

XVI SEMINÁRIO  
DE INTEGRAÇÃO

25 E 26  
OUTUBRO  
de 2017

DO GLOBAL AO LOCAL: O PODER DAS ESCALAS SOBRE O TERRITÓRIO



## A Questão do Trabalho no “Programa Mais Médico”: Precarização em Troca do Direito à Saúde?

Diogo de Souza Vargas<sup>1</sup>

Rodrigo da Costa Caetano<sup>2</sup>

Grupo de Trabalho: ST4. Trabalho e Emprego: desenvolvimento e crise

### Resumo

A supressão dos direitos trabalhistas percorre um histórico mundial com repercussões em nível nacional e que aqui será brevemente exposta, tendo sido, muitas das vezes, motivada por interesses político-partidários contrários ao bem comum da sociedade. Num cenário brasileiro contemporâneo desolador em relação à garantia dos direitos sociais, dentre estes os trabalhistas, conclui-se que nem mesmo uma categoria profissional de notável *status* político, econômico e social fica à parte deste processo globalizado de precarização do trabalho. O artigo trata de uma revisão bibliográfica a respeito do Programa Mais Médico como uma política social garantidora do direito universal à saúde básica dos cidadãos brasileiros. Entretanto, a análise também se dá sob a relação de trabalho do médico participante com a instituição contratante, esta sendo realizada direta ou indiretamente com o Governo Federal. O direito de acesso à saúde, constitucionalmente expresso em 1988, se constitui num dos principais resultados positivos do Programa em questão, mas que não cabe a mesma admiração quanto às relações contratuais precárias de trabalho para com os profissionais médicos envolvidos, o que parece ter ocorrido a garantia de um direito em detrimento de outro.

**Palavras-chave:** Política social. Programa Mais Médico. Precarização do trabalho.

<sup>1</sup> Mestrando em Políticas Sociais na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil; [diogosvargas@yahoo.com.br](mailto:diogosvargas@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Professor do Curso de Pós-Graduação em Políticas Sociais na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil; [profrodrigouenf@gmail.com](mailto:profrodrigouenf@gmail.com).

## Introdução

Compreender a lógica de mercado do mundo globalizado, pautado por ideais e práticas neoliberais, nos leva a crer que a saúde também se rendeu às pressões pela busca incessante do lucro e assume, a cada dia e infelizmente, a feição de um bem comercializável. Nessa direção, Souza (2011) destaca como consequência do movimento de acumulação do capital, conjugado às políticas de liberalização, privatização e desregulamentação dos direitos e das conquistas sociais, um processo de transformação societária que vem afetando o trabalho do mundo contemporâneo, abordado por Machado (1992) como “capitalização da saúde”.

Ao assumirem o trabalho humano a posição de processo produtivo e a atenção à saúde o caráter de investimento visando a melhoria do desempenho econômico da região, a saúde perde sua conotação social e afeta, dentre outros, o trabalho dos profissionais de saúde – tema central do estudo. Assim, a precarização<sup>3</sup> se encontra cada dia mais presente no vocabulário do trabalhador brasileiro, reverberado de forma generalizada com a nova questão social de Castel (1998).

O trabalho em questão aborda alguns dos conceitos utilizados na disciplina de “Políticas Sociais” do curso de Pós-Graduação em Políticas Sociais, do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense (CCH/UENF), numa lógica articulação com os enunciados do objeto de estudo proposto para o desenvolvimento do trabalho de Dissertação, em andamento, do autor. Explico melhor. O autor traz à tona alguns conceitos abordados em aula, entremeados ao longo do texto conforme a sua pertinência, na tentativa de contextualizá-los aos

---

<sup>3</sup> Para o Ministério da Saúde, trabalho precário é aquele em que não são garantidos os direitos sociais do trabalhador, assim como aquele no qual a forma de inserção se deu sem concurso público (MACHADO e KOSTER, 2011, p.200).

acontecimentos correntes na saúde pública brasileira, tendo como cerne o “Programa Mais Médicos” (PMM): política de governo que tem num dos seus objetivos imediatos o provimento de médicos e a fixação destes em regiões carentes de mão-de-obra. É neste contexto, e sob a perspectiva da análise do trabalho dos profissionais médicos que se pretende analisar a precarização das relações de trabalho a eles impostas.

Como percurso metodológico, além dos textos utilizados em aula, segue uma revisão de artigos científicos a respeito do PMM, especificamente dos que abordam a relação de trabalho dos profissionais médicos, sejam brasileiros ou de outras nacionalidades. Um apanhado sobre os direitos trabalhistas no atual contexto brasileiro auxilia a condução da temática, dando robustez ao fator crítico e analítico do estudo.

Com base nos achados, duas questões de pesquisa se fazem presentes e guiarão o conteúdo apresentado: (1) O PMM, dentro da política de provimento de profissionais para atuarem nas unidades de saúde pública, tem contribuído para a precarização do trabalho médico, na medida em que o contrato de trabalho desvirtua das normas constitucionais brasileiras vigentes?; e (2) o PMM atua de forma contraditória, ao garantir, por um lado, o acesso à saúde aos “excluídos”, fortalecendo nestes o sentimento de cidadania, e, por outro, vem a desconstruir os direitos trabalhistas dos profissionais atuantes, constatando assim um contrassenso entre perdas e ganhos de direitos sociais?

Como considerações finais, sabendo da complexidade do tema, da polissemia dos conceitos utilizados e da contraditoriedade dos estudos revisados, já se torna por deveras valiosa uma reflexão do leitor interessado nas políticas sociais de saúde e a sua relação com a lógica do trabalho, ressaltando a necessidade do acompanhamento do contexto político, econômico e social vigentes. O PMM, dentro de sua concepção principal – de dar acesso médico aos residentes em localidades com dificuldades de fixar esta mão de obra especializada – tem tido resultados positivos e promissores, apesar da precária relação de trabalho deste profissional, capazes de despertar críticas que precisam, urgentemente, ser sanadas.

## **1. Da questão social à precarização do trabalhador da saúde brasileiro**

A sociedade salarial foi tema de destaque na disciplina ofertada, tendo uma íntima relação contemporânea no cenário brasileiro. Desta forma, alguns pontos são trazidos à tona, de forma a correlacioná-los às condições dos trabalhadores da saúde do SUS, em especial o médico atuante nos serviços públicos da APS.

Robert Castel (1998) denominou de “nova questão social” o processo de metamorfose decorrente da crise salarial da sociedade francesa, após o processo de industrialização dos anos 1970. Apesar das mudanças no cenário do trabalho, o autor ratifica algumas perversidades em relação à destituição da classe operária: aumento do salário do não operário em detrimento de melhores condições ao operariado; formação da classe média e conseqüente perda de poder reivindicador da classe operária; desenvolvimento do setor terciário, aumento do setor público e dos trabalhadores de setores infraestruturais, o que, na prática, intensificou a pressão ao trabalho operariado, na medida em que apenas a este está diretamente vinculado a geração de lucros.

Logo, a rigidez e a intransponibilidade das classes sociais tornaram-se um empecilho para a obtenção do *status* de cidadania plena (MARSHALL, 1967), tendo, como resultado, a concessão de direitos sociais por meio de políticas focalizadas – algo mais próximo do conceito de cidadania invertida, na qual a justificativa para a obtenção do benefício decorre da demonstração da exclusão social.

Esta limitação das novas políticas sociais se justifica por interesses no campo político destoantes do fundamentalmente proposto, na medida em que os “dominantes” não se fartam em governar por causa própria, deixando à margem os “profanos” (BOURDIEU, 2011). Para Souki (2006), falta no Brasil a noção de interdependência na sociedade, presente na ideia sociológica de integração, na medida em que a elite política e econômica direciona seus anseios para a segurança do seu próprio *status* e para a manutenção de uma ordem social que a todo o momento o privilegie, não registrando nas suas práticas políticas o conceito de inclusão social.

Segundo Eduardo Fagani, em nota publicada em Carta Capital (online) em abril de 2017, os direitos trabalhistas brasileiros retrocederam ao início do século XX. O que foi registrado na Constituição de 1988 e conquistado aos poucos ao longo do processo de democratização do Brasil pela conquista da cidadania social vem se perdendo em grande velocidade a partir das políticas neoliberais pós “golpe parlamentar de 2016”, em velocidade nunca antes vista (FAGANI, 2017).

Alguns desses descaminhos: (1) a aprovação da terceirização irrestrita (Projeto de Lei nº 4.302/98), capaz de minar a estrutura dos empregos com carteira assinada, rebaixar salários, retirar direitos e ampliar a rotatividade nos postos de trabalho; (2) o Projeto de Lei nº 6.442/2016 que institui normas reguladoras do trabalho rural, implicando na precarização destas relações de trabalho; e (3) o Projeto de Lei nº 6.877/2016, que pretende, dentre outros, enfraquecer os sindicatos, tão salutar na conquista dos direitos de seus representados. Estas são algumas das “regressões” sofridas em menos de dois anos e que caminham a passos largos quanto à perda de direitos dos trabalhadores.

De fato, a reforma tem consequências irreparáveis e imensuráveis, o que não parece claro no entendimento da maioria dos legisladores do país<sup>4</sup>. Segundo Druck (2016), a precarização pela terceirização pode aumentar o risco de morte dos trabalhadores por, não somente ganharem menos e terem o acesso à saúde cerceado, mas também por trabalharem por mais tempo, com menor estabilidade, com menos direitos, e mais expostos a acidentes, por vezes fatais.

### **1.1 O trabalhador da saúde: o médico em destaque**

A Força de Trabalho em Saúde (FTS) está submetida às leis gerais do mercado capitalista - relação entre oferta e demanda. A partir do século XX, o capital passa a influenciar as relações de compra e venda desta força de trabalho, havendo um movimento de passagem do trabalho autônomo para o assalariado, seguido do aumento de escala da força de trabalho utilizada nos estabelecimentos de saúde.

Deixando de lado os pormenores da privatização dos serviços públicos brasileiros, o fato é que, a partir da década de 1960, o setor privado iniciou e direcionou seus investimentos na saúde, em especial na atenção hospitalar, mais rentável do que os serviços básicos/ambulatoriais. Foi a partir desta época em que ocorreu no país o assalariamento da FTS, a queda dos salários destes profissionais, a adoção de empregos em tempo parcial, bem como outras instabilidades empregatícias. Enfim, uma cascata de eventos que estimulou, junto a outros fatores, o multiemprego da categoria médica.

---

<sup>4</sup> O PL nº6.787/16 foi aprovado pela Câmara dos Deputados na madrugada de 26 de abril de 2017, seguindo para o Senado, e também aprovado. Atualmente se encontra em vigor, por já ter sido sancionado pelo Presidente da República em exercício.

Nos anos de 1990, no cenário da crise econômica brasileira, mudanças no mercado de trabalho em saúde foram marcantes, que, juntamente com a descentralização da saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – num processo de municipalização dos serviços básicos de saúde -, decorreu no enfraquecimento, ou melhor, na precarização dos contratos de trabalho, com o incentivo de vínculos informais, na terceirização e no estabelecimento de contratos trabalhistas individuais. Como produto da crise do Estado, a municipalização da saúde via SUS decorreu em:

[...] baixa valorização do servidor público, observado na escassez de concursos públicos, ausência de avaliações de desempenho eficientes, falta de investimento em qualificação profissional, baixos salários e/ou remunerações com diferenças brutais entre mesmas categorias e funções, ausência de carreira, contratos temporários, ausência de direitos sociais e outros [...]. (MACHADO e KOSTER, 2011, p.198).

Quanto aos efeitos da municipalização dos serviços básicos em saúde, criou-se em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF), resultando na expansão dos empregos locais/municipais, dando destaque ao médico generalista. Entretanto, a flexibilização dos contratos de trabalho, a contratação temporária e por prestação de serviços, as precárias condições de trabalho, a baixa remuneração e a instabilidade do emprego, justificado pelos gestores locais pela incapacidade do município em assumir tais compromissos financeiros e gerenciais, veio a comprometer ainda mais todo o sistema universal de saúde (FILHO e PIERANTONI, 2013).

Em 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, teve destaque o trabalho na saúde, demonstrando o estabelecimento de relações precárias do servidor público. Como resultado, algumas necessidades tiveram destaque nos debates: (1) constituição de comissões paritárias entre governo e trabalhadores para a elaboração, implantação e reestruturação do Plano de Cargos Carreira e Salários (PCCS) para o SUS; (2) implementação de uma política de desprecarização do trabalho no âmbito do SUS (que futuramente veio a denominar DesprecarizaSUS), de forma a valorizar o funcionário concursado e visando o fim da terceirização, dos contratos temporários e da contratação por meio de cargos em comissão; (3) garantia dos direitos trabalhistas e legalização da situação de trabalhadores da saúde que não possuam vínculo empregatício e tampouco garantias da seguridade social; e (4) priorização da ocupação dos cargos de chefia de unidades e serviços de saúde ou de direção de estruturas de gestão por profissionais de carreira e compromissados com o SUS (BRASIL, 2003).

Como se observa na prática, decorrida mais de uma década do referido evento, é de se espantar o ainda presente discurso sobre a necessidade de melhorias das condições trabalhistas dos responsáveis pela saúde pública brasileira, e que nem sequer ganhou terreno na prática após ter tido voz nos eventos nacionais da mais alta magnitude, e que ainda sofre na incipiência das ações combativas ao desapreço dos direitos trabalhistas a este público.

Numa visão internacional, Dal Poz (2013) relata que o estresse e a insegurança vêm aumentando entre os profissionais de saúde, resultando numa crise da força do trabalho, e que, no sentido de buscar melhores condições de trabalho incentiva a migração internacional, sobretudo de médicos, em busca de mercados mais dinâmicos e mais desenvolvidos, deixando assim regiões rurais e subdesenvolvidas desassistidas desta mão-de-obra. Chiavegato Filho (2017) revelou a degradação da atividade de trabalho do médico, motivado pela ausência de um coletivo de trabalho e pelo empobrecimento da identidade profissional, condições derivadas das mudanças ocorridas no universo do trabalho na contemporaneidade.

Como causa da crise nacional da FTS temos, por um ponto, este específico da saúde: (1) os novos modelos de atenção, influenciado pela introdução de novas tecnologias (que exige uma força de trabalho mais qualificada); (2) a mudança do perfil epidemiológico (com o aparecimento de surtos epidêmicos, doenças infecciosas e virais); (3) o envelhecimento populacional (com o aumento de doenças crônicas e degenerativas nos países de maior desenvolvimento); e (4) as novas expectativas dos consumidores dos serviços de saúde, impactando todas diretamente na necessidade de capacitação de pessoal para novas demandas. Por outro ângulo, agora de abrangência geral, corroboram para a crise os programas de ajustes financeiros firmados desde décadas passadas, apoiados pelo FMI e Banco Mundial, resultando na redução dos gastos nas políticas sociais.

Portanto, o Estado foge de suas obrigações legais ao se render aos interesses neoliberais, atuando contrariamente no sentido de promover o bem-estar social de sua população.

A desregulamentação do trabalho na saúde, por exemplo, expressa nos processos de flexibilização<sup>5</sup> e precarização das relações de trabalho, teve num

---

<sup>5</sup> Compreendida na multiplicidade de formas e mecanismos de terceirização dos serviços por meio de empresas privadas ou cooperativas, em que o gestor público é cada vez menos um empregador direto, ou na contratação direta, por meio de contratos de prestação de serviços por prazo

recente percurso histórico os seguintes acontecimentos: (1) a Lei das Cooperativas (Lei nº 8949/94) - estabelece a criação de cooperativas de serviços médicos e de contratos destas com o gestor público, transformando os trabalhadores em prestadores de serviços; (2) a Lei do Contrato Temporário (Lei nº9601/98) - flexibiliza a relação trabalhista, por contratação por tempo determinado; e (3) a Emenda Constitucional nº19 (de 04 de junho de 1998) - adota regimes jurídicos diferenciados, resultando na prática na flexibilização das formas de licitação e de contratos, reduzindo os custos com a força de trabalho e retirando direito dos trabalhadores (SOUZA, 2011) a partir da terceirização dos serviços.

Ainda segundo Souza (2011), a precariedade do trabalho em saúde se pauta em dois níveis: (1) na presença de vínculos precários de trabalho, e (2) na ausência de condições objetivas e subjetivas de trabalho, estes interpretados respectivamente por dificuldades materiais (infraestrutura, equipamentos, medicamentos e insumos) e pela desvalorização do trabalho humano, do saber técnico e de sua interação com o usuário do sistema de saúde (SOUZA, 2011). No texto, uma atenção especial será dada a presença de vínculos precários de trabalho, sabendo que os mesmos possibilitam menor segurança no emprego, piores perspectivas de carreira, e acesso limitado à educação, além de salários menos atrativos (SANTINI *et al.*, 2017).

No caso específico do trabalho médico, Filho e Pierantoni (2013) ressaltam duas importantes forças do capitalismo na saúde: (1) o sistema de ensino, garantidor da estrutura e do volume da oferta; e (2) o modelo de atenção à saúde, responsável pela estrutura e pelo volume da demanda. Enquanto o primeiro se torna fonte de lucro, frente ao crescimento expansivo das instituições privadas de ensino, direcionando o ensino das especialidades e ao uso de tecnologia de ponta, mais lucrativo ao setor; o segundo demanda por profissionais com formação generalista e que deveriam atuar nos mais carentes e longínquos pontos do Brasil. Objetivos opostos na busca de um sistema de saúde resolutivo, universal e integral.

A profissão médica, de notável prestígio econômico, político e social, resultante de mobilizações corporativistas históricas no Brasil e no Mundo, são capazes de se destacarem das outras profissões em saúde, apesar de terem sofrido duras transformações dentro do cenário capitalista (FILHO, 2017). A modernização tecnológica; a fragmentação da atenção em saúde, impulsionando as

---

determinado, estágios, cargos comissionados, etc. propiciando a precarização dos vínculos e das relações de trabalho (SANTINI *et al.* 2017).



superespecialidades; e a industrialização do setor de bens e de serviços em saúde retomam ao conceito de “proletarização”, muitas das vezes ficando o profissional, que deveria ser autônomo na sua prática clínica, refém de empresas privadas de planos de saúde, que visam apenas metas e lucros.

Assim, a tendência a prolongar a jornada de trabalho pode ser vista como mecanismo compensatório ao processo de "proletarização" do médico e de outros profissionais, dando-se através de uma estratégia de subsistência, em que cada um procura acumular e somar o rendimento de diversos postos, com carga de trabalho, extremamente, variável. (NOGUEIRA, 1987, p.339).

Desta forma, o assalariamento deste profissional tem sido muito estudado, seja daquele que presta serviços a clínicas particulares ou mesmo do profissional autônomo, ou seja, como próprio dono de seu consultório. Mas o que aqui chama a atenção são os profissionais médicos que prestam serviços a instituições públicas, denominados por Bertero (2002) de “assalariado não proletariado”, mesmo sabendo que estes deveriam estar amparados segundo legislações trabalhistas, servindo assim de exemplo às instituições privadas, mas que na prática não ocorre rotineiramente.

Portanto, cabem considerações a respeito de como tem se contratado este profissional, quais suas condições de trabalho e quais os desafios propostos do Governo Federal para reverter a carência destes profissionais atuantes nas unidades básicas de saúde, principalmente em regiões de grande vulnerabilidade social, econômica e sanitária, seja em regiões periféricas de municípios de médio, pequeno e grande portes populacionais. São os “vazios assistenciais” descritos por Carvalho e Souza (2013).

Segundo Silva (2011), a extensa carga horária semanal de trabalho médico na ESF, bem como de toda a equipe, prejudica a correta dedicação e fixação deste profissional no setor, tendo em vista o desgaste ocasionado no exercício profissional perante os salários ofertados. Como alternativa, de forma a tornar a carreira mais atrativa destaca: adequação da carga horária de trabalho – disponibilizando tempo para capacitação profissional e até mesmo tempo para se dedicar a outro vínculo empregatício; redução da população adscrita por equipe; melhoria salarial; melhoria em infraestrutura das unidades de atendimento; e respeito às adversidades de cada fase do ciclo de vida do profissional - gestante, profissional com filhos pequenos e profissional em idade senil. Aqui, observa-se a normalidade do multiemprego da

categoria<sup>6</sup>, fato que deve ser realmente pensado pelos formuladores das políticas de saúde, uma vez que tal prática é expressamente corriqueira aos profissionais da saúde, em especial o médico.

Todas as medidas descritas anteriormente, junto a outras de abrangência pontual, decorrem, se não colocadas em prática, na insatisfação profissional, podendo gerar deficiência nos serviços prestados e, por vezes, acentuar a rotatividade do médico nas unidades públicas de saúde.

No que tange à precarização dos direitos trabalhistas dos médicos atuantes nas ESF, Ney e Rodrigues (2012) apontam como origem a política de contenção dos gastos públicos, na qual resultou na Lei de Responsabilidade Fiscal (2000), associado à expansão da estratégia no país e a consequente responsabilização dos municípios na execução e gestão destes recursos humanos.

Para Campos (2005), a procura pela capacitação, a distância das unidades e a disponibilidade de materiais para a realização de um trabalho adequado foram os principais fatores de insatisfação do trabalho e que apresentaram maior correlação negativa com a rotatividade de médicos da ESF no município de São Paulo. O salário foi um fator importante para atrair este profissional, mas incapaz de fixá-lo na unidade de saúde. Corroboram para tal o estudo de Ney e Rodrigues (2012), ao ressaltar que a precarização do trabalho não se firma apenas na questão salarial ou no tipo de vínculo empregatício, mas na falta de condições de trabalho: em problemas físicos na unidade, na falta de conforto para trabalhar, na ausência de equipamentos, materiais e insumos, e no excesso de população adscrita.

Outra questão relatada como prejudicial na composição do médico na equipe da ESF é a falta de regulação estatal sobre a profissão, prática já empregada em países modelos de saúde universal, mas ainda restrita aos discursos no Brasil. A regulação do mercado médico através do controle da formação se pauta na consideração de que o mercado de atenção à saúde não é um mercado livre. No Brasil, no entanto, existem leis a respeito, mas não há políticas efetivas voltadas para o controle do estoque das especialidades ou para a equitativa distribuição geográfica dos cursos de graduação, o que vem a incentivar o deslocamento desenfreado de profissionais em busca de melhores remunerações (NEY e RODRIGUES, 2012) e desassistindo os lugares prioritários.

---

<sup>6</sup> 41,7% dos médicos brasileiros tem três ou mais empregos, realizando longas jornadas de trabalho semanais e com rendimentos elevados comparados a outras profissões (SCHEFFER, 2015).

Para o trabalho em voga, por se tratar do trabalho do médico na Atenção Básica, a análise se pautará na precarização/flexibilização dos vínculos do trabalho do médico atuante no PMM, cabendo agora apresentar a metodologia utilizada na busca e na seleção do material para revisão.

## **2. Percurso metodológico e apresentação da revisão**

A busca dos artigos sobre o trabalho dos médicos participantes do Programa Mais Médico (PMM) inicia com o acesso à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), obtido pelo endereço eletrônico: <http://bvsalud.org>. Responsável por conter bases de dados bibliográficos produzidas pela própria Rede BVS, bem como de outras bases - LILACS<sup>7</sup> e MEDLINE<sup>8</sup> e outros tipos de informação, tais como recursos educacionais abertos, sites de internet e eventos científicos, encontram-se nesta plataforma estudos de diversas nacionalidades, com acesso facilitado e gratuito.

Logo, a busca decorreu do termo de pesquisa “MAIS MÉDICOS”, realizado em 05 de maio de 2017, tendo como resultado preliminar 227 publicações. Como critério de inclusão, considerou artigos científicos disponíveis via on-line por completo e que tratavam das relações de trabalho dos médicos participantes do programa. Os critérios de exclusão foram: (1) artigos incompletos; (2) artigos que, apesar de serem captados pela busca, não tratavam do PMM; (3) textos referentes a debates, opiniões e entrevistas; (4) trabalhos de conclusão de curso: monografias, dissertações e teses; e por fim, (5) artigos científicos apresentados de forma repetida (eliminando neste caso apenas a sua réplica). Após este refinamento inicial, o número se reduziu a 68 publicações.

O primeiro artigo encontrado sobre o PMM, datado de setembro de 2013, trata de um estudo jurídico sobre a legitimidade do programa, esboçando preocupação científica quanto à tônica. Di Jorge (2013) relatou que o programa “[...] viola regras básicas constitucionais e impede a correta prestação de serviços públicos de saúde. Atinge-se uma bandeira por vias transversas [...]” (p.24). O autor justifica a ineficiência da iniciativa na falta de infraestrutura dos serviços públicos de saúde, não podendo a falta do profissional ser encarado como o único entrave da saúde pública. De fato,

---

<sup>7</sup> Segundo o site <http://lilacs.bvsalud.org/>, LILACS é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe.

<sup>8</sup> MEDLINE® sigla em inglês para Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica. É a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América.

esta polêmica sobre a legitimidade ainda circula os presentes estudos e coexiste nos espaços de discussão sobre política pública, apesar dos já quatro anos de existência do programa.

Em relação ao conteúdo principal das publicações, realizado a partir da leitura inicial do “resumo”, os 68 textos foram separados em diversas matizes, segundo seus principais objetivos: legitimidade, mídia, abertura de cursos de medicina, formação médica, provimento médico, e infraestrutura das Unidades de Saúde. Categorizando os artigos segundo o assunto abordado, no geral, trata-se dos seguintes segmentos e suas respectivas quantidades: “Legitimidade” (08 artigos), “Mídia” (09), “Abertura de Cursos” de Medicina (04), “Formação Médica” (12), “Provimento médico” (46), e “Infraestrutura” das Unidades de Saúde e suas interferências no processo de trabalho (06). Não é raro um estudo tratar de mais de uma temática, fato demonstrado pela simples soma dos achados (85), o que remete a uma sobreposição dos assuntos e a uma análise conjuntural do Programa em alguns trabalhos.

Uma recorrente associação de estudos quanto aos eixos “Infraestrutura” e “Provimento médico”, fortalece a relação direta entre condições impróprias de trabalho, no que tange a organização dos serviços e a precária infraestrutura dos locais de trabalho, com a deficiência numérica deste profissional nas localidades distantes dos grandes centros urbanos. Ressalta também nos achados a abordagem sobre o provimento de médicos, tendo sido amplamente explorados a questão da nacionalidade e da capacitação dos mesmos, além da relação de contrato de trabalho destes, sobretudo do médico cubano integrante do PMM.

Acompanhando o objetivo do trabalho, a análise decorrerá nas publicações que mantenham uma íntima relação entre o PMM e a relação de trabalho do profissional médico, na tentativa de colher dados importantes em relação à precarização da condição de trabalho deste profissional, tendo como refinamento final o total de 10 artigos a serem utilizados, na tentativa de dialogar a respeito da relação de trabalho do médico participante do PMM.

### **3. Programa Mais Médicos: um avanço no direito à saúde e/ou um retrocesso na Força de Trabalho em Saúde**

Segundo o Ministério da Saúde (MS): “Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos

profissionais e demais trabalhadores<sup>9</sup> para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe” (BRASIL, 2008, p.8). Tal despreparo pode ser furto de uma formação acadêmica incapaz de permitir a construção do vínculo profissional-usuário, sobretudo na valorização das questões sociais envolvidas. Entender de “gente”, no sentido do ser humanista, necessita, portanto, de uma base educacional sólida em Antropologia (EKSTERMAN, 2003), em filosofia, história, e em ciências sociais em geral, além da medicina técnica (NETO, 2014).

Outro entrave do sistema nacional público de saúde é a carência de mão de obra capacitada – em especial do médico atuante nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) distantes dos grandes centros urbanos e de regiões de maior vulnerabilidade<sup>10</sup> socioeconômica. Talvez seja o que mais tenha ganhado vulto face à elaboração de políticas públicas brasileiras em saúde nos últimos anos. Alguns estudos (MACHADO, 1997; NERI, 2008; MOTA e RIBEIRO, 2017) demonstram que a carência de médicos pode estar associada ao prestígio social da categoria e a consequente preferência em atuar nas regiões urbanas, de maior desenvolvimento econômico e capaz de gerar maiores dividendos a este profissional.

A implantação, nas últimas quatro décadas<sup>11</sup>, de políticas públicas a respeito da interiorização do profissional médico no Brasil demonstra os incessantes, porém, às vezes desastrosos esforços governamentais a respeito. Neste caminho, diferentes relações de contrato, formas de recrutamento e de pagamento a este profissional levantam dúvidas quanto à legalidade dos fatos frente aos princípios constitucionais necessários para tal. Chegou ao ponto, em 2011, do MS instaurar políticas de redução de carga horária específica ao profissional médico atuante na ESF, o que demonstra a fraca regulação estatal brasileira no que tange à condução desta profissão, afetando toda a integração das equipes de saúde da família e contradizendo ao papel fundamental da mesma (RODRIGUES et al., 2013), na medida em que “prioridades” são impostas a apenas uma categoria profissional.

---

<sup>9</sup> Entende-se por trabalhadores da saúde pessoas que exerçam funções, das mais variadas possíveis, e em que não se exige competência técnica para tal. Já por profissionais de saúde, trata-se de categorias reconhecidas e que necessitam de qualificação específica para atuarem na saúde, podendo ser de qualificação técnica ou de nível superior.

<sup>10</sup> A vulnerabilidade, vista sob diversas lentes, possibilita repensar práticas que contribuam na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, que promovam impacto nos perfis epidemiológicos (MUÑOZ; BERTOLOZZI, 2007).

<sup>11</sup> Muitas outras ações a respeito da fixação do médico na saúde pública e na interiorização deste profissional no território nacional em Maciel e Branco (2008).

Portanto, a ausência do profissional médico, seja por falta de identidade em decorrência de uma formação deficitária, seja por carência numérica frente aos postos de trabalho nas instituições públicas de saúde geograficamente desprestigiadas, despertou críticas por parte dos estudiosos sobre o assunto (CAMPOS, 2015), dos gestores municipais (FNP, 2013) e, principalmente pela população (MELO; BAIÃO; COSTA, 2016), estando, na maioria das vezes, atrelada à baixa qualidade da saúde pública nacional. Tal fato histórico exigiu, por parte do Governo Federal (GF), a elaboração de diversas políticas governamentais, tendo na atualidade o “Programa Mais Médicos” (PMM) (BRASIL, 2013) sua principal força de combate. E é neste cenário, de exclusão do acesso universal aos serviços básicos de saúde, que levou o GF a implantar tais medidas específicas, buscando garantir os direitos sociais aos “excluídos”, de forma a persistir na construção da cidadania plena (SCHNEIDER e OLIVEIRA, 2015).

Cercado de questionamentos, o PMM vem ao longo dos seus quatro anos de existência se consolidando como importante Política Social, responsável por (1) prover médico em áreas até então desprovidas desta mão-de-obra, (2) realizar melhorias na infraestrutura dos locais de trabalho, (3) ampliar o acesso de estudantes nas faculdades de medicina e, por fim, mas não menos importante, (4) reestruturar as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em medicina (BRASIL, 2013). Desta forma, observa-se a presença de medidas intersetoriais do programa em destaque, na medida em que o mesmo aglutina saúde, educação, e reformas estruturais físicas num mesmo processo político, o que vem a permitir a separação didática dos artigos apresentados na seção anterior.

Em relação à dialética da política intersetorial do PMM, Potyara (2014) acredita ser um caminho promissor para toda e qualquer política social: o combate a segmentação da ciência moderna e o favorecimento da comunicação e das ações de maneira horizontalizada - sem a hierarquia do saber - ampliando, contudo, a democracia e a cidadania, como objetivo central. A esta desburocratização do saber técnico vem a romper com a lógica positivista de modelos pragmáticos de política pública: focalizadas, localizadas e “presenteístas”.

Dentro de seu histórico, apesar de não muito longínquo, grande foi a resistência do Programa em relação a ponderações de cunho político-partidárias, a maioria de caráter conservador e corporativista, que insistem em ignorar o propósito do médico nos diferentes territórios e que resulte no universal acesso a este

profissional. Segundo Schneider e Oliveira (2015), o PMM necessita de um tempo maior de vida para que seja avaliado a sua real intenção, podendo variar de uma norma de política panfletária, na medida em que foi imposto num período de turbulência política e próximo ao período eleitoral, a um meio de efetivação do direito social à saúde.

O principal objetivo do PMM aqui exposto, o que trata do provimento emergencial de médicos, denominado “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB), carece de maior atenção na medida em que despertou/desperta intensos debates a respeito da legalidade desta iniciativa e da condução das relações de trabalho dos médicos participantes. Para Silva Jr. e Andrade (2016) uma limitação da contratação de médicos estrangeiros, juntamente a um reforço e qualificação na adesão dos médicos brasileiros são necessários, além de maiores acompanhamentos quanto à efetividade e à durabilidade desta política.

Para dimensionar o referido eixo, alguns números. Atualmente mais de 18 mil médicos estão aderidos ao Programa, espalhados pelos diversos cantos do Brasil, inclusive em todos os 34 Distritos Indígenas (BRASIL, 2017). Segundo Miranda et al. (2017), além da expansão das equipes de saúde da família, o PMMB também proporcionou redução na rotatividade deste profissional, melhorando o acesso aos serviços e o desempenho da APS. Dados recentes da equipe da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) revelam que as duas nacionalidades mais registradas entre os participantes são a cubana (11.621 participantes, 63% do total) e a brasileira (5.262 participantes, 32,8% do total), sendo apenas 4% dos participantes (1.543 médicos) oriundos de outras 54 nações nacionalidades, com destaque para os países da América do Sul (BRASIL, 2017).

Viana (2015) apresenta questionamentos pertinentes a respeito da legalidade da contratação dos “cooperados” do PMM. Em sua conclusão, relata haver ilegalidade neste ato, sob algumas alegações. Tratando dos médicos do programa, de maneira geral, são considerados ilegais segundo a autora: (1) a precarização dos contratos de trabalho, a partir da não existência de concurso público para preenchimento dos postos de trabalho; e (2) o não acesso aos direitos trabalhistas – férias remunerada, 13º salário, direito a licença por motivos de saúde ou gravidez -, na medida em que a relação de trabalho é velada por tratar de um intercâmbio com o objetivo de aperfeiçoamento profissional, resultando apenas na concessão de auxílio à bolsa formação. Quanto aos médicos cubanos, tem-se ainda: (1) a falta de isonomia salarial

em relação aos médicos das demais nacionalidades, ferindo assim o princípio constitucional da isonomia salarial; e (2) o agravamento da terceirização de atividades-fim, pois suas relações de trabalho são realizadas por intermédio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), e não diretamente como os demais profissionais.

Lopes e Souza (2016) também relataram estas preocupações em relação ao contrato de trabalho dos médicos cubanos, agravado pelo desconhecimento por completo do contrato de trabalho, sendo o mesmo conhecido na íntegra apenas no ato da assinatura, esta realizada já em solo brasileiro, e que expressa confidencialidade em seu conteúdo, inclusive com cláusulas abusivas, como proibição de namorar ou casar com pessoas não cubanas. Para estes, a relação de trabalho inferida pelo PMM se dá de forma ilícita e incorreta (LOPES e SOUZA, 2016).

Reforçando esta tese, o estudo de Bianchini (2015) constata que a “execução no Brasil do contrato que firmaram junto ao Governo de Cuba apresenta afronta às normas materiais e formais insculpidas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988” (p.519), o que Lacerda (2016) conclui tratar de uma violação dos direitos essenciais dos seres humanos realizada pelo próprio Estado, este que deveria ser o seu maior protetor.

Em contrapartida, Moreno e Vedovato (2015) justificam a contratação dos estrangeiros como uma prática em todo o mundo, até mesmo já existente em outras épocas no Brasil: a contribuição de médicos cubanos no caso do acidente radioativo de Césio-137 em Goiás, em 1987, e, em Niterói, para auxiliar em surtos de dengue e meningite, nos anos 90. Mas é salutar lembrar que o PMM é uma modalidade diferente de cooperação médica cubana, por vincular trabalho e educação a partir da aprendizagem dos serviços de saúde brasileiros pelos participantes internacionais (GONZÁLES, MORALES e RAMOS, 2015). Fica aqui registrado que: atribuir valores de formação profissional aos médicos participantes do programa soa mais como uma maneira encontrada de legitimar a política de contratação, distanciando das responsabilidades trabalhistas e assim possibilitando o recrutamento do profissional estrangeiro sem o devido concurso público.

Analisando duas Ações Diretas de Inconstitucionalidades (ADINs 5035-DF e 5037-DF) sobre a inconstitucionalidade do PMM, Cerqueira e Alves (2016) encontraram legitimidade no programa, na medida em que:



[...] não se confunde com a abertura de mercado de trabalho, institui regime específico de atuação profissional, com garantias essenciais dos indivíduos, atenta para as diretrizes de cooperação internacional [...] e demonstra eficácia social com a concreta ampliação de acesso da população na cobertura assistencial até que medidas conjunturais e estruturantes da formação médica no Brasil sejam implementadas [...]. (CERQUEIRA e ALVES, 2016, p.91).

O que se observa é que, ao analisar o teor jurídico acerca do objetivo principal do programa, sendo uma prática mundial constante o recrutamento de estrangeiros a atuarem frente a uma necessidade urgente e de expressiva eficácia social, sobretudo de atuação limitada e de temporalidade transitória, como o propositalmente proposto, fica constatada a legitimidade do Programa. Entretanto, o quesito urgência é questionado a todo o momento, por ser a deficiência do médico nas unidades de saúde um problema de longa data e por muito já questionado e enfrentado pelo governo.

Em outro ponto, a legitimidade fica ainda mais ameaçada ao analisar situações específicas quanto à diferença de rendimentos dos profissionais que executam o mesmo serviço e possuem a mesma qualificação técnica; quanto à terceirização do vínculo; e quanto à utilização questionada da nomenclatura “ensino-serviço”.

Quanto aos resultados preliminares do programa, Miranda et al. (2017) afirmam haver uma redução na rotatividade que, por consequência, fixa os profissionais em seus postos de trabalho, o que pode ter sido estimulado pelo fornecimento do médico pelo MS, desonerando, assim, os municípios quanto ao pagamento desta mão de obra. Tal fator contribui para o fortalecimento do acesso universal aos serviços básicos de saúde, estando o médico presente em quase a totalidade dos municípios com esta carência registrada e que aderiram à política de governo.

Girardi et al. (2016) concluíram, por meio de um estudo exploratório realizado por questionários autoaplicáveis a uma amostra de médicos inseridos no programa, não haver o completo aproveitamento das suas competências, tendo o seu escopo de prática prejudicado pela falta de materiais e pela carente infraestrutura das unidades de saúde para o desenvolvimento ideal de suas ações. Tal fato aflora outra discussão, que será tratada em momento oportuno: se o fortalecimento da saúde pública no Brasil pode estar somente associada à falta de médicos nas unidades de saúde e/ou a outros fatores, dentre estes a precária infraestrutura das unidades de saúde.

Por fim, sabendo do objetivo do PMM em garantir a efetividade jurídica do direito à saúde aos cidadãos, Silva e Santos (2015) demonstraram que tal política obedece aos preceitos constitucionais e apresenta-se como instrumento indispensável de eficácia social ao direito à saúde para as regiões prioritárias e atendidas, mas que carecem de medidas garantidoras de uma maior integralidade na assistência, sugerindo a implantação de um plano de carreira e salário para os médicos e para todos os trabalhadores do SUS, e também sobre a necessidade da realização de discussões não unicamente sobre a categoria médica, mas sim a respeito de mais saúde para todos e que envolva todos os profissionais que vem a compor a Força de Trabalho em Saúde.

## **Considerações finais**

Compreender que a Força de Trabalho em Saúde (FTS), assim como qualquer outra, está submetida às leis gerais do mercado capitalista, ajuda a elucidar a atual crise do trabalho neste setor, ocorrendo até mesmo na categoria de elevado *status* político, econômico e social. O debate apresentado se torna oportuno, em especial quanto ao atual período político vivido, em que se descontam nos trabalhadores as históricas improbidades dos gestores públicos brasileiros.

A saída para a crise econômica, segundo os irresponsáveis, parece se pautar também na reforma trabalhista em que, em contraponto e na visão dos trabalhadores, só se visualiza a perda de direitos sociais e a regressão nos princípios da cidadania. Tomando como ponto a gestão do trabalho um importante eixo de estrutura organizacional dos serviços de saúde, pode-se ter dimensão do quanto esta temática é relevante para a sobrevivência do SUS.

O médico brasileiro, que antes não enfrentava dificuldades para assumir os postos de trabalho distantes dos grandes centros urbanos, deixando tais locais desprovidos desta mão de obra, vem, com a implantação do PMM, a ocupar juntamente com os profissionais estrangeiros tais unidades, até então tidas como “vulneráveis” desta mão de obra. Olhando por este ponto, torna-se claro e sensato avaliar como positiva a inserção destes milhares de profissionais, prestando assistência à saúde dos cidadãos anteriormente “excluídos” deste serviço e que deveria ser universal desde a sua promulgação, em 1990.

Entretanto, alguns contrapontos merecem ser refletidos e trabalhados a fim de serem sanados, na medida em que as regras atuais de provimento precarizam o trabalho médico e comprometem todo o sistema de proteção social deste trabalhador em específico. A falta de isonomia salarial entre os médicos participantes, a instabilidade e a flexibilidade do contrato de trabalho (muito mal disfarçado como formação profissional, impedindo sobretudo a concessão dos direitos trabalhistas aos participantes) e o estabelecimento de cláusulas contratuais rígidas e impostas de maneira verticalizada se juntam à falta de infraestrutura nas unidades de saúde e sinalizam preocupação quanto à longevidade e a efetividade desta recente política.

Tal cenário, infelizmente, e ao que tudo indica, caminha para uma “legitimação” das regras contratuais do PMM. Não pela regularização de cláusulas contratuais segundo a constituição vigente, mas pelas reformas trabalhistas pretendidas pelo atual governo que vão ao encontro do já encontrado nos contratos de trabalho dos participantes, tornando-as assim legítimas as regras do PMM, mesmo que tenham os direitos sociais dos trabalhadores cerceados.

## Referências

BERTERO, J.F. Os novos proletários do mundo da virada do século. Textos, nº1, Londrina: UEL, Departamento de Ciências Sociais, 2002. 27p. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/viewFile/9128/7702>>. Acesso em: 21 Mai. 2017.

BIANCHINI, M.P.A. O Programa Mais Médicos e os médicos cubanos: uma análise sobre o prisma dos tratados de direitos humanos e dos direitos fundamentais da Constituição da República de 1988 . In: ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI – UFS: DIREITO INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS, 24., 2015, Aracaju/SE.

BOURDIEU, Pierre. O campo político. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Dossiê “Dominação e contra-poder”, n. 5, p.193-216, jan/jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-33522011000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522011000100008)>. Acesso em: 20 Jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ GTES. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferências Sérgio Arouca. Brasília: 07 a 11 de Dezembro de 2003. Série D. Reuniões e Conferências, 2004. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/rel%20final%2012a%20CNS.pdf>>. Acesso em: 20 Mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Gestão do Trabalho em Saúde. Painel de Indicadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, v.6, n.9, 2014. 48p.

CAMPOS, C.V.A. **Por que o médico não fica?** Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do município de São Paulo. 2005. 202 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/2438>>. Acesso em: 15 Jun. 2017

CASTEL, R. A nova questão social. In: \_\_\_\_\_.(1998) **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1998, cap.8, p.495-591.

CERQUEIRA, J.P.; ALVES, S.M.C. A constitucionalidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 2, p.91-107, 2016. Disponível em: <<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/249>>. Acesso em: 30 Mai. 2017.

CHIAVEGATO FILHO, L. G. A prática médica no Sistema Único de Saúde: quando uma atividade de trabalho pede socorro. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 34, n. 1, p. 63-73, 2017. Acesso em: 20 Jun. 2017.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p.1924-1926, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a02v29n10.pdf>>. Acesso em: 20 Jun. 2017.

DI JORGE, F. M. Estudo jurídico do Programa Mais Médicos. **Acta JUS: Periódico de Direito (Online)**, v. 1, n. 1, p. 24-34, set./nov. 2013. ISSN: 2318-3470. Disponível em: <<http://www.mastereditora.com.br/actajus>>. Acesso em: 01 Jun. 2017.

DRUCK, G. A terceirização sem limites: mais precarização e riscos de morte aos trabalhadores. **Caderno de Saúde Pública [online]**, v. 32, n. 6, p. 1-9, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00146315>. Acesso em: 20 Mai. 2017.

FAGANI, E. Direitos roubados: o fim do breve ciclo de cidadania social no Brasil. **Carta Capital Política (online)**. Publicado em 18 Abr. 2017. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/politica/direitos-roubados-o-fim-do-breve-ciclo-de-cidadania-social-no-brasil>>. Acesso em: 23 Abr. 2017.

GIRARDI, S.N. *et al.* Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Revista Ciência e Saúde Coletiva (online)**, v. 21, n. 9, p. 2739-2748, 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902739&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902739&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 23 Jun. 2017.

LACERDA, A. Programa Mais Médicos: Um estudo à luz do Sistema de Proteção dos Direitos Humanos. **Jusbrasil**, 2016. Disponível em:

<<https://annerlacerda.jusbrasil.com.br/artigos/297501711/programa-mais-medicos-um-estudo-a-luz-do-sistema-de-protecao-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

MACHADO, M. H.; KOSTER, I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A. (Org.).

**Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011, cap. 9, p.195-213.

MARSHALL, T. H. Cidadania e classe social. In: \_\_\_\_\_. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967, cap. 3, p. 57-114.

MIRANDA, G. M. D. et al. A Ampliação das Equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos Municípios Brasileiros. **Trab. educ. saúde (online)**, v. 15, n. 1, p. 131-145, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000100131&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000100131&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 10 Fev. 2017.

MORENO, L. V. D.; VEDOVATO, L. R. Reflexões sobre o regime de contratação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, n. 1, v.1, jan./ jun. 2015, p.156-182.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1293-1311, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400003&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400003&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 21 mai. 2017.

POTYARA, A. P. P. A intersetorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. T. de A.; SOUZA, R. G. de S. (Orgs.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais.** Campinas: Papel Social, 2014.

RODRIGUES, P. H. A. et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147-1166, 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14988>>. Acesso em: 30 Mai. 2017.

SANTINI, S. M. L. et al. Dos “recursos humanos” à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS. **Trab. educ. saúde [online]**, v. 15, n. 2, p. 537-559, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00065>. Acesso em: 05 Ago. 2017.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ANDRADE, H. S. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 21, p. 2670-2671, 2016.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015b, 284 p. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>>. Acesso em: 01 Fev. 2017.

SCHNEIDER, Y.; OLIVEIRA, J. Políticas Públicas de efetivação de direito social à saúde: Programa Mais Médicos sob uma análise da ponderação de princípios. **Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional**, Curitiba, v. 1, n. 13, 2015, p. 371-393.

SOUKI, L. G. A atualidade de T. H. Marshall no estudo da cidadania no Brasil. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, v. 6, n. 1, p. 39-58. jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/21>>. Acesso em: 20 Mai. 2017.

SOUZA, M. A. S. L. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In: DAVI, J. MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M., (Orgs.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios (online)**. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 147-174.