [s. l.], 2018.

SCHEFFER, Mário *et al.* **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, CREMESP, 2018.

SOUSA, Angelica *et al.* A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 91, n. 11, p. 892–894, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.13.118927>

STARFIELD, Barbara. Is primary care essential? **The Lancet**, [s. l.], v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 1994. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)

STARFIELD, Barbara. Reinventing primary care: Lessons from Canada for the United States. **Health Affairs**, [s. l.], v. 29, n. 5, p. 1030–1036, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0002>

STATISTICS CANADA. **Primary health care providers, 2017**. [S. l.], 2019. Disponível em:

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00001-eng.htm>. Acesso em: 9 jun. 2020.

SUI, Xincheng *et al.* Cuban medical training for South African students: A mixed methods study. **BMC Medical Education**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1–11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1661-4>

THOMSON, George; COHL, Karen. **IMG selection: independent Review of Access to Postgraduate Programs by International Medical Graduates in Ontario**. Toronto: [s. n.], 2011.

VISCOMI, Marco; LARKINS, Sarah; GUPTA, Tarun S. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Canadian journal of rural medicine**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 13–23, 2013.

WATSON, Diane E.; MCGRAIL, Kimberlyn M. More doctors or better care? **Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 101–104, 2009.

WEBER, César Augusto Trinta. Dialectics of a medical provision policy in priority areas in Brazil. **Revista da Associacao Medica Brasileira**, [s. l.], v. 63, n. 3, p. 268–277, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.03.268>

WORLD HEALTH ORGANISATION. **User's Guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel**. [S. l.: s. n.], 2011. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/guide/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations**. France: WHO Press, 2010. Disponível em: <https://doi.org/ISBN 978 92 4 156401 4>