



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**LAÍS DA SILVA SOUZA**

**ATUAÇÃO ESTATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DOS  
PROGRAMAS MAIS MÉDICOS E MÉDICOS PELO BRASIL**

**MIRACEMA DO TOCANTINS, TO**

**2024**

**Laís da Silva Souza**

**Atuação Estatal na Atenção Primária à Saúde: análise dos Programas Mais Médicos e  
Médicos Pelo Brasil**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema do Tocantins – TO para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Profa. Dra. Leila Eliane Aizza

Miracema do Tocantins, TO

2024

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- S729a Souza, Laís da Silva.  
Atuação Estatal na Atenção Primária à Saúde: análise dos programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil. / Laís da Silva Souza. – Miracema, TO, 2024.  
61 f.  
Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2024.  
Orientadora : Leila Eliane Aizza  
1. Universalidade. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Programa Mais Médicos. 4. Programa Médicos pelo Brasil. I. Título

**CDD 360**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

LAÍS DA SILVA SOUZA

ATUAÇÃO ESTATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DOS  
PROGRAMAS MAIS MEDICOS E MEDICOS PELO BRASIL

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema do Tocantins – TO, Curso de Serviço Social foi avaliado para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, e aprovada (o) em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Profa. Dra. Leila Eliane Aizza – Orientadora, UFT

---

Profa. Dra. Eliane Marques de Menezes Amicucci – Examinadora, UFT

---

Profa. Dra. Ingrid Karla da Nóbrega Beserra – Examinadora, UFT

Dedico este trabalho a minha mãe, Elizabeth, e ao meu pai, Antônio José, por todo o exemplo de força e determinação, e por serem minhas maiores inspirações em cada passo dessa jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

Expresso minha profunda gratidão aos meus pais, Antônio Jose e Elizabeth, por todas as palavras de incentivo constantes que me sustentaram ao longo dessa jornada.

Agradeço a Deus por ter me concedido força espiritual para acreditar nas possibilidades além dos meus limites, o que foi essencial para superar os desafios impostos pela pandemia da COVID-19 e conquistar este diploma em um cenário pós-pandemia, que exigiu uma dose extra de resiliência.

Agradeço também ao Renato, por ser um ombro amigo sempre presente, me incentivando, me animando e me lembrando todos os dias de que sou capaz, desde o processo seletivo do Sisu até o presente momento.

Sou grata às minhas amigas e companheiras de curso, que o Serviço Social me presenteou: Maria Maxsuela, Michele Cintra, Weslene e Valéria, por estarem ao meu lado durante toda essa caminhada, dividindo as alegrias e angústias do percurso acadêmico.

Sou imensamente grata a todas as minhas supervisoras de estágio e aos professores que contribuíram para a minha formação. Em especial minha orientadora Leila Aizza, que esteve mais próxima, me instruindo neste Trabalho de Conclusão de Curso.

Por fim, agradeço de coração a todos que, de alguma forma, estiveram presentes, direta ou indiretamente, durante essa graduação.

## RESUMO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito universal e um dever do Estado, consolidado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas últimas décadas, o SUS tem enfrentado desafios expressivos para assegurar o acesso igualitário em um país com profundas desigualdades regionais. Nesse cenário, diversos programas foram criados com o intuito de fortalecer o sistema e enfrentar as dificuldades na prestação dos serviços de saúde. Entre eles, destacam-se o Programa Mais Médicos (PMM), instituído durante o governo Dilma Rousseff para expandir o atendimento primário em áreas prioritárias do SUS e o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), lançado pelo governo de Jair Bolsonaro. Diante disso, o objetivo geral desta pesquisa é avaliar a atuação estatal na garantia ao acesso universal e igualitário à saúde através do PMM e PMB. A questão norteadora é: ao ofertar a atenção básica o PMM e o PMB seguiram os princípios constitucionais que preconizam a oferta majoritariamente estatal? A hipótese é que ambos os programas, além de prover médicos, também desenvolveram outras ações relacionadas ao aprimoramento da atenção básica em saúde no país. Para a análise aqui proposta, a metodologia adotada foi a pesquisa bibliográfica e documental. Nesse sentido, os achados da pesquisa demonstram que o PMM privilegiou os Ministérios da Saúde e Educação na gestão e execução do programa, enquanto o PMB fortaleceu a atuação do setor privado ao criar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

**Palavras-chaves:** Sistema Único de Saúde. Atenção Básica. Programa Mais Médicos. Programa Médicos pelo Brasil. Universalidade.

## ABSTRACT

The 1988 Federal Constitution established health as a universal right and a duty of the State, consolidated through the Unified Health System (SUS). In recent decades, the SUS has faced significant challenges in ensuring equal access in a country with profound regional inequalities. In this scenario, several programs were created with the aim of strengthening the system and addressing difficulties in providing health services. Among them, the Mais Médicos Program (PMM), established during the Dilma Rousseff government to expand primary care in priority areas of the SUS, and the Doctors for Brazil Program (PMB), launched by the government of Jair Bolsonaro, stand out. Therefore, the general objective of this research is to evaluate the state's performance in guaranteeing universal and equal access to health through the PMM and PMB. The guiding question is: when offering basic care, did the PMM and PMB follow the constitutional principles that recommend the majority of state provision? The hypothesis is that both programs, in addition to providing doctors, also developed other actions related to improving basic health care in the country. For the analysis proposed here, the methodology adopted was bibliographic and documentary research. In this sense, the research findings demonstrate that the PMM privileged the Ministries of Health and Education in the management and execution of the program, while the PMB strengthened the role of the private sector by creating the Agency for the Development of Primary Health Care (ADAPS).

**Key-words:** Unified Health System. Basic Care. More Doctors Program. Doctors for Brazil Program. Universality.



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Semelhanças entre o PMM e o PMB .....	47
Tabela 2. Diferenças entre o PMM e o PMB .....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CLPS	Consolidação das Leis da Previdência Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CP-M Liberal	Comunidades de Políticas-Movimento Liberal
CP-M Sanitário	Comunidades de Políticas-Movimento Sanitário
CRM	Conselho Regional de Medicina
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
ISSB	Instituto de Serviços Sociais do Brasil
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPPs	Parcerias Público-Privadas

SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>O CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL DA SAÚDE NO BRASIL</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>A saúde no Brasil</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Resistência e luta por direitos</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988</b>	<b>25</b>
<b>3.1</b>	<b>O Sistema Único de Saúde</b>	<b>25</b>
<b>3.2</b>	<b>A importância da atenção básica à saúde</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>PROGRAMA MAIS MÉDICOS E PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL</b>	<b>37</b>
<b>4.1</b>	<b>Análise da atuação estatal na oferta da saúde</b>	<b>37</b>
<b>4.2</b>	<b>Dois programas, duas lógicas distintas</b>	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>53</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil foi prevista na Constituição Federal de 1988 e estruturada através do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que estabeleceu as bases para o funcionamento do sistema. Além disso, assegurou que a saúde é resultante de diversos fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho e renda, entre outros, demonstrando a importância da intersetorialidade com outras políticas.

O modelo de saúde também é normatizado pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que trata da gestão do SUS e as transferências de recursos intergovernamentais. Além disso, garantiu importantes espaços para a participação da comunidade na implementação da política de saúde.

Dessa forma, a oferta da saúde foi dividida em atenção básica, média e de alta complexidades. Em destaque nesse estudo, a política de atenção básica ou primária, composta por um conjunto de ações de saúde que envolvem o contexto individual ou familiar, atuando na promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e de vigilância em saúde, por meio de equipes multiprofissionais nos territórios com responsabilidade sanitária pela população referenciada. (BRASIL, 2017).

Considerando que o cenário atual da Atenção Básica no Brasil enfrenta desafios relacionados à infraestrutura e ao financiamento, agravados pelo congelamento dos recursos destinados ao SUS, essas mesmas ameaças afetam diretamente a oferta da Atenção Primária à Saúde no país. “[...] Em 2016, foi aprovada uma emenda constitucional que congelou os gastos federais por 20 anos, comprometendo dramaticamente o orçamento de políticas sociais.” (MASSUDA, *et al.*, 2020, p. 1182).

No contexto de restrição orçamentária, uma nova revisão da PNAB foi realizada em 2017, flexibilizando a composição de equipes de ESF, reduzindo requisitos mínimos de profissionais para atender a população num território. Em perspectiva futura, projeções econômicas apontam que a redução do financiamento federal para municípios deverá reduzir a cobertura de ESF e o acesso a serviços básicos, levando a uma piora nos indicadores de saúde, como a mortalidade infantil. (MASSUDA, *et al.*, 2020, p. 1184).

Dada a importância da atenção primária para ações preventivas, dois programas governamentais se tornam relevantes como o Programa Mais Médicos, instituído pelo governo Dilma, através da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 com o objetivo principal de assegurar recursos humanos médicos em todo o território nacional, por meio do Projeto Mais Médicos

para o Brasil (PMMB). É preciso destacar que as áreas prioritárias são aquelas com as seguintes características:

[...] I - Produto Interno Bruto (PIB) per capita; II - população sem cobertura de planos de saúde; III - percentual da população residente na área rural; IV - percentual da população em extrema pobreza; V - percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família; VI - percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1.000 (mil) habitantes; VII - percentual de leitos para cada 1.000 (mil) habitantes; e VIII - indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas, em conformidade com os dados extraídos dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2011).

Com a mudança de gestão, o governo Bolsonaro instituiu o Programa Médicos pelo Brasil por meio da Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019, posteriormente convertida na Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

O interesse em analisar os programas sociais aqui discutidos, começou no quinto período do curso no semestre 2022/1, durante a disciplina de Política Social II. As discussões sobre Seguridade Social e a gestão das políticas no Brasil despertaram indagações e a percepção do papel central que as políticas sociais ocupam no Serviço Social. Ao mesmo tempo, revelou a importância de estudos voltados a compreensão das desigualdades sociais, dadas principalmente pela destinação inadequada de recursos e a importância da luta pela efetivação dos direitos e o acesso igualitário às políticas.

É preciso ressaltar também a importância da avaliação de políticas e programas sociais para garantir o replanejamento visando a eficácia e efetividade das ações desenvolvidas. Além disso, permite que os gestores possam identificar o impacto das atividades planejadas e, acima de tudo, aprimorar o trabalho desenvolvido. Considerando o objeto de pesquisa, o PMM e o PMB, ambos criados para atender demandas sociais e regionais no acesso à saúde, cabe ao Estado a responsabilidade de custeio, implementação, monitoramento e avaliação. Daí a importância do estudo proposto.

Contudo, é preciso considerar a relevância da mobilização social para a consolidação das ações. Dessa forma, a população desempenha um papel crucial no acompanhamento e fiscalização a fim de que as políticas alcancem seus objetivos, dentre eles, a garantia e efetivação da proteção social.

Além disso, o Serviço Social tem como uma de suas principais frentes a defesa das políticas públicas e sociais e atua na resistência e luta contra os constantes processos de desmonte dessas conquistas. A resistência se dá especialmente em um contexto de cortes orçamentários e privatizações que comprometem a efetivação dos direitos sociais e a garantia

de serviços essenciais para a população. Em defesa da seguridade social, o Serviço Social se posiciona de forma incisiva. "Defender o SUS 100% estatal, universal e de qualidade, com base nos princípios da reforma sanitária brasileira" (CFESS, 2022, p. 15).

Ante o exposto, este estudo tem como objetivo compreender e avaliar de que forma cada governo previu o acesso universal e igualitário à saúde primária no Brasil. Visto que ambos foram implementados para enfrentar o desafio de garantir o atendimento médico em áreas prioritárias do SUS, caracterizadas por regiões de difícil acesso como zonas rurais e áreas remotas.

Dessa forma, o presente trabalho tem o objetivo geral de avaliar a atuação estatal na garantia ao acesso universal e igualitário à saúde por meio dos programas Mais Médicos (PMM) e Médicos pelo Brasil (PMB). Os objetivos específicos pretendem historicizar a oferta da saúde no Brasil, bem como abordar a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, apresenta e discute as diretrizes, princípios e elementos estruturantes no âmbito da atenção primária à saúde dos programas PMM e PMB.

A hipótese central deste trabalho é que ambos os programas também desenvolveram outras ações relacionadas ao aprimoramento da atenção básica em saúde no país. Nesse sentido, este estudo apresenta uma revisão bibliográfica sobre o tema a fim de compreender e aprofundar o conhecimento a partir das análises já desenvolvidas por outros estudiosos sobre essa temática. Desse modo, "[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos." (GIL, 2002, p. 44). Com o objetivo de enriquecer a discussão sobre as questões relevantes para esta pesquisa.

Ademais, a análise documental das medidas provisórias, leis, portarias e decretos relacionados aos Programas Mais Médicos e Médicos Pelo Brasil, são fundamentais para atingir os objetivos propostos. Além disso, proporcionará a compreensão mais ampla das políticas de saúde implementadas no Brasil e suas implicações na atenção primária. Dessa maneira, a análise documental se apresenta:

[...] a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...] (PÁDUA, 1997, p. 62).

Dessa forma, a análise bibliográfica e documental aqui desenvolvida têm como objetivo contribuir para a ampliação da discussão sobre a avaliação de políticas e programas sociais no país, bem como compreender a efetividade desses programas na redução das desigualdades

regionais e na promoção da saúde primária no país. Nesse sentido, a atuação estatal na condução das ações primárias por meio desses programas assume relevância nesta pesquisa.

Destarte, este trabalho acadêmico está dividido em três capítulos. No Capítulo 1, é apresentado o contexto histórico e social da saúde no Brasil com destaque para a lógica securitária na qual vinculava o acesso à saúde àqueles que trabalhavam, excluindo grande parte da população. O Capítulo 2 aborda a estruturação do SUS, nesse sentido, são destacadas as diretrizes e os princípios constitucionais para a condução dessa política.

No Capítulo 3 é apresentada a análise dos Programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil, destacando a atuação estatal na oferta da saúde primária no país. Por último, são apresentadas as considerações finais que retomam aspectos importantes deste estudo e seus principais achados sobre a atuação estatal na garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde no Brasil. Diante disso, esta pesquisa pretende contribuir para a análise, discussão e formulação de estratégias para o aprimoramento da oferta da atenção primária em saúde no país.



## **2 O CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL DA SAÚDE NO BRASIL**

A saúde desempenha um papel crucial no progresso e qualidade de vida de uma comunidade, sendo influenciada por fatores econômicos, sociais e políticos. Nesse sentido, é indispensável entender a história a fim de analisar os avanços, limites e desafios postos a essa política.

Dessa forma, este capítulo tem o objetivo de analisar brevemente como a saúde foi ofertada pelo Estado brasileiro, ressaltando as desigualdades e limitações no acesso à saúde que vão culminar na defesa de uma saúde pública e universal.

### **2.1 A saúde no Brasil**

Com o crescimento da urbanização e o aumento do número de trabalhadores assalariados, as condições precárias de higiene, habitação e saúde se tornaram uma realidade preocupante no século XIX. Somado a isso, os trabalhadores reivindicavam melhores condições de trabalho, saúde e serviços, acesso a medicamentos e assistência médica (MARQUES, 2003). Além dessas questões, as reivindicações trabalhistas incluíam a redução da carga horária de trabalho, remuneração mais justa, igualdade salarial entre homens e mulheres, bem como a implementação de medidas de segurança e ações em saúde para combater acidentes e doenças ocupacionais.

Nesse sentido, o crescimento populacional e a concentração urbana trouxeram consigo uma série de desafios e debates políticos sobre a necessidade de reestruturar o país, uma vez que parte da sociedade vivia marcada pela insegurança e vulnerabilidade social. No ambiente de trabalho, os indivíduos estavam expostos a condições precárias e trabalhos degradantes, além disso, os salários baixos tornavam difícil a própria subsistência.

Ademais, os trabalhadores eram submetidos a condições insalubres, jornadas exaustivas que resultavam em esgotamento físico e mental, além da falta de proteção social e a inexistência de direitos trabalhistas. Dessa forma, se um trabalhador sofresse algum acidente teria que arcar com os custos dos cuidados em saúde. A inexistência de seguro contra acidentes significava que se não pudesse exercer seu trabalho corria o risco de perder o emprego. Por outro lado, o acesso aos serviços de saúde eram limitados e faltavam equipamentos adequados à prevenção a acidentes (SANTOS, 1979).

Com a urbanização acelerada e a transformação do país em uma economia exportadora vieram à tona uma série de desafios relacionados às condições de trabalho e à qualidade de vida

dos trabalhadores, impulsionando debates políticos sobre reformas sociais e trabalhistas. Dessa forma, era necessário enfrentar as condições precárias de trabalho e as questões sociais relacionadas ao crescimento das áreas urbanas (JUNIOR, NOGUEIRA, 2002).

Por outro lado, o setor empresarial manifestava preocupação diante das paralisações e redução dos lucros. A estratégia adotada foi a negociação dos sindicatos entre empregadores e empregados, promovendo um espaço de diálogo. Dentre as principais conquistas, destaca-se a criação de instituições e programas de assistência médica voltados aos trabalhadores, a fim de oferecer cuidados de saúde adequados e melhorar as condições de trabalho (SANTOS, 1979; MARQUES, 2003).

Ao observar os modelos adotados por outros países, o deputado Eloy Chaves e os movimentos operários e sociais atuaram conjuntamente na criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), em resposta às reivindicações e greves existentes. Em especial, os ferroviários que desempenhavam um papel crucial no transporte de outros trabalhadores e uma possível paralisação prejudicaria a economia do país.

Diante disso, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) eram uma medida para garantir benefícios e segurança social a essa categoria profissional, sendo oficializada por meio do Decreto Legislativo nº 4.682, em 25 de janeiro de 1923. As CAPs estabeleciam um sistema particular de proteção social, financiado pelos empregadores e empregados, ou seja, não havia participação estatal. Inicialmente, atendiam exclusivamente os ferroviários, os trabalhadores de outras categorias eram classificados como não segurados, isso significava que não tinham acesso à proteção social proporcionada pelas CAPs (MALLOY, 1986).

Posteriormente, foram criadas outras CAPs para atender às demandas específicas dos trabalhadores marítimos e estivadores, garantindo também o acesso à proteção social. Essa ampliação das CAPs garantia que diferentes categorias profissionais pudessem desfrutar dos benefícios previdenciários e de saúde oferecidos pelo sistema. Gradualmente, outras categorias profissionais tiveram suas CAPs, abrangendo cada vez mais trabalhadores através de uma proteção social mais ampla.

Além do auxílio saúde, havia o benefício por tempo de contribuição<sup>1</sup>, destinado a todos aqueles que atingiam o tempo de serviço e se encontravam na velhice. Aos trabalhadores considerados inválidos e incapazes de exercerem qualquer atividade laboral era assegurada a aposentadoria por invalidez. Nos casos em que o provedor e contribuinte falecia era garantido

---

<sup>1</sup> No caso dos ferroviários era necessário que o trabalhador atingisse 30 anos de serviço e 50 anos de idade para usufruir dos benefícios da aposentadoria.

benefício aos dependentes. Destaca-se também a assistência à saúde em casos de doenças relacionadas ao trabalho (MALLOY, 1986). No entanto, havia problemas na prestação desses serviços, uma vez que os “[...] trabalhadores reclamavam da obrigatoriedade das taxas e da baixa qualidade dos serviços prestados.” (BRASIL, 2022, p. 12).

É importante destacar que as CAPs operavam de forma autônoma, sendo supervisionadas por um conselho administrativo composto por funcionários dos setores administrativo, geral e o superintendente da empresa. Todavia, o desvio de dinheiro era uma das principais irregularidades do período, decorrente da falta de fiscalização. As empresas que adotaram o modelo das caixas de aposentadoria possuíam conselhos de administração, porém não permitiam a participação dos representantes dos operários (MALLOY, 1986).

A partir disso, é preciso considerar que o modelo de Previdência Social no Brasil começou a se estruturar em 1920 com a criação das CAPs. O principal objetivo ao regulamentá-las era conter os conflitos e promover a “harmonia” entre empregadores e empregados, evitando greves ou manifestações, a fim de “silenciar” os trabalhadores. Nesse sentido, em seu discurso, Eloy Chaves, destaca que a classe dominante (a elite) deve tratar os conflitos de maneira controlada e paternalista, assumindo o controle do processo de crescimento político e econômico (MALLOY, 1986). Como pode ser observado abaixo:

[...] É nossa responsabilidade, como testemunhas destes tempos extraordinários, criar soluções e curar as feridas e os caos que os tempos originam. Estamos numa nova era: as classes desprivilegiadas reclamam justamente uma participação maior na vida e seus confortos. Cabe a nós atendê-las com espírito amistoso e liberal (MALLOY, 1986, p. 55).

Na década seguinte, o presidente Getúlio Vargas criou o Ministério do Trabalho, em 1930. A principal finalidade era a regulação das relações de trabalho e a pacificação entre o Estado e a sociedade.

[...] este modelo pretende criar uma sociedade orgânica mais ou menos harmoniosa, pela incorporação de agrupamentos sociais-chave (em princípio, todos os grupos sociais; na prática, apenas um) num conjunto de estruturas controladas e centralmente dominadas por um aparelho de Estado Administrativo. Num certo sentido, é uma mentalidade antipolítica que rejeita a noção de associações autônomas de interesse (para não mencionar classes) e lida com pontos importantíssimos, tais como problemas administrativos e técnicos a serem definidos e resolvidos pelo Estado que articula e incorpora os interesses da sociedade como um todo. [...] (MALLOY, 1986, p. 60-61).

Dessa forma, o corporativismo era uma estratégia governamental para controlar as demandas e conflitos decorrentes das mobilizações dos operários, visando constantemente controlar a oposição política e os trabalhadores organizados socialmente a fim de garantir

estabilidade. Nessa direção, uma das principais medidas do Ministério do Trabalho foi a criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943 que unificou e regulamentou as leis trabalhistas no país. Além disso, o ministério tinha como objetivo promover a organização sindical, estimulando a criação de sindicatos e a negociação coletiva como forma de solução dos conflitos entre trabalhadores e empregadores.

Além disso, o objetivo do Ministério do Trabalho era estabelecer um aparato governamental dedicado às questões trabalhistas, visando garantir direitos, melhorar as condições de trabalho e promover a justiça social no contexto da industrialização e das desigualdades sociais do período (MALLOY, 1986). Nesse contexto, é importante ressaltar que o acesso aos benefícios sociais não foi estendido à população rural cujas atividades eram informais e autônomas, o que tornou a inclusão ainda mais desafiadora, devido às disparidades de trabalho e renda em relação à população urbana. Assim, as “[...] massas rurais, as populações urbanas periféricas e as não-organizadas foram gradativamente ignoradas.” (MALLOY, 1986, p. 64).

Como forma de superar a fragmentação de atendimento das CAPs foi criado em 1933, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI). O IAPI, era uma autarquia pública que oferecia serviços semelhantes aos das Caixas de Aposentadorias e Pensões, mas era controlado pelo Ministério do Trabalho. Seu propósito era fornecer serviços previdenciários abrangentes para todos os trabalhadores que foram integrados gradativamente a um só instituto.

[...] às CAPs e aos IAPs foi usado, pelo menos, de duas maneiras cruciais: afetando a formação e execução da política na área da previdência social e, principalmente após 1945 na fase populista da política brasileira, como base de poder nas lutas partidárias e ideológicas no período. [...] O potencial completo da política de poder do sistema de previdência social não se manifestou até fins da década de 1950 e princípios da de 1960. [...] (MALLOY, 1986, p. 80).

É importante considerar que as Caixas de Aposentadorias e Pensões eram administradas pelas empresas e financiadas pelas contribuições dos trabalhadores e empregadores. No entanto, havia uma seletividade de participação, relacionada a fatores como a categoria profissional e a estabilidade no emprego. Assim, muitos trabalhadores ficavam desprotegidos, isso gerava desigualdades na cobertura previdenciária.

Por outro lado, os Institutos de Aposentadorias e Pensões foram projetados com uma abrangência maior, permitindo que qualquer trabalhador interessado pudesse fazer parte. Os IAPIs eram financiados pelas contribuições dos empregados, empregadores e pelo Estado. É necessário ressaltar que as CAPs e os IAPIs desempenharam papéis significativos no desenvolvimento da previdência e do seguro social em momentos distintos.

Com a expansão do mercado de trabalho urbano, fruto do crescimento da indústria, o fluxo de imigrantes para trabalhar no Brasil aumentou. Todavia, as questões sanitárias eram tratadas por meio de ações emergenciais, através de medidas de higienização e vacinação, sem uma intervenção governamental permanente. Por outro lado, a população rural estava esquecida num país ainda predominantemente rural.

A heterogeneidade industrial e à conseqüente desigualdade da renda, em termos regionais, acrescenta-se a disparidade salarial da mão-de-obra não-qualificada, por setor (agrícola e não-agrícola) e por Estado. [...] verifica-se não apenas a discrepância entre os salários agrícolas e não-agrícolas como, ademais, a extrema variação dentro de cada categoria. Assim, o salário agrícola do Rio Grande do Sul era, em 1959, a preços de 1968, mais de duas vezes e meia o salário agrícola do Ceará, enquanto o salário não-agrícola de São Paulo, o maior à mesma época, era cerca de 23 vezes maior do que o do Ceará, ainda uma vez o menor. Note-se que a dispersão relativa em cada setor é bastante elevada, salientando-se, entretanto, a intensa variação dos salários não-agrícolas, onde o desvio padrão (Cr\$ 525,24) é superior à média dos salários (Cr\$ 524,53), comparada com a variação dos salários agrícolas, onde o desvio padrão (Cr\$ 25,84) equivale a menos de um terço da média (Cr\$ 89,04). [...] (SANTOS, 1979, p. 85).

Com o objetivo de expandir a abrangência dos serviços de assistência médica e social no Brasil foi criado o Instituto de Serviços Sociais no Brasil (ISSB) a fim de promover uma gestão equitativa, além de aprimorar os serviços prestados. No entanto, a queda do presidente Vargas resultou em uma desaceleração dos esforços para reformar o sistema previdenciário, incluindo o ISSB que tinha como foco central a universalização, unificação e padronização desses serviços (MALLOY, 1986).

É preciso ressaltar que alguns grupos políticos continuaram a resistir à aprovação do ISSB, uma vez que eliminaria os critérios de participação das CAPs e IAPs, já que essas entidades haviam adotado padrões desiguais em relação aos benefícios e contribuições, tornando-se necessária a criação de um único fundo previdenciário. Sendo assim, o ISSB complementaria as CAPs e IAPs, “[...] uma reforma à previdência social [...] pretendia englobar todas as classes, alcançando inclusive os trabalhadores rurais, os domésticos e os autônomos [...]”. (MALLOY, 1986, p. 102).

Dessa forma, o ISSB foi criado para fornecer os serviços de saúde e assistência social aos trabalhadores e suas famílias, unificando os benefícios e contribuições ao garantir uma cobertura mais ampla e igualitária para os trabalhadores de diversas categorias. Assim, incluiu trabalhadores rurais, domésticos e autônomos, ampliando significativamente o alcance da proteção social, anteriormente restrita aos trabalhadores formais urbanos. Além disso, o ISSB fortaleceu a estrutura institucional da seguridade social, promovendo uma maior coordenação na gestão dos recursos e na prestação dos serviços ao assegurar direitos sociais básicos como

saúde e assistência, contribuindo significativamente para o desenvolvimento do sistema de seguridade social no Brasil.

Outro marco importante do período foi a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 que unificou as regras que regulavam as CAPs e IAPs. Assim, a LOPS “[...] uniformizou os direitos dos segurados pelo teto dos padrões dos melhores institutos [...]” (MARQUES, 2003, p. 75). Entretanto, o modelo de previdência social adotado no país permaneceu fragmentado, impossibilitando a unificação e a cobertura abrangentes, além de prejudicar a igualdade no acesso aos serviços de assistência médica e social estabelecidos (BRASIL, 2022).

Depreende-se a partir disso que a saúde no Brasil estava vinculada ao seguro social, garantida somente aos trabalhadores. Todavia, aqueles que não possuíam vínculo empregatício dependiam do atendimento realizado pelas Santas Casas de Misericórdia, que faziam parte da filantropia e compunham a maior parte dos serviços não lucrativos prestados na época. Por meio dos serviços médicos, as Santas Casas desempenhavam um papel assistencialista ao Estado. (COSTA, 2017).

Assim, a ampliação do acesso a toda população vai demandar a organização da sociedade em movimentos cuja pauta é a institucionalização de uma política pública que condicione o Estado como principal provedor desse direito.

## **2.2 Resistência e luta por direitos**

Um dos primeiros marcos da saúde pública foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fruto da parceria entre o governo brasileiro e os Estados Unidos. O serviço era direcionado às regiões produtoras de matérias-primas, como a Amazônia que tinha uma importante produção de borracha e o Vale do Rio Doce conhecido por sua extração de minério e ferro.

O SESP foi estabelecido em 1942 como resposta às necessidades do pós-Segunda Guerra Mundial com o objetivo de atender às demandas nas áreas rurais tendo por objetivo dar o suporte necessário aos produtores, através da assistência médica e sanitária. Além disso, a criação do Ministério da Saúde ocorreu posteriormente, através da lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953, a partir do SESP (SCHERCHTMAN, *et al.* 2002).

No decorrer de sua existência, o SESP (transformado, em 1960, em fundação do Ministério da Saúde) destacou-se pela atuação em áreas geográficas distantes e carentes e pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária, tais como

técnicas de programação e avaliação e métodos de capacitação de pessoal em saúde pública (SCHERCHTMAN, *et al.* 2002, p. 239).

Nessa perspectiva, há uma ampliação do sistema de saúde a fim de atender os trabalhadores rurais, ao suprir as necessidades de saúde básica das áreas rurais pobres. Isso resulta na aproximação de um sistema de saúde equitativo que lida de forma abrangente com as especificidades territoriais e expande os serviços médicos para alcançar os trabalhadores rurais.

Em 1960, o SESP passou por uma transformação significativa ao desvincular o sistema de saúde do Ministério da Previdência Social, possibilitando a autonomia federativa por parte do Ministério da Saúde. “Foi no período 1966-1976 que se consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, divididas entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência Social.” (SCHECHTMAN, *et al.* 2002, p. 240).

Com isso, são criadas as condições e a autonomia necessárias para coordenar e planejar as ações em saúde no Brasil, permitindo a promoção e expansão dos serviços, incluindo o atendimento médico. A criação do Ministério da Saúde por meio da lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953 foi primordial para o crescimento e o avanço no sentido de se estabelecer uma política pública mais equitativa.

Ao longo do tempo, o atendimento médico-hospitalar foi ampliado e aprimorado de acordo com a estruturação da saúde, visando uma maior cobertura para atender os trabalhadores. No entanto, essa assistência ainda apresentava restrições, uma vez que estava sujeita à limitação de recursos e vinculada à Previdência Social. Segundo Schechtman *et al.* (2002, p. 240) “[...] a legislação previdenciária foi estabelecida com a Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS), de 1976”. Em virtude dessa consolidação ficou determinado que a cobertura hospitalar poderia ser total ou parcial no que diz respeito à gratuidade.

Dessa forma, o Ministério da Saúde, elaborou o Plano Nacional de Saúde (PNS) em 1968, com o intuito de promover a privatização dos serviços de saúde, excluindo a participação do Estado como provedor da rede pública. De acordo com o plano, a população que buscasse atendimento hospitalar teria que arcar com os custos através de pagamento particular. No entanto, ficou evidente que a previdência social adotou uma postura contrária à gratuidade dos serviços de saúde. Como resultado, os serviços de saúde permaneceram restritos, o que levou à mobilização dos trabalhadores, profissionais da saúde e seus respectivos sindicatos. Esse cenário levou a um aumento do debate público e, eventualmente, ao cancelamento do plano. (SCHERCHTMAN, *et al.*, 2002).

Após a institucionalização e implementação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), o foco foi a reestruturação do sistema de saúde no país com o objetivo de alcançar a universalização dos cuidados de saúde. O propósito fundamental era garantir igualdade de acesso a todos, eliminando as restrições financeiras impostas pelo sistema de previdência e assegurando que todos pudessem usufruir desses serviços. Além disso, o SNS tinha como meta a integração dos serviços, visando aprimorar a qualidade dos cuidados em todas as áreas da saúde. (SCHERCHTMAN, *et al.*, 2002).

No entanto, no âmbito do SNS, ainda se observava uma limitação no atendimento com ênfase nas ações sanitárias voltadas às ações coletivas, enquanto a previdência se concentrava mais no atendimento individualizado. O SNS foi legalmente regulamentado em 1975, mas suas limitações nas ações em saúde se tornaram evidentes. Nesse período, se destacava a atuação do Movimento de Reforma Sanitária, cujas pautas eram:

[...] 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (SCHERCHTMAN, *et al.*, 2002, p. 246).

Essas diretrizes nortearam o Movimento de Reforma Sanitária que buscava promover avanços significativos no sistema de saúde a fim de melhorar as condições de saúde da população e garantir o acesso universal aos serviços. O objetivo era implementar ações de prevenção e garantir a qualidade dos serviços de forma que todas as pessoas pudessem ter acesso, independentemente de sua condição social e econômica, tornando o Estado completamente responsável.

Além disso, a reorganização do sistema existente de modo que a atenção à saúde não se limitasse apenas ao tratamento de doenças, mas também englobasse a promoção e prevenção abrangentes. Esse processo envolvia uma reestruturação das competências, descentralizando o sistema e transferindo responsabilidades para os municípios, a fim de aproximar os serviços de saúde da população.

Na assembléia da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizada em 1975, Halfdan Mahler, seu diretor geral, afirmou: "para vencer a dramática falta de médicos no mundo inteiro é indispensável aproveitar todo o pessoal disponível, as parteiras curiosas, o pessoal de nível elementar e até mesmo os curandeiros". O pronunciamento da OMS vinha ao encontro do que, na época, era consensual e corrente entre parte significativa de formadores de opinião nacionais no setor saúde: a única possibilidade de levar a assistência médico-sanitária a todos dos que dela carecem é através da utilização de técnicas simples e de baixo custo, aplicáveis sem dificuldade ou risco, por pessoal de nível elementar recrutado na própria comunidade



e remunerado de acordo com os padrões locais.” (SCHERCHTMAN, *et al.* 2002, p. 244).

A Assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1975 teve como principal objetivo discutir e estabelecer diretrizes para enfrentar os desafios emergentes na área da saúde global. Isso envolveu a revisão das políticas de saúde existentes, a identificação de novas prioridades e a formulação de estratégias para promover a assistência médica para quem dela necessitasse. O debate procurou encontrar maneiras de lidar com os desafios emergentes como a necessidade de melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a importância da promoção e prevenção de doenças.

Posteriormente, em 1982, foi elaborado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da previdência social. O objetivo desse plano era gerenciar os custos com saúde e ampliar a cobertura, indo além dos serviços hospitalares que até então se concentravam em atendimentos intensivos, incluindo a atenção primária que possibilita o cuidado preventivo. O “[...] Plano, mesmo sem ter sido implementado integralmente, criou as bases para novas políticas públicas de expansão de cobertura nos anos seguintes [...]” (SCHECHTMAN *et al.* 2002, p. 247).

Além disso, as Ações Integradas de Saúde (AIS), estabelecidas em 1984 e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), desenvolvido em 1987, desempenharam um papel significativo no avanço do debate sobre descentralização e programação orçamentária. Esses programas contribuíram para a discussão por meio de debates em Comissões Interinstitucionais, promovendo a descentralização das políticas de saúde e proporcionando maior autonomia aos estados na gestão de recursos e serviços de saúde (SCHERCHTMAN, *et al.* 2002).

Os debates em torno do desenvolvimento da saúde pública foram sendo gradualmente construídos. Nessa direção, um marco importante foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde que garantiu pela primeira vez a participação dos usuários dos serviços nas discussões sobre a saúde no país. Segundo Bravo e Marques (2012), após quinze anos do início do movimento de reforma sanitária, a necessidade crescente de atendimento médico e sanitário levou à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. A partir dela, foram tomadas iniciativas e formadas alianças para tratar das demandas e necessidades para o estabelecimento do sistema de saúde, isso refletiu a importância de incluir as vozes dos usuários no processo de discussão e formulação da política de saúde.

A 8ª Conferência se tornou um marco histórico ao proporcionar um espaço aberto para debates e propostas com o objetivo de estabelecer e estruturar a saúde como um direito do

cidadão e responsabilidade do Estado. Durante a conferência, foram abordadas questões fundamentais como acesso universal, descentralização, integralidade das ações e participação popular. Esse momento histórico desempenhou um papel crucial ao ampliar o escopo da saúde para além de uma abordagem setorial, destacando a necessidade de outras reformas sociais como essenciais para viabilizar a interconexão entre diferentes setores e promover uma visão ampla da saúde. A luta pela reforma sanitária foi articulada em conjunto com os movimentos sociais, fortalecendo ainda mais essa busca por mudanças transformadoras. (BRAVO, MARQUES, 2012).

A partir da conferência foi composta a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), instituída pelo Ministério da Saúde que empreendeu esforços com o objetivo de aprimorar a qualidade e o sistema de saúde no Brasil. Entre eles, estão a elaboração de projetos de expansão do sistema, a descentralização da gestão, a análise do financiamento, a inclusão da participação popular e a ampliação do debate sobre recursos humanos em saúde com o objetivo de melhorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde no país.

As discussões realizadas durante a CNRS refletiram os anseios e aspirações de diversos setores da sociedade civil, profissionais de saúde e acadêmicos, culminando em propostas abrangentes e embasadas em evidências para a melhoria do sistema de saúde do país. A partir dessas discussões, consolidadas e entregues aos Constituintes foram incorporadas ao texto constitucional, reconhecendo sua relevância para a construção de um sistema de saúde mais justo, equitativo e eficaz para todos os brasileiros (CNRS, 1987).

Desse modo, na Constituinte o debate se polarizou na defesa da saúde pública, apoiada por movimentos sociais, segmentos sociais e partidos políticos. Do outro lado, grupos e partidos apoiaram a participação majoritária do segmento privado. Todavia, o texto constitucional previu a oferta majoritariamente estatal e a privada de forma complementar.

### **3 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

Neste capítulo, a análise se concentra nos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 no que diz respeito à saúde pública e os desafios postos ao SUS. Além disso, é destacada a importância da atenção básica à saúde como elemento fundamental dos serviços oferecidos pelo SUS.

Ao destacar a relevância desses pontos, abordamos a estrutura e os obstáculos enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, bem como a centralidade da atenção básica na promoção de uma saúde de qualidade para todos os cidadãos.

#### **3.1 O direito à saúde pública**

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde é um direito social, política de seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social. Além disso, a saúde é pública, universal e dever do Estado. O artigo 196 da Constituição afirma que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 108).

Quanto ao financiamento, o artigo 195 estabelece que: "A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei" (BRASIL, 1988, p. 106). Isso significa que o financiamento ocorre por meio de contribuições diretas e indiretas da sociedade, através dos impostos pagos por empregadores e trabalhadores, além de outras receitas estabelecidas pela legislação.

Por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios são a universalidade, equidade e a integralidade. Com a promulgação da Constituição, a saúde passou a ser uma política pública implementada por meio do SUS.

Nesse sentido, é preciso considerar que desde a estruturação das políticas públicas no Brasil, a universalidade tem sido objeto de debate, especialmente devido ao seu impacto na desigualdade de acesso. Ao tornar-se um dos pilares do Sistema Único de Saúde, a universalidade estabelece que o acesso à saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua condição financeira ou física. Isso significa que todo indivíduo tem

o direito de receber atendimento médico, garantindo assim a igualdade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Embora o Estado seja responsável por prover os serviços de saúde e garantir esse direito através da implementação de políticas que visam a redução das doenças e a promoção da saúde. Durante o mandato do presidente Fernando Collor de Mello, eleito em 17 de dezembro de 1989, há uma mudança significativa no panorama político e ideológico do país. Essa mudança se caracterizou pelo “[...] conflito ideológico entre socialismo e liberalismo, trazendo uma clara supremacia do pensamento neoliberal, de defesa do mercado e de suas políticas decorrentes.” (BRASIL, 2006, p. 111).

Com isso, houve uma tendência em reduzir a presença do Estado, transformando as políticas sociais em meros serviços do mercado. Isso representou desafios para o desenvolvimento e funcionamento adequado do SUS, colocando em risco os princípios da universalidade, integralidade e equidade que norteiam o sistema de saúde brasileiro.

Além disso, é importante destacar que a formação social brasileira adota o sistema neoliberal como estratégia para impulsionar o desenvolvimento econômico, mantendo-se vinculada ao conservadorismo. Esse modelo de Estado implementa medidas neoliberais que podem comprometer as políticas públicas. Nesse contexto, as políticas sociais desempenham um papel fundamental na garantia da proteção social. Entretanto, o sistema capitalista, por si só, não oferece essa proteção e não é uma estrutura socialmente equitativa (PEREIRA, 2019).

Os desafios envolvidos na construção da esfera pública no Brasil e, em especial, no campo das políticas sociais, sofrem o impacto da agenda neoliberal, da mundialização e financeirização do capital, da privatização do Estado e dos serviços públicos, do agravamento sem precedentes da crise social. A desregulamentação econômica e social atua como fator desagregador e estreitando as possibilidades de radicalização democrática (RAICHELIS, 2015, p. 342).

Segundo Pereira (2019), é essencial manter a resistência e a luta pela garantia de uma proteção social e “[...] embora a proteção social não possa, de fato, acabar com as desigualdades [...] pode contribuir para aliviar a pobreza e outras mazelas sociais e impor limites à sanha destrutiva do capital.” (PEREIRA, 2019, p. 63).

Assim, as políticas neoliberais e neoconservadoras representam potenciais ameaças à proteção social de diversas maneiras, por exemplo, ao incluir a redução de gastos sociais, através de cortes orçamentários e da diminuição da intervenção estatal na provisão das políticas sociais. A privatização de serviços públicos também é uma medida adotada, o que pode resultar na exclusão de grupos sociais mais vulneráveis (PEREIRA, 2016).

Além disso, a flexibilização trabalhista pode levar à precarização do emprego, redução de salários e perda de benefícios sociais. Os cortes em programas sociais são outra forma pela qual a proteção social pode ser ameaçada. Por fim, a ênfase na responsabilidade individual pode resultar na diminuição do apoio governamental aos necessitados com a visão de que o bem-estar social deve ser conquistado por esforço próprio, sem a devida assistência do Estado (PEREIRA, 2016).

Essa abordagem vai contra o que foi estabelecido na Constituinte e ratificado na Constituição Federal de 1988 em relação à responsabilidade do Estado em ofertar serviços de saúde a todos os cidadãos. Assim, “[...] o governo Collor, que assumiu em 1990 [...], foi caracterizado por tentativas de desmontar as políticas sociais [...], afetando o andamento da reforma sanitária definida no plano legal.” (MENICUCCI, 2007, p. 94).

Todavia, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu diretrizes para o SUS, responsabilizando os demais entes federados pelo custeio e execução dessa política como a “[...] I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, dando prioridade às atividades preventivas, sem negligenciar os serviços assistenciais; III- participação da comunidade” (BRASIL, 1988, p. 108).

A descentralização no SUS permite que “[...] diferentes instâncias de poder: federal, estadual e municipal.” (BRASIL, 2006, p. 26) participem da administração pública. Essa diretriz estabelece a proximidade entre a gestão do sistema de saúde e as necessidades específicas de cada localidade, dando aos estados e municípios autonomia na tomada de decisões.

A integralidade do atendimento é uma diretriz fundamental do SUS, tendo como objetivo assegurar que todas as pessoas tenham acesso a uma ampla gama de serviços de saúde. Assim, a saúde vai além dos casos de emergência, abrangendo a prevenção, tratamento e reabilitação em todas as dimensões do ser humano sejam elas física, mental, social e emocional. Isso significa que o SUS oferece o atendimento desde os cuidados mais básicos até os mais complexos, abrangendo todas as necessidades de saúde (BRASIL, 1988).

A participação da comunidade é outra diretriz importante. Para garantir o controle social, são estabelecidas instâncias sociais como os Conselhos de Saúde, as conferências de saúde e as instâncias de gestão participativa nos serviços. Todas as diretrizes do SUS estão interligadas no intuito de ofertar um sistema de saúde mais eficiente e inclusivo. Dessa forma, a participação social estabelece que “[...] 50% de usuários nos conselhos de saúde, e outros 50% para gestores, prestadores de serviços e trabalhadores [...]”. (BRASIL, 2006, p. 21). Isso permite

que a sociedade acompanhe de perto a destinação dos recursos por meio da atuação nos conselhos.

A participação é também normatizada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que complementa as diretrizes do SUS. O principal objetivo desta lei é proporcionar o acompanhamento e a avaliação dos serviços de saúde, levando em consideração suas demandas e necessidades locais. Além disso, assegura que:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990a).

A referida lei trata também das transferências de recursos intergovernamentais para a área da saúde. Essas transferências têm o objetivo de garantir a “[...] cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.” (BRASIL, 1990a).

É importante destacar que tais conquistas foram resultantes da luta pela democracia e da ampliação da participação social ocorridas nas décadas de 1970 e 1980. Isso possibilitou que a sociedade civil se envolvesse de forma participativa nas decisões e estabelecesse alianças entre o âmbito institucional e as interações sociais. Evidenciando “[...] o debate sobre as relações entre democratização e representação dos interesses populares na esfera pública, em que novos movimentos sociais experimentaram novas formas de organização, expressão e luta social e política.” ((RAICHELIS, 2015, p. 343).

Desse modo, as mudanças sociais e políticas desempenharam um papel crucial não apenas no fortalecimento da democracia e da participação social, mas também na definição do contexto em que as políticas de saúde são desenvolvidas no Brasil. Esses períodos foram caracterizados por debates intensos e por estratégias organizacionais que tiveram um impacto direto na concepção e na regulamentação do sistema de saúde.

Todavia, é preciso considerar que a saúde privada também foi assegurada no art. 199 do texto constitucional, tendo como preferência para o estabelecimento das parcerias as entidades filantrópicas em relação às lucrativas. De acordo com Menicucci (2007), o texto constitucional reflete duas lógicas que entram em conflito e moldam as políticas de saúde:

[...] a lógica da assistência como um direito de cidadania, que traz implícitas as idéias de universalidade e igualdade; e a lógica da assistência como um bem oferecido e adquirido em um mercado que, por sua vez, remete à diferenciação por segmentos e

produtos, definida com base no poder de compra ou em condições privilegiadas de acesso ao consumo de serviços de saúde (MENICUCCI, 2007, p. 8).

À medida que o setor privado continua a expandir-se, o Estado se distancia de suas responsabilidades, enfrentando pressões econômicas que resultam na restrição do financiamento para o SUS. Como resultado, o sistema público de saúde enfrenta dificuldades em atender à crescente demanda por acesso aos serviços de saúde, reconhecido como um direito fundamental pela Constituição. Esses desafios contribuem para o fortalecimento das características neoliberais históricas (MENICUCCI, 2007).

Historicamente, durante a década de 1970, houve uma mudança significativa quando o Estado passou a destinar recursos do orçamento federal para a reforma e construção de hospitais privados (PAIM, *et al.*, 2011). Esse apoio estatal fortaleceu a presença da saúde privada no sistema de saúde, levando a uma predominância desse setor nos serviços médicos, possibilitando ao subsistema privado de saúde se entrelaçar com o setor público e fornecer serviços terceirizados ao SUS.

Além disso, é preciso destacar que “[...] Fernando Henrique Cardoso foi eleito em 1994 (e reeleito em 1998), promovendo novos processos de ajuste macroeconômico e de privatização.” (PAIM *et al.*, 2011, p. 19), essas medidas visavam resolver as crises existentes no país e controlar os gastos públicos. Contudo, a atuação do Estado foi mantida restrita, permitindo que organizações sociais intervissem também nos problemas sociais. Isso possibilitou a transferência de responsabilidades que eram exclusivamente do Estado para uma esfera mais individual, incentivando os indivíduos a se mobilizarem e resolverem suas próprias questões, estimulando o setor privado sem fins lucrativos.

Durante a gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), foram legalmente instituídas várias modalidades de prestação de serviços de saúde pelo terceiro setor, através de Parceria Público-Privada (PPP). Esse setor conta com a atuação expressiva da sociedade civil organizada, caracterizada pelo desenvolvimento de ações no campo filantrópico e voluntário, assim “[...] as decisões locais, singulares e de microeconomia, ficam restritas no âmbito das organizações do “terceiro setor” – ONGs, fundações empresariais, instituições filantrópicas –, tampouco eleitas nem representativas dos interesses da população. [...] (MONTAÑO, 2008, p. 162).

Outra iniciativa estabelecida pelo governo FHC por meio do Decreto nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995 se deu ao regulamentar o Programa Comunidade Solidária, cujo objetivo foi promover a prestação de serviços com o apoio da própria comunidade como pode ser observado abaixo:

Art. 1º O Programa Comunidade Solidária, vinculado à Presidência da República, tem por objeto coordenar as ações governamentais voltadas para o atendimento da parcela da população que não dispõe de meios para prover suas necessidades básicas e, em especial, o combate à fome e à pobreza. Parágrafo único. Receberão atenção preferencial na implementação do Programa as ações governamentais nas áreas de alimentação e nutrição, serviços urbanos, desenvolvimento rural, geração de emprego e renda, defesa de direitos e promoção social. (BRASIL, 1995).

Posteriormente, o Decreto nº 2.999, de 25 de março de 1999, alterou algumas disposições do referido decreto e em seu artigo 1º, determinou que:

O Conselho da Comunidade Solidária tem por finalidade promover o diálogo político e parcerias entre governo e sociedade para o enfrentamento da pobreza e da exclusão, por intermédio de iniciativas inovadoras de desenvolvimento social. (BRASIL, 1999).

Com isso, se formaliza mais uma forma de gestão, ou seja, parcerias entre entidades do terceiro setor com o campo estatal. Além disso, o governo de FHC consolidou várias reformas durante sua gestão federal, ao promover a:

[...] abertura do mercado, privatizações de empresas governamentais e flexibilização do monopólio de outras atividades, com repasse para o setor privado de atividades econômicas, além de serviços públicos, como telecomunicações e energia elétrica, o que exigiu mudanças no papel regulador do Estado. No âmbito interno da gestão pública, foi realizada uma reforma administrativa com o objetivo declarado de tornar a burocracia governamental mais flexível e eficiente, mas que teve o caráter muito maior de redução dos gastos e de criar novas formas de provisão de serviços públicos (MENICUCCI, 2007, p. 118).

É importante considerar que a responsabilização da sociedade é uma perspectiva permanente do neoliberalismo. Essa corrente defende a transformação do Estado em uma entidade com características de gestão privada e a redução da sua atuação direta, promovendo o livre mercado e, conseqüentemente, fortalecendo as áreas privadas e autônomas, sustentando uma visão de que o mercado e a iniciativa privada são mais eficazes na gestão de recursos e na solução de problemas sociais do que o Estado. (MONTAÑO, 2008).

Por sua vez, tem-se o reforço ao individualismo ao atribuir a cada pessoa a responsabilidade por sua condição de vida. A partir disso, a crença é que as pessoas transformem sua realidade. Como exemplo, a oferta de empréstimos e créditos bancários a indivíduos de baixa renda a fim de que possam se desenvolver através do empreendedorismo e do empoderamento pessoal. Essa abordagem, obscurece a percepção da desigualdade social como estrutural e subestima o papel do Estado na formulação e implementação de políticas públicas (CARVALHO, 2013).

Em relação ao campo do terceiro setor, é preciso considerar que as ONGs se conectam aos movimentos sociais, destacando-se pela mobilização e adquirindo autonomia. Esse setor,



que inclui ONGs, fundações, associações e outras entidades sem fins lucrativos, opera com suas próprias estruturas de governança e gestão de recursos. O terceiro setor se distingue pela sua independência e capacidade de atender as demandas sociais através da organização da sociedade civil e suas necessidades locais com mínima intervenção estatal. (MONTAÑO, 2008).

Enquanto os movimentos sociais se enfraqueceram devido a diversos fatores como “[...] o advento dos regimes democráticos pós-ditaduras, com a retirada paulatina das agências financiadoras internacionais, com o retorno à vida política dos sindicatos e partidos proscritos” (MONTAÑO, 2008, p. 138-139), as ONGs têm crescido. Ao contrário dos movimentos sociais, o terceiro setor não busca necessariamente direitos políticos visando a intervenção estatal, pelo contrário, ele sugere que é possível superar os desafios dentro da ordem capitalista por meio das organizações comunitárias. (MONTAÑO, 2008).

Dessa forma, o terceiro setor desempenha um papel controverso no cenário político e social ao oferecer serviços de forma privada e sem fins lucrativos, substituindo a atuação estatal na prestação da proteção social, comprometendo os direitos universais. O fortalecimento desse setor enfraquece a garantia dos direitos constitucionais, uma vez que as Organizações Sociais frequentemente operam de forma independente. Além disso, a transferência de recursos públicos para essas organizações suscita preocupações sobre a fiscalização e o uso adequado desses fundos.

Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 desempenha um papel fundamental na garantia do direito à saúde no Brasil, ao estabelecer os princípios, diretrizes e responsabilidades do Estado. Ela é o marco legal fundamental para a implementação das políticas de saúde que conformam o SUS e estabelece limites para o acesso privado ao destacar seu aspecto supletivo a fim de assegurar que seja um direito universal e não apenas um privilégio para alguns.

Assim, a universalidade é um princípio fundamental e o Estado é designado como o provedor e mantenedor dessa política. No entanto, é evidente que os governos podem adotar medidas que restrinjam esse direito universal, desestruturando-o por meio da diminuição de recursos para a execução, o estabelecimento de parcerias com o poder público ou ainda através da mudança de leis como ocorreu no governo de Collor.

O movimento sanitário havia conseguido inscrever na Constituição um modelo complexo de efetivação do poder da base, desdobrado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Collor não hesita em vetar, quando da aprovação do SUS, os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária (BRASIL, 2006, p. 112).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que trata da participação social foi inicialmente proposta como parte da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. No entanto, a sua implementação foi impactada pela decisão do veto do então presidente Collor. Esse veto representa a negação do direito de participação da comunidade na tomada de decisões, afetando diretamente a população e sua busca por igualdade social. Tornando-se evidente que cada governo traz consigo objetivos que podem ou não estar alinhados com os direitos da população. Assim, dependendo da orientação política do governo, a participação da comunidade pode ser reconhecida e incentivada ou simplesmente ignorada. (BRASIL, 2006).

Apesar das intensas batalhas políticas para estabelecer o SUS como uma política universal, muitas áreas permanecem sem acesso aos serviços de saúde. Diante disso, é importante enfatizar que para “[...] que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado.” (PAIM, *et al.*, 2011, p. 11).

Assim, a busca por uma saúde verdadeiramente universal continua a demandar mobilização política e engajamento dos partidos democráticos na disputa por um Estado mais igualitário. Além disso, é necessária uma política comprometida com os direitos da população, isso implica em garantir que os recursos sejam direcionados e todos tenham o acesso ao sistema de saúde público, gratuito e de qualidade.

### **3.2 A importância da atenção básica à saúde**

O SUS previu ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como estabeleceu as bases para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no país. Através de princípios e diretrizes, estabelecendo um modelo de atenção à saúde mais democrático e eficiente, assegurando que as necessidades da população sejam plenamente atendidas e respeitadas. (MATTA, 2007).

Desse modo, a organização do SUS se estrutura por meio de diferentes esferas de atenção à saúde que incluem básica, média e alta complexidades. A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS), desempenha um papel essencial na promoção da saúde e na prevenção de doenças, sendo caracterizada por um:

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem

responsabilidade sanitária. §1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. § 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. § 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. (BRASIL, 2017).

A Atenção de Média Complexidade, atende às necessidades de saúde que requerem cuidados mais especializados do que os oferecidos na atenção básica. Este nível de cuidado inclui exames e consultas com médicos especializados, diagnósticos avançados e pequenas cirurgias. Esses serviços são oferecidos em hospitais de médio porte, clínicas especializadas e outros estabelecimentos de saúde que aderem a esse nível de complexidade, oferecendo um atendimento mais especializado e abrangente que a APS. (BRASIL, 2009).

A Atenção de Alta Complexidade abrange os serviços e procedimentos que envolvem alta tecnologia e conhecimento especializado. Dessa forma, são destinados a tratar condições de saúde mais graves e complexas como cirurgias cardíacas, tratamentos oncológicos avançados e cuidados intensivos. Esta organização em diferentes níveis de complexidade permite uma abordagem integral e hierarquizada que atende às diversas necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2009).

A oferta dos serviços de saúde é importante em todos os níveis de atenção, todavia a Atenção Básica (AB) se destaca pela ênfase na prevenção e promoção da saúde, prevenindo o agravamento de doenças e a necessidade de tratamentos mais complexos e caros oferecidos pela Atenção de Média e Alta Complexidades.

Considerando a importância da Atenção Primária à Saúde para o estudo aqui proposto, é importante destacar seu papel como a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado em saúde. Além disso, a AB é crucial para promover a equidade e a acessibilidade no sistema de saúde, garantindo que todos independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica, tenham acesso aos cuidados essenciais de saúde. Desse modo, a AB contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida e para a redução das desigualdades em saúde, se tornando a base para um sistema de saúde mais justo e eficiente. (BRASIL, 2012).

Além disso, é preciso destacar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde que estabeleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal modelo de reorganização desse setor. A ESF conta com equipes multiprofissionais que trabalham de maneira integrada e colaborativa para prestar cuidados contínuos e abrangentes à população usuária do serviço.

Dessa forma, as equipes de Saúde da Família são responsáveis por ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, adaptando seus serviços às necessidades específicas de cada comunidade. Esta abordagem não apenas melhora a qualidade dos serviços prestados, mas também fortalece os vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários, contribuindo para o desenvolvimento de uma saúde pública mais humanizada e eficiente (BRASIL, 2009).

Nesse aspecto, os gestores municipais desempenham um papel fundamental na garantia do direito à saúde dos cidadãos de seu município ao assumir responsabilidades pelos resultados em saúde, no intuito de “[...] reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil, da hanseníase e da tuberculose” (BRASIL, 2009, p. 12).

Dessa forma, a ESF tem sido adotada pelo Ministério da Saúde como uma forma de reorganizar a atenção básica em saúde no Brasil. Além disso, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) é responsável por publicar manuais e guias detalhados, oferecendo orientações operacionais específicas sobre essa política. Além disso, determina que os recursos orçamentários sejam alocados no orçamento do Ministério da Saúde a fim de financiar os programas de trabalho pertinentes. (BRASIL, 2012).

Além disso, para o funcionamento da APS, a estruturação e construção das Unidades Básicas de Saúde foram fundamentais no sentido de garantir a formação de equipes multiprofissionais e a educação continuada dos profissionais de saúde. Essas unidades não apenas servem como ponto de acesso inicial ao sistema de saúde, mas também como espaços essenciais para a implementação de práticas de promoção, prevenção e atenção à saúde, fortalecendo a capacidade de resposta do SUS às necessidades da população. (BRASIL, 2012).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha um papel essencial na atenção primária à saúde, sendo o serviço de saúde mais próximo do indivíduo. Atuando diretamente na comunidade, o ACS realiza visitas domiciliares, cadastra e orienta as famílias, supervisiona o estado de saúde e promove um acompanhamento contínuo. Essas atividades são fundamentais para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde. A constante interação do ACS com as famílias, por meio de ações educativas e do acompanhamento de programas sociais, como o Bolsa Família, é vital para garantir a efetividade das políticas de saúde e melhorar as condições de vida das comunidades atendidas (BRASIL, 2012)

A PNAB destaca fundamentos essenciais para o seu pleno funcionamento. A primeira diretriz ressalta a importância de um território específico sobre o qual a equipe de saúde assume a responsabilidade. Essa abordagem permite que o planejamento e a programação das ações de saúde sejam realizados de forma descentralizada, conferindo maior autonomia para adaptar as

estratégias às necessidades locais. Além disso, busca assegurar a equidade, garantindo que as intervenções sejam justas e proporcionais às necessidades de cada comunidade. (BRASIL, 2012).

A segunda diretriz garante que os serviços de saúde sejam universais e acessíveis a todos, sem distinção, oferecendo soluções para a maioria dos problemas e garantindo o cuidado contínuo. A terceira diretriz da PNAB foca na relação entre a equipe de saúde e a população, enfatizando a importância de registrar os cadastros para estabelecer vínculos contínuos entre pessoas, famílias ou grupos e os profissionais de saúde. (BRASIL, 2012).

A quarta diretriz destaca a coordenação do cuidado integral, que deve envolver diferentes profissionais para oferecer uma abordagem colaborativa e abrangente às necessidades de saúde do indivíduo. E por último e não menos importante, a quinta diretriz diz respeito à autonomia das pessoas na gestão da própria saúde e garante que as decisões sobre os serviços de saúde sejam baseadas nas necessidades dos usuários, ou seja, estimula a participação dos usuários. (BRASIL, 2012).

É preciso ressaltar ainda que a PNAB estabelece diretrizes essenciais para promover a saúde da população por meio da descentralização em favor da territorialidade a fim de considerar as necessidades específicas das comunidades. Além disso, as equipes de saúde são incentivadas a estabelecer vínculos e a garantir o acompanhamento, assegurando a integralidade no cuidado ao promover diferentes ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de forma multidisciplinar e interdisciplinar. (BRASIL, 2012).

A importância das diretrizes da PNAB se evidencia na superação da abordagem imediatista, uma vez que não havia uma estrutura organizada para garantir o acesso universal aos serviços de saúde e as ações eram, muitas vezes, fragmentadas e não consideravam as necessidades específicas das comunidades. Sendo assim, os princípios da PNAB passaram a orientar as práticas de saúde, visando uma abordagem mais integral e preventiva, com foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças, isso representa um avanço importante na oferta da saúde universal.

Outro aspecto importante no campo normativo da AB se deu mediante a instauração da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 do Ministério da Saúde que previu o financiamento das ações e serviços de saúde, regulamentado por meio de blocos específicos. Assim, o art. 4º assegura “[...] os seguintes blocos de financiamento: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica; e V - Gestão do SUS.” (BRASIL, 2007a)

Essa organização em blocos de financiamento permite uma alocação mais eficiente e direcionada dos recursos, garantindo que as diferentes áreas e níveis de atenção à saúde recebam o suporte financeiro necessário para o atendimento integrado e eficaz. Esta estrutura assegura que as necessidades específicas de cada componente do sistema de saúde sejam atendidas de forma adequada (BRASIL, 2007b).

Assim, o financiamento da AB é dividido em dois tipos de recursos: o primeiro é automaticamente transferido dos fundos de saúde do governo federal para os fundos de saúde dos estados e municípios e é responsável pelo financiamento das atividades básicas nas unidades de saúde, já o segundo é destinado às estratégias específicas da Atenção Básica, como o Programa Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal e outros. Esses recursos são transferidos conforme os planos de saúde locais e podem ser usados de acordo com as necessidades de cada região. Essa divisão de recursos garante que as diferentes áreas da Atenção Básica recebam o suporte financeiro necessário para efetivar o atendimento. (BRASIL, 2007b).

Ao tratar da importância da Atenção Primária à Saúde é preciso ressaltar as ações dos governos no sentido de ampliar esse atendimento no país. Nesse sentido, passamos a destacar dois programas importantes estabelecidos por governos distintos, cujo objetivo foi atender as áreas prioritárias do SUS.

## **4 PROGRAMA MAIS MÉDICOS E PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL**

Este capítulo apresenta e analisa o PMM e o PMB, dois programas criados em 2013 e 2019, respectivamente. É preciso ressaltar que ambos os programas foram instituídos por governos de orientações ideológicas distintas.

Nesse sentido, a análise é voltada à atuação estatal quanto à oferta do acesso universal à saúde. Assim, o estudo leva em consideração a importância do Estado como principal protagonista na garantia e ampliação da política de saúde no país.

### **4.1 Análise da atuação estatal na oferta da saúde**

Dada a importância da saúde pública para a população brasileira, passamos a destacar a literatura sobre o tema a fim de aprofundar esse importante debate. Nesse sentido, Macedo, *et al.*, (2021) destaca que a cobertura médica no Brasil tem se mostrado desigual, visto que para alcançar os princípios do SUS e expandir a cobertura da APS, é necessário um equilíbrio na distribuição de médicos entre as capitais e o interior do país. Entretanto, há uma concentração de profissionais de saúde nas grandes cidades, enquanto muitas regiões rurais enfrentam uma ausência de médicos, refletindo uma desigualdade significativa na distribuição desses profissionais.

Dessa forma, a concentração de médicos nas grandes metrópoles é resultado da falta de políticas que incentivem a permanência dos profissionais em áreas de difícil acesso. Segundo a Ferreira (2018), entre os problemas estão “[...] a precariedade dos vínculos de emprego, a falta de acesso a programas de educação continuada, a ausência de um plano de carreira [...] e inexistência de condições de trabalho e de atendimento. [...]” (FERREIRA, 2018, p. 3). Esses fatores fragilizam os vínculos empregatícios e dificultam a permanência dos médicos nessas áreas.

Nesse sentido, a pesquisa demográfica realizada pela Associação Médica Brasileira, no ano de 2018, demonstra que havia 18.753 médicos em 2016 e a estimativa de crescimento do número de mulheres graduadas na profissão. (FERREIRA, 2018). Todavia, a luta contra a desigualdade social é um dos maiores desafios da sociedade e para promover a equidade é necessária a implementação de políticas públicas mediante a intervenção do Estado. No entanto, essas políticas frequentemente enfrentam fragilidades devido ao discurso centrado na focalização, um dos pilares da perspectiva neoliberal. (THEODORO, DELGADO, 2003).

As políticas neoliberais, contrariam os princípios constitucionais que preveem a ampliação e a universalização das políticas sociais a fim de alcançar todos os cidadãos sem qualquer tipo de distinção. A proteção social abrangente é um direito constitucional e a focalização das políticas sociais se torna um obstáculo ao pleno desenvolvimento social. (THEODORO, DELGADO, 2003).

Dada a importância da saúde primária, o Programa Mais Médicos (PMM) foi criado a fim de ampliar o alcance da atenção básica, tendo como uma de suas ações o fortalecimento do atendimento médico. Isto se deu mediante três principais eixos: a provisão emergencial de médicos nas regiões que enfrentavam obstáculos para contratar e manter esses profissionais, o aperfeiçoamento da formação médica a partir da expansão das oportunidades em cursos de Medicina e residência médica e a aplicação de recursos na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS). (MACEDO, *et al.*, 2021).

Tendo em vista a falta de interesse de muitos médicos brasileiros em participar de programas de interiorização foi necessária a participação de médicos estrangeiros no PMM. No que tange à provisão emergencial de médicos, destaca-se a participação de médicos estrangeiros ou médicos intercambistas como forma emergencial de prover recursos humanos necessários para suprir a demanda do Brasil, por meio do acordo estabelecido com Cuba pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (Medina *et al.*, 2018). Esse esforço é especialmente relevante considerando que “[...] mais da metade dos registros de médicos em atividade se concentra nas capitais, onde mora menos de um quarto da população do País. [...]” (FERREIRA, 2018, p. 14).

É importante destacar que através do PMM foi criado o Projeto Mais Médicos Brasil (PMMB) que previu a modalidade médico intercambista para atender a demanda da atenção primária. Além disso, a Portaria nº 1.369, de 08 de julho de 2013, estabeleceu a formação de especializações e cursos de extensão integrados ao ensino, a pesquisa e a extensão a fim de aprimorar o atendimento médico na AB. Por meio de conexões diretas “[...] com instituições de educação superior, programas de residência médica, escolas de saúde pública e de mecanismos de integração ensino/serviço.” (MACEDO, *et al.*, 2021, p. 5).

As vagas seguiam a seguinte ordem de prioridade, primeiro os médicos com formação brasileira, incluindo até mesmo os aposentados. Em segundo, médicos brasileiros com formação no exterior e, por último, médicos estrangeiros habilitados para exercer a profissão. Todos poderiam participar do projeto que estava sob coordenação e orientação dos Ministérios da Educação e da Saúde. (BRASIL, 2013). “[...] Até o ano de 2015, o PMMB incorporou na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) 18 mil médicos, sendo 79% cubanos.”



(Medina, *et al.*, 2018, p. 348). Dentre os médicos intercambistas, se destaca a participação expressiva dos médicos cubanos, mesmo seguindo a ordem de prioridade aos brasileiros.

O PMMB, em seu auge em junho de 2015, contava com 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios e em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), o que possibilitava uma cobertura de cerca de 73% das cidades brasileiras, abrangendo aproximadamente 63 milhões de pessoas (BRASIL, 2015).

As regiões com maior necessidade de médicos que demandavam fortemente a atuação do programa eram predominantemente áreas isoladas e periferias de grandes cidades. "Das 27 unidades da Federação, 22 estão abaixo da média nacional, sendo que 5, todas nas regiões Norte e Nordeste, têm o indicador de menos de 1 med/1.000 hab." (BRASIL, 2015, p. 22). Isso revela as diferenças entre as regiões e a necessidade de serviços médicos, ao mesmo tempo em que evidencia a desigualdade no acesso à saúde no país.

O PMM se destacava por contribuir para a redução da falta de médicos em áreas isoladas, enfrentando a escassez de profissionais na Atenção Primária. O Brasil vivenciava um cenário crítico na saúde, dado pela baixa proporção de médicos por mil habitantes em comparação a outros países. Esse dado ressalta o impacto e a relevância do programa, uma vez que cerca "[...] de 50% da população mundial vive em áreas rurais e remotas, que por sua vez são servidas por menos de 25% da força de trabalho médica." (GIRARD, *et al.*, 2016, p. 2676). No Brasil, essa carência era ainda mais agravante nas regiões Norte e Nordeste.

Por meio do PMM, a região Nordeste recebeu 24.085 médicos a partir de março de 2013. Em setembro de 2015, esse número aumentou para 50.057 médicos, demonstrando um avanço significativo na quantidade de profissionais atuando na APS. O Nordeste se destacou como a região mais beneficiada, superando a região Sudeste. Em março de 2013, a escassez de médicos na região era de 25,1%, mas esse percentual caiu para 18,1% em setembro de 2015, refletindo a melhoria na distribuição de médicos em relação à região geográfica e ao porte populacional. (GIRARD, *et al.*, 2016).

Outro ponto importante relacionado à formação médica no país é o aumento significativo no número de vagas nos cursos de medicina, devido à colaboração interministerial entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS). "[...] A meta estabelecida em 2013 foi criar 11.447 novas vagas e alcançar a proporção de 1,34 vagas por dez mil habitantes em todas as regiões do país. Ao fim de 2021, ultrapassou a marca de 33,5 mil vagas, tendo sido criadas 14.516 novas vagas (um aumento de 76%). [...]" (PINTO; OLIVEIRA; SOARES, 2022, p. 40).

A CP-M Liberal demandou uma mudança legislativa no eixo de Infraestrutura, solicitando a inclusão de um prazo de cinco anos na lei do PMM para que o SUS equipasse as unidades básicas de saúde com qualidade e infraestrutura adequadas, visando transformar esse investimento em uma imposição legal ao invés de uma opção política do governo. (PINTO; OLIVEIRA; SOARES, 2022).

Apesar da imposição legal declarada por parte da CP-M Liberal, a ascensão de Temer à presidência em 2016, juntamente com a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 em 15 de dezembro de 2016 que limita os gastos direcionados aos serviços de saúde por vinte anos, resulta no congelamento e na suspensão de novas adesões e autorizações ao eixo do programa Requalifica-UBS<sup>2</sup>, conforme evidenciado. Assim, ainda chegaram a ser destinados eventuais recursos federais para obras em UBS através de emendas parlamentares. Contudo, durante o governo Bolsonaro, o congelamento dos recursos é mantido, mesmo diante dos protestos da CP-M Sanitário. (PINTO, OLIVEIRA E SOARES, 2022).

Nesse sentido, a referida emenda constitucional contribuiu para o desmonte da política de saúde. Além disso, o corte de gastos reduziu recursos para a construção de mais unidades básicas de saúde. Isso ocasionou a interrupção dos projetos de ampliação, construção e reforma dessas unidades. Até 2012, foram construídas 14.146 unidades, todavia entre 2013 e 2015, esse número reduziu para 13.871 e entre 2016 e 2021 esse processo foi simplesmente interrompido. (PINTO; OLIVEIRA; SOARES, 2022).

Além disso, o PMM ganhou representatividade em âmbito nacional, fortaleceu a residência médica e ofereceu uma possibilidade de trabalho aos médicos recém-formados. Com o passar dos anos, a APS tem se consolidado em um contexto de fortalecimento e complementação do modelo assistencial, contribuindo para um sistema de saúde mais integrado. (NETO, BARRETO, 2019).

Com a eleição de Jair Messias Bolsonaro em 2018 que se posicionou contrário ao intercâmbio previsto pelo PMMB, através de ofensas públicas ao governo cubano e brasileiro. Em resposta, o governo de Cuba decidiu romper o convênio ainda em 2018, fazendo com que os médicos cubanos deixassem o país, isso ocasionou a interrupção dos atendimentos. Em 2019, o governo Bolsonaro propôs a criação do Programa Médicos pelo Brasil (PMB) por meio

---

<sup>2</sup> [...] Requalifica-UBS declarados pelo governo eram: gerar renda e empregos diretos e indiretos, ampliar e requalificar a rede de UBS do país e mudar o padrão das UBS – as novas plantas para construção tinham quase o dobro do tamanho do padrão usado até então e previa estrutura e equipamentos adequados para um escopo ampliado de serviços, em sinergia com que passou a ser proposto na Política Nacional de Atenção Básica a partir de 2011. (PINTO; OLIVEIRA; SOARES, 2022, p. 38).

da Medida Provisória (MP) nº 890, de 1º de agosto de 2019 e encerra o Programa Mais Médicos e o Projeto Mais Médicos para o Brasil (AIZZA, BOEMI, 2020).

Segundo dados do Ministério da Saúde (em 01/02/2019), 3.533 (63,4%) municípios estavam com 14.723 médicos em atividade do PMM (Sage, 2019). Essa redução deve-se ao rompimento do acordo de cooperação entre o governo cubano e o brasileiro, que havia sido intermediado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no mês de novembro de 2018 em que mais de 7,5 mil médicos deixaram o país, com o encerramento da parceria. (MACEDO, *et al.*, 2021, p. 6).

O PMB pode ser considerado por alguns autores a continuidade do PMM ao compartilhar praticamente o mesmo objetivo ao alocar médicos na APS para atender áreas vulneráveis que apresentam limitações na oferta de serviços de saúde. O PMB dá início a novos contratos à medida que os existentes são encerrados, garantindo a substituição contínua dos profissionais e a permanência do atendimento em regiões específicas. (NETO, BARRETO, 2019). Como regiões de “[...] alta vulnerabilidade, incluindo áreas indígenas ou de população ribeirinha.” (BRASIL, 2019a).

Um dos avanços significativos no PMB é a descrição detalhada das áreas vulneráveis. Isso garantiu uma revisão das regiões atendidas com o objetivo de garantir que as localidades mais necessitadas, como áreas rurais, bairros economicamente vulneráveis e cidades com menor suporte médico, sejam contempladas. Incluindo as “[...] equipes em distritos sanitários especiais indígenas e equipes ribeirinhas, fluviais e quilombolas” (NETO, BARRETO, 2019, p. 2). Outra alteração significativa é no que diz respeito à contratação dos participantes. Anteriormente, no PMM os médicos não possuíam vínculo empregatício. No PMB, após dois anos de prestação de serviço no programa, os médicos terão empregabilidade garantida via CLT. (NETO, BARRETO, 2019).

Contudo, o PMB enfrenta riscos quando não apresenta mais apoio à infraestrutura da APS, especialmente na construção e reforma das UBS. Pois, o “[...] eixo de ampliação e melhoria da infraestrutura diz respeito ao investimento federal na construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde de todo o País. Para isso, conta com a participação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [...]” (MOREIRA, *et al.*, 2017, p. 293). Do mesmo modo, o eixo referente à formação de médicos não é mencionado, embora seja realizada uma especialização nos dois anos iniciais (NETO, BARRETO, 2019).

Outro ponto importante diz respeito aos indicadores utilizados no Brasil para avaliar a atenção básica, sendo um deles o número de internações. A ideia é que com uma cobertura ampla e de qualidade na APS ocorra uma redução no número de internações. Assim, o

fortalecimento da atenção básica, por meio de medidas preventivas pode retardar a necessidade de cuidados intensivos. (MOREIRA, *et al.*, 2017).

Outro indicador é o atendimento às gestantes, realizado por meio da APS por meio da cobertura do atendimento pré-natal. Após a implementação do programa, houve um aumento significativo no número de mulheres gestantes que foram atendidas por mais de sete consultas. “[...] Comparando-se os anos de 2011 e 2014, a proporção aumentou de 64,72 para 69,53 (7,4%) no DF e de 61,28 para 64,61 (5,4%) no Brasil.[...]”. (MOREIRA, *et al.*, 2017, p. 299-300).

O PMB exige o registro no Conselho Regional de Medicina (CRM). Em que todos os profissionais precisavam ter uma certificação permanente. Anteriormente, essa certificação era provisória e oferecida pelo Ministério da Saúde que avaliava as condições dos profissionais para prestar serviços médicos, garantindo a validação de seus diplomas. Assim, para o controle do desempenho dos serviços médicos e a fixação dos profissionais em regiões remotas, “[...] os médicos na contratação CLT terão um componente de pagamento por desempenho, incentivando e recompensando a qualidade dos profissionais que melhor atenderem a população.” (WOLLMANN, D’AVILA, HARZHEIM, 2020, p. 3).

Outra mudança com a implementação do PMB foi a criação da ADAPS, entidade privada que possui autonomia para promover vínculos entre o setor público e o privado. Assim, a ADAPS pode “[...] VIII - firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive com instituições de ensino para o cumprimento de seus objetivos.” (BRASIL, 2019a).

Com a possibilidade de a ADAPS firmar contratos com o setor privado e direcionar o programa para o fortalecimento desse setor, observa-se uma mudança na dinâmica de governança. A ADAPS conta com as seguintes representações: “Ministério da Saúde, um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, um do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde e um de entidades privadas do setor saúde. Por outro lado, não há participação do Conselho Nacional de Saúde ou representações de usuários ou profissionais.” (GIOVANELLA *et al.*, 2019, p. 2) Isso aponta para um enfraquecimento da participação social, que, anteriormente, foi conquistada por meio de lutas sociais para a inclusão da comunidade na tomada de decisões como um princípio fundamentado no SUS. Com a nova configuração do programa.

A saúde privada, embora seja complementar ao setor público, precisa ter seus limites claramente definidos no SUS. A ADAPS tem autonomia para estabelecer acordos com outras entidades públicas e privadas, essa complementaridade se descaracteriza no PMB, à medida que potencializa uma entidade privada a contratar outras entidades privadas para a oferta de serviços públicos. (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Em 2013, o Brasil enfrentava uma realidade em que a proporção de médicos por habitante estava bem abaixo do necessário para atender à demanda da população e ao que é estabelecido pelo SUS. O sistema, que deveria ser integral e equitativo, não conseguia cumprir plenamente esse papel, devido à distribuição desigual desses profissionais em todo o território nacional. As áreas mais vulneráveis e desprovidas contavam com uma quantidade insuficiente de médicos ou, em alguns casos, não tinham nenhum profissional. Isso resultava em uma falta de acesso garantido a consultas médicas para muitas pessoas. (BRASIL, 2015).

A desigualdade regional é vista também na distribuição de vagas para o ensino médico, que resulta em um déficit na cobertura médica em áreas menos favorecidas, como as zonas rurais, comunidades ribeirinhas e indígenas. Além disso, “[...] 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, 2015, p. 24). Tornando-se uma ameaça à qualidade no atendimento à população.

No entanto, a falta de médicos não é um problema exclusivo do Brasil, mas uma questão quase mundial a ser enfrentada. Para que o PMM fosse desenvolvido, foi realizado um diagnóstico abrangente do país, no qual se analisou a realidade médica. A partir dessa análise, constatou-se a importância crucial de redistribuir os médicos de maneira mais equitativa e de aumentar a formação de novos profissionais. (BARBOSA, 2020).

Em resposta a esse cenário, o eixo para provisão de recursos humanos ganhou espaço institucional e relevância estratégica por meio de programas que visam ampliar a oferta de vagas em cursos de medicina, buscando assim mitigar a falta de profissionais e melhorar o acesso ao atendimento médico nas regiões mais carentes.

[...] Uma referência usada para o Programa Mais Médicos foi a meta de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, que é a proporção encontrada no Reino Unido, país que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela Atenção Básica. Para atingir esse número em 2013 seriam necessários mais 168.424 profissionais. (BRASIL, 2015, 27).

Em 2011, dois anos antes da criação do PMM, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 439, essa resolução destacou a necessidade de mobilizar esforços para aumentar o financiamento da Atenção Básica, garantir que ela seja a principal porta de entrada e intensificar a busca pela permanência de profissionais de saúde em todas as regiões, com o objetivo de universalizar efetivamente a garantia à saúde. A partir da resolução surge um conjunto de ações que foram abordadas na legislação e na construção do PMM e na PNAB. (BRASIL, 2015).

Tais demandas sociais tornam-se diretrizes fundamentais para a PNAB, com os seguintes objetivos: expandir a cobertura para garantir um alcance mais amplo dos serviços de saúde; assegurar o acesso igualitário à população, proporcionando a todos as mesmas oportunidades de atendimento; priorizar a promoção e a prevenção da saúde, evitando o surgimento e o agravamento de doenças; integrar serviços diversificados para oferecer um atendimento contínuo e de qualidade; fortalecer os vínculos desenvolvidos durante os serviços de saúde, promovendo uma relação mais próxima entre profissionais e usuários; e incentivar a participação dos usuários nas tomadas de decisões. (BRASIL, 2007c).

A demanda crescente de médicos foi gerada, de um lado, pela ampliação dos investimentos públicos dirigidos à expansão e à diversificação de serviços de saúde no SUS e, de outro, pelo crescimento da renda da população, aumento da formalização e regularização dos empregos e níveis recordes de população empregada, que fez com que muitas pessoas passassem a ser beneficiárias de planos de saúde, em especial, de planos coletivos de empregados de empresas. E como esse beneficiário, via de grega, combina essa oferta com o uso de serviços de saúde do SUS, há uma demanda duplicada sobre os serviços. (BRASIL, 2015, p.37).

É por meio dos princípios e diretrizes fundamentais da PNAB, que se projeta o caminho para o alcance da universalidade e integralidade dos serviços em saúde. Ela, descreve as ações para “[...] promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde [...]” (BRASIL, 2007c, p. 47). Esses serviços são desenvolvidos de maneira a garantir o acesso universal e contínuo a cuidados de saúde com qualidade na APS.

É importante destacar que, legalmente, a atenção básica em saúde deve ser o meio mais rápido e acessível para a população, desempenhando um papel crucial na prevenção do agravamento dos problemas de saúde. “É no atendimento básico, na Estratégia da Saúde da Família, que se solucionam cerca de 80% dos problemas de saúde da população [...]” (Brasil, 2015, p. 11). Nisto, consiste ao Estado garantir a saúde, desde sua formulação até o ato da execução, visando sempre a prevenção para a redução dos problemas de saúde e a promoção do bem-estar da população. (BRASIL, 1990b).

Para o funcionamento da PNAB envolve responsabilidades compartilhadas entre diferentes esferas de governo, garantindo a descentralização necessária para seu pleno funcionamento. Aos municípios e ao Distrito Federal, por meio das Secretarias Municipais de Saúde, cabe organizar, executar e gerenciar os serviços de Atenção Básica em seus territórios. Isso inclui integrar as estratégias de Saúde da Família na rede de serviços, organizar o encaminhamento de usuários para serviços especializados, garantir a infraestrutura necessária

para o funcionamento das UBS, mantendo o monitoramento e a avaliação desses serviços com a participação social. (BRASIL, 2007c).

#### **4.2 Dois programas, duas lógicas distintas**

A saúde no Brasil tem enfrentado uma série de desafios, entre eles a distribuição de profissionais em áreas remotas a fim de superar as desigualdades regionais na oferta da saúde. Diante desse cenário, foram implementados dois programas importantes: o Programa Mais Médicos e o Programa Médicos pelo Brasil. Embora ambos tenham como objetivo principal ampliar o acesso à saúde em regiões que apresentam falta de profissionais, a estruturação dos serviços entre eles é distinta. Isso merece uma análise aprofundada para compreender avanços e limitações dos respectivos programas.

Nesse contexto, o PMM foi instituído com o objetivo de desenvolver recursos humanos especializados para o SUS. Conforme mencionado no artigo 1º da norma do programa, ele foi criado para enfrentar desafios críticos na saúde pública brasileira, como a escassez de profissionais em áreas prioritárias e a necessidade de fortalecer a atenção básica. Além disso, o programa visava melhorar a formação dos médicos ao integrá-los às realidades das unidades de atendimento do SUS e fomentar a educação permanente por meio da colaboração entre instituições de ensino e serviço. O PMM também tinha como propósito promover o intercâmbio de experiências entre médicos brasileiros e estrangeiros, capacitar profissionais para atuar nas políticas públicas de saúde e estimular pesquisas voltadas para o aprimoramento do SUS (BRASIL, 2013).

É preciso ressaltar que o inciso III do art. 200 da Constituição Federal de 1988 previu que cabe ao SUS "[...] ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde [...]" (BRASIL, 1988). Portanto, é responsabilidade do sistema direcionar e coordenar a capacitação e o desenvolvimento dos profissionais que atuam na área da saúde. Essa atribuição vai além da prestação de serviços, destacando a importância da formação adequada e contínua dos profissionais de saúde, visando à qualidade dos serviços oferecidos à população.

Nesse sentido, os médicos selecionados para participar do PMM passariam por um curso oferecido pelo Ministério da Educação, através das instituições públicas de ensino superior com duração de três anos a fim de integrar teoria e prática. O curso era dividido em módulos com avaliações regulares e supervisionado pelo Ministério da Saúde. Os registros seriam emitidos pelo CRM de cada região, além disso o PMMB não gerava vínculo empregatício. (BRASIL, 2013).

No intuito de alcançar o objetivo principal do programa que seria aumentar o número de médicos, o programa promovia a formação de novos profissionais. Para alcançar essas metas, oferecia cursos de medicina e vagas de residência, integrando teoria e prática na educação. Ademais, o programa promovia a troca de conhecimentos e incentivava pesquisas relevantes para o desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2013).

Dessa forma, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011 em seu art. 2º, apresentava a ordem das áreas e regiões que apresentavam dificuldades na fixação de médicos e estabelecia critérios para definir as áreas prioritárias para a atuação desses profissionais. Os critérios incluem:

Os critérios para a avaliação das áreas prioritárias envolvem diversos aspectos, como o Produto Interno Bruto (PIB), a proporção da população sem acesso a planos de saúde e o percentual de residentes em áreas rurais. Também são consideradas a taxa de pessoas em situação de extrema pobreza e os beneficiários do Programa Bolsa Família. Adicionalmente, são examinadas as horas dedicadas por médicos na Atenção Básica para cada mil habitantes, a quantidade de leitos disponíveis por mil habitantes e o índice de rotatividade, que é calculado com base em contratações, término de vínculos empregatícios e número de equipes incompletas, de acordo com os dados do SUS. (BRASIL, 2011).

Desse modo, o Ministério da Educação ficou responsável pela formação médica no país, supervisionando a autorização e o funcionamento dos cursos de medicina em parceria com o Ministério da Saúde. Ambos os ministérios desempenharam papéis essenciais na formação de recursos humanos para o SUS. Coube ao Ministério da Saúde (MS) a emissão do número de registro único e da carteira de identificação para cada médico intercambista. (BRASIL, 2013).

Em 2015, o PMM contou com a participação de 18.240 médicos, superando a meta prevista de 13.200 para o ano. Esse aumento na cobertura médica proporcionou um maior atendimento e conseqüentemente ajudou a reduzir as desigualdades regionais no acesso à saúde. “[...] com maior número de visitas domiciliares realizadas pelos médicos, e queda na taxa de mortalidade geral, todos de pequena magnitude, mas estatisticamente significantes [...]” (BARBOSA, 2020, p. 150).

A importância desses médicos é destacada e a capacidade de preencher as lacunas significativas no sistema de saúde, especialmente em áreas rurais e onde há maior escassez de profissionais de saúde. (GIRARDI *et al.*, 2016) O PMM forneceu cuidados essenciais e humanizados ao fornecer a atenção básica à população. No “[...] acesso e a garantia do direito à saúde a milhões de brasileiros através do provimento imediato, como nunca se viu antes da história, de mais de 14 mil médicos em território nacional” (GIRARDI *et al.*, 2016, p. 2683).



Quadro 1 – Semelhanças entre o PMM e o PMB

Aspectos	Programa Mais Médicos (PMM)	Programa Médicos pelo Brasil (PMB)
<b>Objetivo</b>	Formar recursos humanos e fortalecer a atenção básica de saúde no país	Provimento de médicos e fortalecer a atenção primária de saúde no país
<b>Áreas prioritárias</b>	Regiões prioritárias para o SUS	Áreas mais vulneráveis

Fonte: Brasil (2013) e Brasil (2019a). Elaborado pela autora.

Como mostrado no quadro acima, O PMM e o PMB apresentam semelhanças em relação aos objetivos e as áreas prioritárias. No caso do PMM, o objetivo de formar recursos humanos abrange ações de curto, médio e longo prazo. Isso inclui o provimento emergencial de médicos, entre eles a participação de médicos estrangeiros, por intermédio da parceria entre Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), além de investimentos nas vagas dos cursos de medicina e na infraestrutura das UBS, com o intuito de suprir a necessidade dos serviços médicos e fortalecer a APS. (BRASIL, 2013).

Ainda no governo da Dilma Rousseff, em 2016, o secretário-executivo do Ministério da Saúde, Antônio Nardi, assinou um contrato com a OPAS para manter a participação de médicos cubanos no programa. Sempre reforçando a necessidade da participação de médicos brasileiros, o secretário da saúde destacou: “É importante ressaltar que estamos comprometidos em fortalecer a atuação dos brasileiros no Mais Médicos. No entanto, enquanto houver necessidade, o convênio com a OPAS será mantido” (SILVA, 2016).

A participação de médicos estrangeiros permaneceu essencial para suprir a demanda por profissionais de saúde em áreas prioritárias para o SUS. A presença desses médicos foi crucial para assegurar que a população recebesse o atendimento necessário, especialmente em locais onde havia escassez de médicos brasileiros dispostos a atuar. Dessa forma, o convênio com a OPAS foi fundamental para manter a qualidade e a abrangência do atendimento médico no país. (SILVA, 2016).

Por outro lado, o PMB foi lançado em 2019, por meio da Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019, durante o governo de Jair Messias Bolsonaro, é desenvolvido o programa com o objetivo de prover médicos e fortalecer a atenção básica. Assim como o PMM, o PMB foca na alocação de profissionais em áreas de difícil acesso e maior vulnerabilidade. Com a finalidade de assegurar que as populações das regiões mais afastadas tenham acesso aos cuidados médicos, independentemente de sua localização geográfica. Além disso, busca

promover a permanência de médicos nessas áreas a longo prazo, contribuindo para reduzir as desigualdades regionais e fortalecer os vínculos na APS.

O quadro mostra que as regiões prioritárias para o SUS descritas pelo PMM são também as que são prioritárias para o programa. Este programa foca nos indivíduos que carecem de assistência médica, abrangendo desde as periferias das grandes metrópoles até as regiões rurais de difícil acesso e isolamento, viabilizando o atendimento. Nessas localidades, a escassez de médicos era extremamente pronunciada, com muitos municípios sem sequer um profissional de saúde disponível (BRASIL, 2015).

De forma semelhante, o quadro indica que, para o PMB, as regiões prioritárias são as áreas mais vulneráveis, como as de difícil acesso aos serviços médicos, comunidades ribeirinhas e indígenas, além de áreas com "[...] baixa cobertura vacinal, o aumento no número de casos de sífilis [...], aumento no número de casos de tuberculose, o insuficiente controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão [...]" (BRASIL, 2019a).

Quadro 2 – Diferenças entre o PMM e o PMB

Composição	Programa Mais Médicos (PMM)	Programa Médicos pelo Brasil (PMB)
<b>Recursos humanos</b>	Médicos brasileiros e intercambistas estrangeiros (parceria com a OPAS)	Somente médicos brasileiros
<b>Gestão</b>	Ministérios da Saúde, Ministério da Educação e Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS)
<b>Distribuição</b>	Abrangência a todos os municípios	Municípios de difícil provimento e alta vulnerabilidade
<b>Contratação</b>	Bolsistas	Vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho
<b>Fontes</b>	Orçamento Geral da União	Orçamento Geral da união e outras fontes, como, doações, rendimentos, acordos e convênios
<b>Funcionamento de cursos</b>	Chamamento público, educação superior. Vagas de residência e Aperfeiçoamento de até 3 (três) anos para médicos participantes.	Curso de formação por dois anos.

Fonte: Brasil (2013) e Brasil (2019a). Elaborado pela autora.

O quadro mostra dois períodos distintos, refletindo mudanças nos programas sob diferentes governos. Em 2013, o PMM foi criado com o objetivo de suprir a falta de recursos humanos médicos, estabelecendo uma parceria com a OPAS para a participação de médicos estrangeiros, em específico os cubanos. (BRASIL, 2013).

Em 2019, com o novo governo, foi implementado um novo programa direcionado à política de atenção primária, denominado PMB, por meio de MP. Conforme indicado no quadro acima, a MP restringiu a participação no programa a médicos brasileiros, priorizando a contratação de médicos formados no país, bem como médicos brasileiros formados no exterior, desde que tenham nacionalidade brasileira. (BRASIL, 2019a).

Os dados no quadro evidenciam que a gestão do PMM era direcionada pelos Ministérios da Saúde, da Educação e do Planejamento, Orçamento e Gestão, refletindo uma abordagem coordenada e centralizada por órgãos governamentais. A presença conjunta desses ministérios assegurava que a implementação do programa estivesse alinhada com as políticas nacionais de saúde, educação e planejamento, garantindo que as ações do PMM fossem integradas às estratégias mais amplas do SUS. (BRASIL, 2013).

Conforme é descrito no quadro, a ADAPS é a gestora responsável pelo programa, de acordo com o artigo 4º do PMB. Assim sendo, a ADAPS é uma instituição autônoma, privada e sem fins lucrativos, criada para assegurar a execução das ações previstas no programa. (BRASIL, 2019a).

A execução do PMB, ao ser desempenhada por uma instituição do terceiro setor, está diretamente relacionada às Parcerias Público-Privadas (PPPs) que ganharam força na década de 1990, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso que instituiu o Programa Comunidade Solidária, garantindo a viabilidade de tais parcerias. (CAMPOS, DAMASCENO, 2020). Além disso, foi a partir do governo de FHC que consolidaram várias reformas durante sua gestão federal e nos anos subsequentes.

[...] essas redefinições da relação do setor público com as empresas privadas foram determinantes para o processo de reforma, ainda em curso, na administração pública a partir da década de 90, sobretudo a partir de 1995, entre os anos de 1995 a 2002, período em que se implementou, por meio de Leis, Decretos e afins, a redução do papel e da atuação do Estado brasileiro – Estado mínimo – em várias áreas, dentre elas a da promoção do direito à educação. (CAMPOS, DAMASCENO, 2020, p. 8).

O quadro indica que, no PMM, ao retratar a distribuição das vagas de alocação, possui uma abrangência a todos os municípios do país, visando uma cobertura uniforme conforme é estabelecido na APS, “[...] estar presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades, garantindo acesso universal, com qualidade e em tempo oportuno” (BRASIL, 2015, p. 15). Por outro lado, o PMB adota uma abordagem mais focalizada, direcionando sua cobertura especificamente para municípios que enfrentam dificuldades significativas de provimento e que estão em situação de alta vulnerabilidade. (BRASIL, 2019a)

O quadro especifica que, no PMM, são garantidos bolsas, para profissionais, residentes, tutores e supervisores, incluindo ajuda de custo para alocações. (BRASIL, 2013) Em dessemelhança, o PMB adotou uma abordagem diferente, como indicado pelo quadro, prevendo a contratação por meio de vínculo empregatício via CLT. (BRASIL, 2019a). Dessa forma, reflete uma ampliação da participação do setor privado no SUS. Assim, “[...] o projeto liberal de seu franco desmonte a serviço da expansão do capital sobre os direitos dos trabalhadores.” (DENEM, 2024, p. 3).

Assim sendo, uma iniciativa com o intuito de obter resultados com o menor custo e esforço possível. Nesse sentido, “[...] serão observados os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da economicidade”, (BRASIL, 2019a) é determinado que ADAPS estabeleça contratos de prestação de serviços com indivíduos ou empresas, desde que seja a opção mais econômica para alcançar os objetivos definidos no contrato de gestão. Conforme Batista (2000) essa reestruturação requer uma avaliação objetiva do desempenho e dos resultados da própria ação, com o objetivo de estabelecer juízos de valor sobre sua execução e os resultados alcançados.

Conforme indicado no quadro, o orçamento que mantinha o PMM em funcionamento era provido exclusivamente pelo Orçamento Geral da União. (BRASIL, 2013). Já o orçamento do PMB, além de ser sustentado pelo Orçamento Geral da União, permite a participação de outras fontes, como doações, rendimentos, acordos e convênios, conforme descrito no quadro (BRASIL, 2019a).

O PMM, no que diz respeito ao quadro de funcionamento de cursos, visava expandir a oferta das vagas nos cursos de medicina, por meio do chamamento público, promovendo educação superior. O objetivo era potencializar a relação ensino e serviço por meio das vagas no curso de medicina quanto para a residência, além de proporcionar um aperfeiçoamento de até 3 (três) anos para os médicos participantes. Essa estratégia tinha como meta aumentar o número de médicos e fortalecer a formação dos profissionais, contando com a colaboração dos Ministérios da Saúde e da Educação. (BRASIL, 2013).

Contudo, devido ao fato de que os cursos de medicina estão majoritariamente localizados nas grandes cidades, os programas de residência médica também se concentram nesses centros urbanos. Assim, é necessário buscar maneiras de “[...] que estimulem a migração e a fixação dos profissionais nas áreas mais distantes dos grandes centros, de modo particular no interior das Regiões Norte e Nordeste.” (FERREIRA, 2018, p. 3).

O PMM institui que os planos plurianuais do governo federal devem garantir que o SUS providencie as unidades básicas de saúde, contemplando a construção, melhorias e

fornecimento de equipamentos. (BRASIL, 2013). Considerando a importância dessas unidades para a atenção primária e a efetiva implementação de programas de saúde, a ausência de menção à infraestrutura na MP nº 890, de 2019, é um ponto notável. A oferta de médicos está diretamente relacionada ao investimento em infraestrutura para garantir a qualidade do atendimento.

Essa expansão da oferta de médicos está acompanhada por investimentos federais expressivos em postos de saúde, o que é essencial para um bom trabalho do profissional de medicina junto à população. Por todo o País, novos postos de saúde estão sendo reformados e ampliados e outros construídos. (BRASIL, 2015, p. 9).

O percentual de pessoas atendidas pelo PMM apresentou variações ao longo dos anos. Em 2012, foi de 0,8% aumentando significativamente para 3,7% em 2013, e retornando para 0,9% em 2014. Quanto ao aumento no número de médicos, os dados demonstram 0,8% em 2012, seguido por um crescimento para 2,7% em 2013 e um expressivo aumento de 10,5% em 2014. Esses números refletem a importância do programa no atendimento à população e na oferta de profissionais de saúde. (BRASIL, 2015).

A MP nº 890, de 1 de agosto de 2019, não faz menção ao Ministério da Educação em relação à exclusão da residência médica do programa. No entanto, indica que a ADAPS será responsável por promover a formação de médicos de forma autônoma, possibilitando a realização de convênios e parcerias entre os setores público e privado para a promoção do ensino. Conforme o Art. 27, “Para o cumprimento do disposto nesta Medida Provisória, o Ministério da Saúde poderá firmar contratos, convênios, acordos e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive com instituições de ensino.” (BRASIL, 2019a).

A ADAPS, uma instituição privada financiada com recursos públicos e privados, que permite a participação de empresas privadas na oferta de serviços educacionais. De acordo com o artigo 7º, inciso VIII, da legislação que rege a instituição, é determinada a colaboração de outras instituições privadas para fornecer esses serviços. O quadro menciona que o programa incluiria um curso de dois anos para a formação dos médicos ingressantes, ou seja, ofertado por meio das empresas parceiras da ADAPS (BRASIL, 2019a). Assim sendo:

[...] as compras e os contratos não precisam mais passar por licitações públicas e deixam de ter controle direto do Estado, abrindo ainda mais o caminho para a perda do caráter público e estatal do SUS e para a transformação dos seus serviços em serviços privados, financiados pelo Estado ou pagos pela população. (DENEM, 2024, p. 2).

A ausência do controle direto do Estado no processo de compra e contratação de instituições privadas por meio do SUS gera preocupação, pois facilita o acesso de interesses privados na gestão e operação dos serviços de saúde, comprometendo o caráter público do sistema. Dessa maneira, os serviços de saúde, historicamente oferecidos de forma universal e gratuita, correm o risco de serem privatizados, seja por meio de financiamento estatal ou pagos diretamente pela população.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a saúde foi garantida como um direito universal a partir da Constituição Federal de 1988 que instituiu o SUS. Essa conquista foi consolidada com a promulgação da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabeleceu as bases para a organização dos serviços de saúde no país e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que assegura a participação da comunidade na tomada de decisões no SUS.

Essas conquistas não foram obtidas de forma simples ou isolada, elas resultaram de uma intensa mobilização social, liderada por diversos grupos que lutaram por melhores condições de vida e pelo acesso equitativo aos serviços de saúde. O movimento da reforma sanitária foi fundamental para transformar a saúde pública no Brasil, propondo um modelo de saúde universal, integral e participativo.

Todavia, a execução das políticas requer a destinação adequada de recursos financeiros. As políticas de austeridade, ao promoverem cortes no financiamento do SUS, trazem implicações significativas, especialmente no que se refere à capacidade de custear os serviços essenciais. Essa redução no financiamento afeta diretamente a oferta dos serviços, comprometendo o princípio da integralidade, limita o atendimento médico e, conseqüentemente a oferta da atenção básica no país.

No âmbito da APS, os programas PMM e PMB foram desenvolvidos como política pública estratégica para fortalecer o SUS. Em busca de garantir a presença de médicos em áreas remotas e vulneráveis, onde historicamente há escassez de profissionais, contudo, esses programas refletem diferentes abordagens para enfrentar os desafios da APS no Brasil.

O PMM priorizava a atuação dos Ministérios da Saúde, da Educação e do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão o que o tornava predominantemente estatal. Esta configuração estava em conformidade com a Constituição Federal de 1988 que estabelece que a direção do SUS deve ser única em cada esfera de governo. De acordo com o artigo 9º da Lei nº 8.080, a direção do SUS é exercida pelo Ministério da Saúde no âmbito da União e pelas secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos estados, distrito federal e municípios.

No entanto, com as mudanças de governo, o acesso à saúde foi significativamente afetado pela quebra da parceria entre Brasil e Cuba. Durante essa transição, a atenção primária, que contava com a presença de médicos cubanos, ficou desprovida após Cuba encerrar o acordo com o programa por meio da OPAS. A saída dos médicos intercambistas resultou em uma instabilidade nos serviços de saúde e contribuiu para o encerramento do PMM.

A luz da Constituição Federal de 1988, a gestão e a execução de políticas públicas de saúde devem ser realizadas de maneira integrada e coordenada, para assegurar a equidade no acesso e a qualidade dos serviços prestados. A centralização da responsabilidade no SUS garante que a política de saúde seja consistente com os princípios constitucionais, como a universalidade, integralidade e equidade, fundamentais para a efetivação dos direitos de saúde previstos na Constituição.

Nesse contexto, a questão central que foi explorada é se, ao ofertar a atenção básica o PMM e o PMB seguiram os princípios constitucionais que preconizam a oferta majoritariamente estatal. Foi analisado que o PMM, ao ser implementado na atenção básica, respeitou a premissa constitucional ao priorizar a gestão por meio dos ministérios. Ao contrário, o PMB permitiu a participação de entidades privadas na gestão do programa e dos recursos, comprometendo o caráter predominantemente estatal da oferta de saúde.

A hipótese é que ambos os programas desenvolveram ações adicionais voltadas ao aprimoramento da atenção básica em saúde no país. No entanto, durante o governo de Dilma Rousseff, o PMM foi estruturado em três eixos principais: provisão emergencial de médicos, formação de novos profissionais e melhorias na infraestrutura das unidades de saúde. Nisto, além de garantir a presença de médicos nas regiões mais necessitadas, o programa investiu na formação médica, ampliando o número de vagas em cursos de medicina e residência. Também foram aplicados recursos na reforma e construção de unidades básicas de Saúde.

Por outro lado, no governo de Jair Messias Bolsonaro o PMB focou em ações de capacitação e formação contínua de profissionais de saúde, sem uma linha de ação dedicada à infraestrutura. O PMB priorizou parcerias com instituições acadêmicas para a capacitação dos profissionais no programa, mas não promoveu a criação de novas vagas em cursos de medicina, limitando suas ações à mera provisão e capacitação de médicos.

No entanto, com a implementação do PMB, a partir da MP, ocorreu a contratação da ADAPS, uma agência não governamental para direcionar a capacitação de médicos para a atenção básica neste outro programa, que possui a mesma linha de ação do PMM. Desse modo, a ADAPS assume a responsabilidade pelo direcionamento do programa, representando o Estado, enquanto o Ministério da Saúde passa a ter uma participação mais restrita na tomada de decisões, atuando apenas como orientador e supervisor da ADAPS. Além disso, o PMB permite a realização de parcerias e captação de doações, o que confere grande influência do setor privado, podendo impactar a diretriz da universalidade do SUS ao introduzir lógicas de mercado em um sistema que deve priorizar o acesso gratuito a toda a população. Uma instituição privada passa a gerir uma política pública.



Enquanto o PMM priorizava uma intervenção direta e estatal, o PMB adotou uma abordagem mais privatizada, ambos com o objetivo comum de melhorar a saúde pública no país. As diferentes abordagens dos governos na gestão da saúde primária no Brasil refletem essa distinção. O PMM, implementado durante o governo Dilma, reforçou a presença estatal e o papel central dos ministérios na organização e execução do programa. Em contraste, o PMB, introduzido pelo governo Bolsonaro, transferiu responsabilidades cruciais para a ADAPS, uma entidade privada, marcando uma mudança significativa na gestão pública da saúde.

Essa transição levanta questões importantes sobre o papel do Estado na garantia de direitos constitucionais, uma vez que a saúde é um direito garantido a todo cidadão brasileiro e sua oferta é majoritariamente responsabilidade do Estado. A análise dos programas evidencia uma forte atuação estatal no PMM, onde a gestão da saúde é realizada por representantes inteiramente públicos, assegurando a conformidade com as diretrizes estabelecidas pelos ministérios responsáveis. Em contraste, no PMB, a responsabilidade pela atenção primária em saúde é delegada a uma entidade privada, que passa a receber recursos públicos para executar funções tradicionalmente atribuídas ao Estado.

## REFERÊNCIAS

AIZZA, Leila Eliane; BOEMI, Rafael Augusto Maricato. A política de saúde e o desafio da efetivação da “atenção primária à saúde”. In: DINIZ, S. RIBEIRO, Pedro José Floriano. (orgs). **Atuação parlamentar: ensaios sobre atividades legislativas na Câmara dos Deputados**. São Carlos: EdUFSCar, 2020.

FERREIRA, Lincoln Lopes. **O perfil do médico brasileiro e a desigualdade no acesso à assistência**. Disponível em: < <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2018/03/DEMOGRAFIA-MÉDICA.pdf>>. Acesso em: 03 de jul. de 2024.

BARBOSA, Vivian Fernandes Rodrigues. Avaliação Executiva: Programa Mais Médicos. (Especialização em Avaliação de Políticas Públicas) - Instituto Serzedello Corrêa, Escola Superior do Tribunal de Contas da União, 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Decreto nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995. Dispõe sobre o Conselho da Comunidade Solidária e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1995.

BRASIL. Decreto nº 2.999, de 25 de março de 1999. Dispõe sobre o Conselho da Comunidade Solidária e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1999.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. (1990a) Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. (1990b) Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990.

BRASIL. Medida Provisória nº 890, de 01 de agosto de 2019. Programa Médicos pelo Brasil. Disponível em: <MPV 890/2019 - Congresso Nacional>. Acesso em: 26 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Os 100 anos da Previdência Social**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Programa Mais Médicos. Disponível em: < <http://maismedicos.gov.br/conheça-programa>>. Acesso em: 26 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. (2007a) Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/PORTARIA\\_204.pdf](https://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/PORTARIA_204.pdf). Acesso em: 6 de jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. (2007c) Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007b) Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. OPAS. **Mais Médicos**: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro. Pan American Health Organization (PAHO). 2018. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5804:mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-de-dezembro&Itemid=347](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5804:mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-de-dezembro&Itemid=347)>. Acesso em: 07 de jul. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377\\_13\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html)>. Acesso em: 12 de ago. 2024.

BATISTA, Myrian Veras. **Planejamento social**: intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Veras Editora, Lisboa, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: CFESS/ CEAD. **As Políticas de Seguridade Social Saúde**. São Paulo, p. 01-24, Cortez, 2001.

BRAZ, Marcelo. Mudanças no perfil das lutas de classes e modismos conceituais: o tormento de Sísifo das ciências sociais. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012, p. 111-145.

BRAVO, Maria Inês Souza; MARQUES, Morena Gomes. Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES,

Juliana Souza Bravo. (orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012, p. 192-221.

BRAVO, Maria Inês Souza; et al. Partidos políticos e a luta por saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (orgs.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

CAMPOS, Danielly Cristinne Barbora de; DAMASCENO, Alberto. Parcerias Público-Privada (PPP): trajetória histórica no Brasil e sua inserção na política educacional brasileira. Perspectiva. **Revista do Centro de Ciências da Educação**. Florianópolis, v. 38, n. 1, p. 01-23, jan./mar.2020.

CARVALHO, Ivy. **O fetiche do “Empoderamento” do conceito ideológico ao projeto econômico político**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013.

CFESS. Bandeiras de luta do conjunto CFESS-CRESS. **Sou assistente social e aqui estão minhas bandeiras de luta**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2022.

DENEM-Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. **Médicos pelo Brasil: uma análise crítica**. Disponível em: <file:///C:/Users/LAIS/Downloads/Medicos%20pelo%20Brasil%20(1).pdf>. Acesso em: 25 de jun. 2024.

COSTA, Lucas Nascimento Ferraz. **Os lobbies no processo constituinte 1987-88**. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, 2017.

CNRS. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. **Síntese da coordenação dos grupos técnicos como contribuição ao documento final a ser elaborado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária. 1987**. Documentos III. Disponível em: <[original.pdf \(saude.gov.br\)](#)>. Acesso em: 2 mai. 2024.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene; ALMEIDA, Patty Fidelis de; et al. **Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?**. Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n10/e00178619/pt>>. Acesso em: 10 de jul. 2024.

GIRARDI, Sábado Nicolau; STRALEN, Ana Cristina de Sousa van; CELLA, Joana Natalia; et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. 2016. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Escassez/Impacto%20do%20PMM%20na%20rede%20da%20escassez%20de%20m%C3%A9dicos>>. Acesso em: 10 de jul. 2024.

JUNIOR, João Batista; NOGUEIRA, Roberto Passos. As condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 116-234.

MALLOY, James M. **A política da Previdência Social no Brasil**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MARQUES, Rosa Maria; SALVADOR, Evilasio; MENDES, Áquilas Nogueira. A história da previdência no Brasil. In: MARQUES, Rosa Maria; SALVADOR, Evilasio; MENDES, Áquilas Nogueira (orgs.). **A Previdência Social no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003, p. 51-96.

MACEDO, Alex dos Santos; ARAUJO, Juliana Maria de; FARIA, Evandro Rodrigues de. et al. Análise da implementação do programa mais médicos: um olhar dos órgãos de controle. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 26, n. 83, p. 1-21, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.fgv.br/cgpc/article/view/81007/79332>>. Acesso em: 30 de jun. 2024.

MASSUDA, Adriana. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?**. *Ciência & Saúde Coletiva*, FGV, p. 1181-1188. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>. Acesso em: 02 out. 2024.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MEDINA, Maria Guadalupe; ALMEIDA, Patty Fidelis de; LIMA, Juliana Gagno. et al. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n 1, p. 346-360, setembro, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/pinto/vfQbyqSmvLnc6zXzZkHT6XB/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 1 de jul. 2024.

MELO NETO, Alexandre José de; BARRETO, Danyella da Silva. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade?. *Revista Brasileira de Medicina de Família e comunidade*. Rio de Janeiro, Jan-Dez, 2019. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2162/995>>. Acesso em: 02 de jul. 2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2008, p. 133-177.

MOREIRA, Alessandra de Cássia Gonçalves; COSTA, Elenilde Pereira da Silva Ribeiro; ALMEIDA, Renata de Paula. et al. Programa mais médicos: análise a partir de um modelo lógico. *Com. Ciências Saúde*. Brasília, v. 28, p. 291-302, 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs\\_artigos/v28\\_3programa\\_mais\\_medicos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v28_3programa_mais_medicos.pdf)>. Acesso em: 08 de ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. 2018. **Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil**. Brasília: OPAS, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Claudia Maria de Rezende; ALMEIDA, Celia Maria de. et al. **O sistema de saúde brasileiro: avanços e desafios.** Saúde no Brasil 1. Salvador, p. 11-31, mai. 2011.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática.** 2. ed. Editora Papiros. Campinas, 1997.

PEREIRA, Camila Potyara. **Nova Direita e Política Social: neoliberalismo, neoconservadorismo e a negação de direitos.** In: GÓIS, João Bôsko; SOUZA, Sidimara Cristina. **Temas de política social: temas e discussões.** Curitiba: CRV, 2019.

PEREIRA, Camila. Potyara. Ideologia da nova direita. In: PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no Capitalismo: crítica a teorias e ideologias conflitantes.** São Paulo: Cortez, 2016, p. 118-165.

PINTO, Hêider; OLIVEIRA, Felipe Proenço; SOARES, Ricardo. Panorama da implementação do programa mais médicos até 2021 e comparação com o programa médicos pelo Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública.* Salvador, v. 46, n. 1, p. 32-53, jan./mar, 2022. Disponível em: < <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3616/2979>>. Acesso em: 17 de mai. 2024.

REIS, José Roberto Franco. Considerações historiográficas sobre corporativismo, cidadania regulada e a história de assistência à saúde no Brasil: dívida ou direito? (1930-1964). **Locus.** *Revista de História, Juiz de Fora,* v. 26, n. 2, p. 407-433, mar. 2020.

RAICHELIS, Raquel. Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática. In: RAICHELIS, Raquel. **Desafios do controle social – notas sobre o papel dos conselhos na atualidade.** 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Do Laissez-faire repressivo à cidadania em recesso. In: SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: A política social na ordem brasileira.** Rio de Janeiro: Campus, 1979, p. 71-82.

SCHERCHTMAN, Alfredo; CORTES, Bianca Antunes; JUNIOR, Ermenegildo Munhoz. et al. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. (org). **Caminhos da saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 236-311.

SILVA, Priscila. **Assinada renovação do Mais Médicos em reunião da OPAS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Disponível em: < Assinada renovação do Mais Médicos em reunião da OPAS (fiocruz.br)>. Acesso em: 25 de jun. 2024.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. **A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático?.** In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos sociais e conselhos: desafios atuais.** São Paulo: Cortez, 2012, p. 55-83.

THEODORO, Mário; DELGADO, Guilherme. **Política social: universalização ou focalização – subsídios para o debate.** Políticas sociais – acompanhamento e análise. Ipea, p. 122-126,

agosto, 2003. Disponível em: < <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4691>>. Acesso em: 25 de jun. 2024.

WOLLMANN, Lucas; D'AVILA, Otavio Pereira; HARZHEIM, Erno. Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. Revista Brasileira de Medicina de Família e comunidade. Rio de Janeiro, Jan-Dez; 2020. Disponível em: < <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2346/1524>>. Acesso em: 8 de ago. 2024.