

Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?

The Doctors for Brazil Program: on the road to privatization of primary health care in the Unified National Health System?

El Programa Médicos para Brasil: ¿en el camino hacia la privatización de la atención primaria de salud en el Sistema Único de Salud?

Lígia Giovanella ¹

Aylene Bousquat ²

Patty Fidelis de Almeida ³

Eduardo Alves Melo ¹

Maria Guadalupe Medina ⁴

Rosana Aquino ⁴

Maria Helena Magalhães de Mendonça ¹

doi: 10.1590/0102-311X00178619

Introdução

A *Medida Provisória nº 890* (MP 890) ¹, enviada pelo Executivo ao Congresso Nacional em 1º de agosto de 2019, instituiu o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e enunciou a criação de uma Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) com a finalidade de “*incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade*”. Analisar e perscrutar a MP é essencial para o entendimento da conjuntura das políticas de saúde no Brasil e, particularmente, da organização da atenção primária à saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) hoje. Neste artigo, alerta-se para os riscos dessa legislação favorecer a transformação da APS no SUS em um espaço mercantil da assistência e para os possíveis retrocessos para a formação de médicos para a atenção primária.

O cenário da MP e a ADAPS

A MP foi publicada em um cenário marcado, por um lado, pela instalação de uma crise no provimento de médicos na APS consequente à retirada dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos (PMM) e, por outro, por um grave quadro de agudização do desfinanciamento do SUS, com uma dotação orçamentária, em 2019, inferior à do ano de 2018 ². No plano geral, a conjuntura é marcada por políticas ultraneoliberais em um governo de extrema-direita com perda de direitos trabalhistas e sociais, associada a crescentes iniciativas de privatização, que também alcançam o setor saúde. Além disso, a MP sustenta-se em uma concepção restrita de APS entendida como apenas o primeiro nível de atenção. Embora no texto legal se destaque a menção à saúde da família, observa-se a total ausência dos atributos derivados da APS de orientação comunitária e familiar e competência cultural, centrais para a garantia do cuidado integral e abordagem populacional.

O PMB que objetiva “*incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade*” ¹ será executado pela ADAPS que, para tal, firmará contrato de gestão com o Ministério da Saúde. No entanto, as competências da ADAPS, previstas pela MP, são amplas e vão além da execução do PMB, incluindo: a execução da política e a prestação de serviços de APS; o desenvolvi-

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

⁴ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Correspondência

P. F. Almeida
Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.
Rua Marquês do Paraná 303, 3º andar, Niterói, RJ 22403-100, Brasil.
pattyfidelis@id.uff.br



mento de atividades de ensino, pesquisa e extensão; e o desenvolvimento e incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão, entre outras ¹.

A ADAPS se constituirá como serviço social autônomo (SSA), uma figura jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Embora encarregada do desenvolvimento da política nacional de saúde, não será órgão governamental da administração direta, nem se constituirá em uma agência, similar às agências reguladoras como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A opção por SSA, segundo Miranda ³, representaria um “agenciamento empresarial”, dada a possibilidade de captação de recursos financeiros para além do provimento estatal. O modelo de gestão SSA seria paraestatal, órgão auxiliar na execução de função pública. Vale ressaltar que, não sendo uma modalidade de Administração Indireta, os SSA não estão submetidos à observância das regras da administração pública.

Nesse cenário com competências amplificadas da ADAPS, a participação do setor privado é claramente explicitada: “*articular-se com órgãos e entidades públicas e privadas; (...) firmar contratos com órgãos e entidades públicas e privadas, incluindo instituições de ensino; (...) firmar contratos de prestação de serviços com pessoas físicas ou jurídicas*” ¹. A relação com o setor privado se fortalece também na composição do conselho deliberativo da ADAPS, que inclui quatro representantes do 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. Vislumbra-se mais um ataque à participação social, princípio basilar do SUS.

Fica clara a aderência a novas modalidades de gestão inspiradas nas diretrizes da *new public management* ⁴. Esse movimento político se insere na esteira das políticas de reforma do Estado, em perspectiva da utopia liberal, em que um ponto central é a transferência da provisão de serviços sociais ao setor privado. Os argumentos para as novas modalidades de gestão no setor público seriam o alcance de maior flexibilidade, autonomia e agilidade na gestão e ampliação das parcerias entre Estado, mercado e sociedade civil. Um dos aspectos mais destacados seria a contratação de pessoal com flexibilidade, nas condições de mercado, sem incorporação ao regime jurídico único e correspondentes sistemas de aposentadorias, além de não estar submetida aos limites de contratação de pessoal pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Todavia, na experiência brasileira, o alcance de maior flexibilidade nessas modalidades de gestão tem ocorrido, em geral, sem garantias, com frouxo controle público e baixa capacidade de controle institucional e social ⁵.

Estão presentes na MP tanto a possibilidade de transferência da provisão para o setor privado, como também os elementos de flexibilização da força de trabalho, pois os contratos iniciais de médicos serão por bolsa e, só após dois anos, via *Consolidação das Leis do Trabalho* (CLT).

Vale recordar que não há evidências de que a prestação privada ou a terceirização sejam mais efetivas ou eficientes do que provisão similar pelo setor público ^{6,7,8}. A produção científica é insuficiente para concluir se essas novas modalidades de gestão no setor saúde promovem melhores resultados na qualidade da prestação ou na eficiência (tão propalada nos dias atuais), especialmente em países de renda média e baixa como demonstram revisões Cochrane ⁸, e, ademais, alguns estudos indicam impactos negativos em países de alta renda como a Inglaterra ⁹.

Nesse sentido, a criação da ADAPS aponta uma perspectiva privatista da APS no SUS, que se dará em maior ou menor grau a depender da qualidade do contrato de gestão e da capacidade e vontade política do governo em realmente exercer o controle sobre a execução.

Outra dimensão central para a análise é a relação público privado, que aqui se expressa no anúncio da liberdade de se estabelecer contratos com o setor privado. Alerta-se para o risco de ocorrer uma dupla terceirização: a MP terceiriza a implementação da política de APS na ADAPS, instituição sem finalidade de lucro, e a ADAPS terceiriza a prestação contratando o setor privado com ou sem fins de lucro.

O posicionamento do presidente da operadora de planos privados de saúde, Unimed, expressa bem essa dimensão público-privada. Ao mencionar o PMB, a Unimed coloca-se como parceira do Ministério da Saúde para a prestação da APS no SUS, dando indicativos da orientação privatista dessa política. A operadora vislumbra uma parceria virtuosa entre a adjetivada bem-sucedida experiência de interiorização das “cooperativas singulares” do sistema Unimed e o Estado brasileiro ¹⁰. Evocando o texto constitucional, o posicionamento conclui que a saúde suplementar legitimamente pode ocupar

um importante papel na gestão da saúde pública, em uma nova era “na qual a iniciativa privada se fará presente cumprindo as obrigações da saúde pública brasileira”¹⁰.

“Médicos pelo Brasil”: implicações para formação e fixação de médicos para a APS

A fixação de médicos na APS, especialmente em áreas mais vulneráveis e remotas, é um grande desafio para os sistemas de saúde. Estudos que analisam a distribuição de general practitioners nas primeiras décadas de implantação do Serviço Nacional de Saúde inglês (NHS) e em outros sistemas de saúde concluíram que as soluções pontuais não são suficientes para superar esse déficit e exigem mudanças (não sem conflito) e regulação do ethos médico e na disputa dentro do aparelho formador^{11,12,13}.

A política anterior de provisionamento de médicos, o PMM¹⁴, para além do provimento emergencial de médicos para a APS em regiões com escassez de oferta e dificuldade de fixação, incluía um eixo de formação para o SUS com investimento na regulação da formação de especialistas, criação de vagas de graduação e residência, novos cursos de medicina baseados em diretrizes curriculares revisadas, abertura de turmas de Mestrado Profissional em Saúde da Família, além de outro eixo voltado à melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS)¹⁴. Apesar do curto espaço de tempo, diversos efeitos positivos do PMM foram identificados, em especial no eixo de provimento, com redução na escassez e das desigualdades na distribuição dos médicos^{15,16,17,18}, uma vez que 78% desses profissionais foram alocados em municípios prioritários¹⁹; redução de internações por condições sensíveis à APS²⁰ e aumento dos investimentos com construção e reforma para melhoria da infraestrutura das UBS²¹.

A sinergia entre os três eixos do PMM buscou afetar aspectos cruciais para a sustentabilidade e a qualificação da APS por meio do incentivo à formação via residência e melhoria da infraestrutura das UBS, também considerada elemento para a fixação de profissionais da saúde. Por outro lado, o PMB envolve apenas o provimento em áreas remotas e formação especializada em serviço. Para a implementação do programa, a ADAPS contratará, por meio de processo seletivo público, médicos com registro no Conselho Regional de Medicina e tutores especialistas em medicina de família e comunidade ou em clínica médica. O processo seletivo para médico de família e comunidade incluirá curso de especialização com duração de dois anos, ao fim do qual o médico deverá realizar uma prova que o habilite ao título. Dessa perspectiva, a MP rompe com a exigência de residência e quebra a regra da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) que exige quatro anos de prática em APS para habilitação para a prova da especialidade. Diferente de uma residência, na qual a presença cotidiana do preceptor é fundamental para o residente habilitar-se nas competências concernentes à especialidade MFC; no curso de especialização, haverá apenas um tutor. A SBMFC, apesar de destacar a importância da residência e de marco regulatório para a formação de especialistas do país, manifestou-se em apoio ao PMB²².

Durante o curso de formação, o candidato receberá bolsa-formação e, após aprovação na especialização, seria contratado por regime CLT. Embora aventada na imprensa e aplaudida por entidades médicas como o Conselho Federal de Medicina (CFM)²³, a MP 890 não estabelece uma carreira para os médicos do PMB.

Uma importante medida para a fixação de profissionais em áreas remotas é a oferta de formação interiorizada como previa o PMM, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante para a implantação de escolas médicas, ponto ignorado pelo PMB. A omissão sobre a graduação parece deixar claro que a reorientação da formação médica não faz parte da agenda governamental.

Não por acaso, a MP 890 revogou os art. 6º e 7º da Lei nº 12.871/2013¹⁴ do PMM. Ao abrir mão da regulação da residência médica, evidencia que o governo não está disposto a exercer a prerrogativa constitucional da formação para o SUS. De fato, a formação proposta apresenta dois limites centrais: a baixa capacidade de formar médicos de família e comunidade, pois seu público deixa de ser o conjunto dos médicos formados no Brasil anualmente²⁴; e a queda da qualidade, na medida em que a residência médica, “padrão-ouro” da formação, supõe treinamento em serviço com supervisão/preceptoria constante.

Outra questão suscitada nas entrelinhas da MP reside na mudança de relação entre os entes federados. O desenho do SUS pressupõe responsabilidades próprias dos três entes federados, cabendo ao ente municipal a gestão, o planejamento e a provisão da atenção básica. A ADAPS cria a possibilidade de uma cunha de ingerência na gestão municipal, na contramão da construção política do SUS, intervenção essa advinda não apenas do nível federal, via ADAPS, mas também possivelmente do setor privado. Ademais, como o centro da MP é a categoria médica, poderia se afirmar que estamos diante de uma proposta de “re”criação do modelo de ambulatórios do antigo INAMPS, focado apenas na atenção médica individual. Fato esse reforçado pela ausência das dimensões comunitária e familiar no escopo dos atributos da APS.

O cenário político: disputas

No cenário político, a MP foi recebida com disputas e controvérsias. A partir de sua apresentação, deputados formularam mais de 300 propostas de emendas: a oposição com o intuito de ampliar o debate sobre o SUS, e a bancada governista com o objetivo de responder a interesses de segmentos da corporação médica. Uma emenda substitutiva focada em alterar a proposta de criação da Agência para uma modalidade de gestão pública e com controle social foi apresentada por partidos de esquerda, dialogando com a Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares, movimentos sociais em saúde e conselheiros e delegações da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), oportunizando o debate no momento da realização da CNS. As emendas de parlamentares progressistas focaram em conter o avanço da privatização, da precarização do trabalho da equipe, preservar o caráter público na formação incluindo graduação, especialização e residências com parcerias com universidades públicas. Seguindo os trâmites do Congresso, a MP foi analisada por uma comissão parlamentar, que em seu relatório final não incluiu as recomendações dos parlamentares aliados ao SUS. Em outubro de 2019, a MP ainda não havia sido votada no pleno do Congresso.

Considerações finais

A disputa pelos recursos públicos por empresas do setor privado (corporações financeiras que gerenciam planos de saúde, hospitais), sempre presente na história brasileira, torna-se mais acirrada em situações de desregulamentação, como na conjuntura atual. A criação de um SSA com prerrogativa de contratação de empresas privadas para a prestação transforma a APS em espaço mercantil, numa lógica próxima à da proposta de cobertura universal de saúde. O empresariamento é também facilitado pelo assento de entidades privadas no colegiado gestor da ADAPS, o que representa a inclusão de atores privados na tomada de decisão da política de APS. Abre-se caminho para a privatização da APS, que tem sido considerada a parte mais estatal da rede de serviços do SUS, com uma enorme vocação não mercantil²⁵.

Em síntese, a MP propõe ajustes duvidosos no provimento, uma agência privatizante e o abandono da agenda de regulação da formação de especialistas, de expansão da residência em medicina de família e comunidade e de reorientação da formação na graduação. Frente a essas e outras medidas²⁶ que ameaçam os princípios que estruturam o SUS constitucional – universalização, publicização, integralidade do cuidado e participação social – urge ampliar as bases de apoio na sociedade de modo que iniciativas que afetam esses princípios possam ser combatidas.

Colaboradores

Todos os autores participaram da concepção, análise e redação do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Lígia Giovanella (0000-0002-6522-545X); Aylene Bousquat (0000-0003-2701-1570); Patty Fidelis de Almeida (0000-0003-1676-3574); Eduardo Alves Melo (0000-0001-5881-4849); Maria Guadalupe Medina (0000-0001-7283-2947); Rosana Aquino (0000-0003-3906-5170); Maria Helena Magalhães de Mendonça (0000-0002-3917-9103).

1. Brasil. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil. Diário Oficial da União 2019; 1º ago.
2. Moreti B. Efeitos da EC95: uma perda bilionária para o SUS em 2019. Brasil Debate 2019; 24 set. <http://brasildebate.com.br/efeitos-da-ec-95-uma-perda-bilionaria-para-o-sus-em-2019/>.
3. Miranda A. Médicos pelo Brasil: simulacro reciclado e agenciamento empresarial. Notícias Abrasco 2019; 9 ago. https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/medicos-brasil__bolsonaro_alcides_miranda/42108/.
4. Teixeira M, Matta GC, Silva Jr. AG. Modelos de gestão na atenção primária à saúde: uma análise crítica sobre gestão do trabalho e produção em saúde. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 117-41.
5. Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. Revista de Administração de Empresas 2008; 48:64-80.
6. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public health care systems in low and middle-income countries: a systematic review. PLoS Med 2012; 9:e1001244.
7. Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. PLoS Med 2011; 8:e1000433.
8. Filippin J, Giovanella L, Konder M, Pollock AM. A "liberalização" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. Cad Saúde Pública 2016; 32:e00034716.
9. Odendaal WA, Ward K, Uneke J, Uro-Chukwu H, Chitama D, Balakrishna Y, et al. Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev 2018; (4):CD008133.
10. Ruschi A. Palavra do presidente: Alexandre Ruschi escreve sobre o novo programa do governo "Médicos pelo Brasil". <https://www.unimed.coop.br/web/cnu-central/publicacoes/palavra-do-presidente-alexandre-ruschi-escreve-sobre-o-novo-programa-do-governo-medicos-pelo-brasil-> (acessado em 27/Ago/2019).
11. Knox PL. Medical deprivation, area deprivation and public policy. Soc Sci Med Med Geogr 1979; 13:111-21.
12. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf (acessado em 20/Ago/2019).

13. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic imbalances in doctor supply and policy responses. *OECD Health Working Papers*, 69. <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en> (acessado em 23/Ago/2019).
14. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
15. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:2781-92.
16. Girardi SN, Van Straalen ACS, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:2675-84.
17. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da produção científica. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34581/OPASBRA17029-por.pdf?sequence=8&isAllo wed=y> (acessado em 05/Ago/2019).
18. Medina MG, Almeida PF, Lima JG, Moura D, Giovannella L. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde Debate* 2018; 42:346-60.
19. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:2719-27.
20. Fontes LFC, Conceição OC, Jacinto PA. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: evidence from Brazil's More Doctors Program. https://www.anpec.org.br/sul/2017/submissao/files_1/i8-167211638b279edc21d0d8c7347d5d21.pdf (acessado em 13/Ago/2019).
21. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto ICHC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ* 2017; 95:103-12.
22. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Análise da SBMFC em relação ao Programa Médicos pelo Brasil. <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/08/ana%CC%81lise-em-relac%CC%A7a%CC%83o-ao-Programa-Me%CC%81dicos-pelo-Brasil-proposto-pelo-Ministe%CC%81rio-da-Sau%CC%81de-MS-.pdf> (acessado em 27/Ago/2019).
23. Silva HB. Mais Médicos e Médicos pelo Brasil. http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28381:2019-08-09-19-00-50&catid=46:artigos&Itemid=18_ (acessado em 19/Ago/2019).
24. Scheffer M, coordenador. *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2018.
25. Viana ALd'A, Fausto MRC. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALd'A, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 150-68.
26. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019; 394:345-56.

Recebido em 15/Set/2019

Versão final reapresentada em 23/Set/2019

Aprovado em 24/Set/2019