

**XXX CONGRESSO NACIONAL DO
CONPEDI FORTALEZA - CE**

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

JOSÉ ALCEBIADES DE OLIVEIRA JUNIOR

NIVALDO DOS SANTOS

ALEXANDRE ANTONIO BRUNO DA SILVA

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

D597

Direitos sociais e políticas públicas II [Recurso eletrônico on-line] Organização CONPEDI

Coordenadores: Alexandre Antonio Bruno Da Silva; José Alcebiades De Oliveira Junior; Nivaldo Dos Santos. – Florianópolis: CONPEDI, 2023.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-886-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Saúde: Acesso à justiça, Solução de litígios e Desenvolvimento

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direitos sociais. 3. Políticas públicas. XXX Congresso Nacional do CONPEDI Fortaleza - Ceará (3; 2023; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



XXX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI FORTALEZA - CE

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

Apresentação

Prezados Senhores do Conpedi,

Nós, coordenadores do presente GT- Direitos Sociais e Políticas Públicas II, Dr. Nivaldo dos Santos, Alexandre Bueno Silva e José Alcebíades de Oliveira Junior, apresentamos neste momento um breve relato das apresentações ocorridas nesse GT para os registros do Conpedi.

Iniciou-se as apresentações com o número 1, a eficiência do saneamento básico no Brasil: entre tutela coletiva e tutelas individuais, como possibilidades de tutela processual para promover a eficácia e operatividade do marco legal do saneamento básico, articulando um diálogo entre institutos do Direito Privado, do Direito Processual Civil e do Direito Público.

Na apresentação 2 discutiu-se a gestão democrática na lei de diretrizes e bases da educação após a lei nº 14.644, de 2 de agosto de 2023 e a necessidade de ressignificação do papel e das atribuições da figura da direção escolar, e para (2) o protagonismo dos Conselhos Escolares em matéria de gestão democrática das instituições escolares de educação básica no contexto da autonomia que a lei lhes confere.

A apresentação 3 relatou a experiência da Rede Lilás Marau: prioridade pública e conectividade social para sensibilização e construção da igualdade e identificando como prioridade a cultura de paz, eis que elabora e desenvolve uma gama de políticas públicas que contribuem para a sensibilização da população acerca da igualdade de gênero e assume postura proativa e de coordenação na preponderante missão de redução dos números da violência doméstica contra a mulher.

Na apresentação 4 tratou-se da sociedade empresarial e a contribuição social do salário-educação: o fardamento escolar como política pública de assistência estudantil a promoção de acesso à educação pública que passa pelo fornecimento de fardamento ao discente. O artigo também colabora na interpretação de dispositivo legal que não permitiria a utilização de recursos da Quota Estadual do Salário-Educação, já que não seria uma despesa com manutenção de ensino.

A apresentação 5 analisa o princípio da dignidade da pessoa humana, desenvolvimento e o fundo de combate e erradicação da pobreza e o papel dos contribuintes (sociedades

empresariais) na perspectiva de cidadania empresarial na efetivação do propósito constitucional de erradicar a pobreza e marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais. Isto é, não trata tão somente de olhar a sociedade empresarial pelo aspecto da obrigação tributária, mas de sua função social.

E na apresentação 6 a formulação de políticas públicas para mães solo: uma análise da lei nº 9.192/23 de Sergipe sob a perspectiva da fraternidade e procedeu-se à análise da Lei, cuja finalidade consiste em oferecer apoio e assegurar direitos às mulheres-mães solo em situação de vulnerabilidade. Conclui-se pela relevância e a urgência de desenvolver políticas governamentais de natureza interseccional e intersetorial, a fim de promover a eficácia das políticas públicas.

A apresentação 7 tratou de Aspectos Jurídicos da Cidadania Energética. Nesse passo, representando os demais integrantes Francisco Bertino Bezerra de Carvalho, presente, ressaltou importantes aspectos desse assunto, tendo acrescentado à discussão do mesmo a necessidade de uma democratização do acesso à energia como um tema fundamental para todos os atuais aspectos da vida humana.

Já na 8 apresentação Allison Carvalho Vitalino que estava presente, salientou um outro tema urgente de nossa atualidade, qual seja o relativo ao Direito Municipal, saneamento básico e meio ambiente: aspectos constitucionais e a repaginação do sistema referido. Enfim, num país desigual como o nosso, creio não ser necessário insistir sobre o quanto nos falta ainda em termos de saneamento básico.

Na apresentação de número 9, relativa ao tema Instituto da tomada de decisão apoiada: inovação ou retrocesso? Uma análise das pessoas com deficiência, responsável pela apresentação Nicole Ferreira Viana, os proponentes não se fizeram presente.

A apresentação seguinte, sobre Letramento Digital e Políticas Públicas: elementos para uma análise do Direito ao Acesso à Justiça para pessoas em situação de vulnerabilidade, os dois professores responsáveis, Paulo Sérgio Gomes Soares e Rheilla Larissa Nunes Rodrigues, realizaram a apresentação, dando margem a interessantes debates sobre os Direitos Fundamentais.

Quanto a apresentação de número 11, sobre o tema Meio Ambiente e Políticas Públicas para a Amazônia: O caso da Usina Hidrelétrica de Balbina e suas implicações socioambientais para a população local, se fizeram presentes dois dos proponentes, Nelcy Renata Silva de Souza e Rua Patrick Teixeira da Costa, estando ausente Bianor Saraiva Nogueira Júnior.

Desnecessário dizer que o tema por si só se apresentou polêmico, pois se, por um lado, busca-se o incremento das Usinas Hidrelétricas como algo tão necessárias ao desenvolvimento econômico e social, por outro se apresenta, de uma maneira sempre grave as intervenções na natureza, haja vista o perigoso aquecimento global com o qual hoje deparamos.

Enfim, das apresentações que me couberam relatar neste texto, temos o tema do Direito Social à alimentação e as políticas públicas para promoção Humana das pessoas em Situação de rua, que foi apresentado por Dirceu Pereira Siqueira, mas com a ausência de Suelen Maiara dos Santos. Comentaríamos que essa discussão é extremamente necessária em nosso país. E eu mesmo tive a honra de participar de uma obra sobre o assunto e que recebeu o prêmio Jabuti.

Na apresentação do artigo 13 o autor enfatizou a importância do direito como fenômeno profundamente interligado com a ação do Estado. Nesse sentido, apontou a necessidade da Revisão Sistemática, como método de análise, por fim, discutiu acerca da utilidade e das limitações do método, apontando vertentes para futuras pesquisas.

Na apresentação do artigo seguinte, abordou-se os impactos do crescente aumento do trabalho informal e os seus reflexos no direito à aposentadoria. Na exposição, examinou-se as possíveis razões para o aumento do trabalho informal, ao mesmo tempo que analisou os desafios enfrentados pelos trabalhadores informais em relação à previdência social. Ciente das dificuldades encontradas, sugeriu-se a necessidade de adaptação do sistema ao mesmo que defendeu que fossem criados incentivos para a formalização do emprego.

No artigo 15, analisou-se o Programa Mais Médicos, do Governo Federal brasileiro, como ferramenta biopolítica para contenção da sociedade diante do desmonte da saúde pública. Segundo o autor, o estudo surgiu da problemática existente entre o dever de promover meios para atender as necessidades da população e da promoção e sujeição dos corpos à disciplina, como variante dos discursos que lhe dão força e legitimidade.

O último artigo apresentado no GT tratou o erro como parte natural do processo de desenvolvimento das políticas públicas, defendendo a importância de espaços de tolerância para o cometimento de falhas na seara pública. Nesse sentido, buscou demonstrar que os gestores públicos não dispõem de todas as condições materiais e informacionais necessárias para a tomada de decisão. Por fim, defendeu que a regulação do erro na atividade administrativa é necessária para a experimentação no setor público, o que favoreceria a criação de um ambiente adequado à inovação e ao enfrentamento dos desafios contemporâneos.

José Alcebiades De Oliveira Junior Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (51) 9994-92477 ou (51) 3264-4732 alcebiadesjunior@terra.com.br

Nivaldo Dos Santos Universidade Federal de Goiás e Pontifícia Universidade Católica de Goiás nsantos@ufg.br (62) 9976-6355 ou (62) 3541-8099

Alexandre Antonio Bruno Da Silva Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) e Universidade Estadual do Ceará (UECE). alexandre.bruno@uece.br (85) 98695-5051

**PROGRAMAS MAIS MÉDICOS E MÉDICOS PELO BRASIL COMO
FERRAMENTA DE CONTENÇÃO SOCIAL NO EXERCÍCIO DO BIOPODER
ESTATAL**

**MORE DOCTORS AND DOCTORS PROGRAMS FOR BRAZIL AS A TOOL OF
SOCIAL CONTAINMENT IN THE EXERCISE OF STATE BIOPOWER**

**Lidiana Costa de Sousa Trovão
Achylles De Brito Costa
Lucas Lucena Oliveira**

Resumo

A pesquisa visa analisar o contexto social em que está inserido o Programa Mais Médicos, do Governo Federal, como ferramenta biopolítica para contenção da sociedade diante do desmonte da saúde pública no Brasil. Analisar-se-á a aplicação do biopoder para contenção das multidões no contexto do programa, diante da falsa impressão de que há uma saída para a grave crise da saúde pública brasileira. Por meio do método dedutivo, doutrina, artigos científicos e legislações nacionais, será feito um estudo sintético do programa emergencial criada pelo Estado para tentar diminuir a sobrecarga do Sistema Único de Saúde e os péssimos indicadores sociais, outra ferramenta de biopoder dentro da teoria foucaultiana. O estudo, portanto, surge da problemática existente entre o dever constitucional do Estado em promover meios para atender as necessidades da população na área da saúde, assim como, da promoção e sujeição dos corpos à disciplina, como variante dos discursos que lhe dão força e legitimidade.

Palavras-chave: Programa mais médicos e médicos pelo brasil, Biopoder, Biopolítica, Contenção social, Saúde pública

Abstract/Resumen/Résumé

The research aims to analyze the social context in which the Federal Government's Mais Médicos Program is inserted, as a biopolitical tool to contain society in the face of the dismantling of public health in Brazil. The application of biopower to contain crowds in the context of the program will be analyzed, given the false impression that there is a way out of the serious Brazilian public health crisis. Through the deductive method, doctrine, scientific articles and national legislation, a synthetic study will be made of the emergency program created by the State to try to reduce the overload of the Unified Health System and the terrible social indicators, another tool of biopower within Foucault's theory. The study, therefore, arises from the problem that exists between the constitutional duty of the State to promote means to meet the needs of the population in the area of health, as well as the promotion and subjection of bodies to discipline, as a variant of the discourses that give it strength and legitimacy.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: More doctors and doctors for brazil program, Biopower, Biopolitics, Social containment, Public health

1 INTRODUÇÃO

Por meio das informações que são divulgadas acerca do Programa Mais Médicos e Médicos pelo Brasil, através do portal do Ministério da Saúde, consta que é parte de um conjunto de iniciativas do governo federal para minimizar a carência de profissionais médicos para atendimento da população, principalmente em unidades básicas de saúde, os chamados postos de saúde, localizados em áreas municipais regionalizadas que concentram atendimento a famílias.

Indicadores sociais apontam que o panorama de insuficiência de assistência em saúde pelo profissional médico no Brasil é alarmante, demonstrando o cenário de crise que tem sido vivenciada há anos, e a ausência de operacionalização e má gestão de recursos públicos, mesmo ante ao ditame constitucional da promoção da saúde por parte do Estado.

Esse mesmo Estado assistencialista, como figura principal da profusão da política de bem-estar social, busca a implementação dessa política pública – o Programa Mais Médicos e Médicos pelo Brasil – a fim de pôr em prática uma outra política: aquela que controla as multidões por meio do biopoder.

Nesse contexto, o controle das multidões por meio da *facere*, sujeita os corpos às forças que compõe a relação de docilidade e utilidade do indivíduo, tomam a certeza de que com a oferta de médicos por meio do referido programa, está-se diante de um Estado acolhedor e paternalista. Essa falta percepção da realidade, por meio desse instrumento das relações de poder, faz com que essa multidão se cale e não exercite o poder do qual é titular, tornando-se corpos dóceis e, dessa forma, não passam a não reivindicar melhorias por parte do governo.

O discurso do Estado é que o Programa Mais Médicos buscaria resolver o problema emergencial da falta de médicos, e por meio dele, procura fomentar a criação de novas vagas de cursos de graduação e residência médica, além de infraestrutura aos postos de atendimento. Entretanto, o aprimoramento do Sistema Único de Saúde, cuja meta emergiu no meio jurídico através da Medida Provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013, continuou até os dias atuais não tendo nada de provisória. A principal crítica nesse estudo é que nada ou quase nada foi feito para que se saísse da tal situação emergencial.

Contudo, sofreu importante revés a partir de abril de 2020, embora tivesse sido modificado, quando teve seu nome e diretrizes de formação e execução modificados pela Lei Federal nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil, cujo novo formato colocou a política pública em situação de forte risco de desvirtuamento, e

principalmente, de extinção. Ainda nas diretrizes desse contexto de implementação, o referido Programa procedeu ao anúncio de milhares de médicos e a criação do Previne Brasil e de agência para o avanço da Atenção Primária gera desconfiança, orientando-se para o setor privado, o que gerou ainda mais dúvidas e desconfianças acerca das reais intenções por trás dessas iniciativas.

Para tanto, a presente pesquisa foi conduzida em momentos. Inicialmente será tratado a respeito do biopoder e biopolítica em Foucault especificamente nos Programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil, como ferramenta de contenção das multidões e a análise do discurso social de desenvolvimento do Estado, atuando intensamente como biopoder.

Adiante, será feito um estudo dos indicadores sociais como forma de exercício do biopoder, cujos dados serviram de justificativa para a implementação da política pública do Programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil, e de que modo esses indicadores atuam para o controle das multidões. Por fim, tratar-se-á especificamente do Programa Mais Médicos e Médicos pelo Brasil e os desafios para efetivação do direito à saúde e preservação da dignidade humana no Brasil.

2 BIOPODER E BIOPOLÍTICA EM FOUCAULT NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E NO PROGRAMA MÉDICOS PELOS BRASIL

Foucault já analisava o contexto contemporâneo sob a ótica capitalista, e o surgimento do neoliberalismo como uma espécie de faceta do referido sistema. Esse fenômeno relativamente novo, mais pungente após a 2ª Guerra em escala mundial, e no Brasil, teve no Brasil seus rudimentos a partir do governo de Getúlio Vargas. No entanto, essa onda welfarista à brasileira foi de fato posta em prática entre os anos de 1930 e 1945, numa crescente onda de atuação estatal tanto na esfera trabalhista quanto na previdenciária.

A dinâmica social deu ensejo à adequação do biopoder, com o esmaecer da aplicação da força como disciplina para a biopolítica da contenção dos corpos em multidão, mas que em determinado momento se unem junto ao aparato científico e a norma, que acabam sendo os instrumentos mais efetivos de gestão e controle das populações (Mendes, *et al*, 2015, p. 688)

Contudo, em 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública e ficou responsável pela saúde coletiva da população, ao passo que a atenção médica era restrita aos trabalhadores vinculados a categorias profissionais. Observou-se, no período relativamente expressivo, a incorporação progressiva de medidas que visavam organizar a atividade laboral

no Brasil, cujo incentivo à ocupação de postos de trabalho vinham com o incentivo de cobertura trabalhista e previdenciária, com vistas a fomentar as atividades industriais pautadas na relação capital e trabalho.

Mas foi com o advento da redemocratização do país, marcado pela promulgação da Constituição de 1988 que o Brasil passou a prever constitucionalmente diversos direitos sociais, dentro dos quais estão inseridos aqueles cuja vanguarda já estava sendo sedimentada desde a década de 30. Não obstante, a inserção dos direitos fundamentais como núcleo intangível do texto constitucional implantou aqui um pressuposto fortíssimo da obrigatoriedade estatal em investir e implementar políticas públicas voltadas ao bem-estar social.

Negri (2008, p. 38) aponta que a biopolítica, aos poucos, vai se ocupando de todos os “aspectos da vida que seguidamente serão chamados a converter-se num campo de implantação das políticas do *welfare state*: seu desenvolvimento está comprometido por completo na tentativa de obter uma melhor gestão da força de trabalho”.

E é exatamente dessa forma, com a docilidade dos corpos que se há de recrutar e dos que não de ser atendidos que funciona essa fábrica de porcelana. Todos esses elementos se encaixam na dinâmica do Programa Mais Médico. Ainda com Negri (2008, p. 38):

El término de <<biopolítica>> indica la manera en la que el poder se transforma, em un determinado periodo, com el fin de gobernar no solamente a los individuos a través de ciertos procedimientos disciplinados, sino al conjunto de seres vivos constituidos em <<probiaciones>>: la biopolítica (a través de biopoderes locales) se ocupa también de la gestión de la salud, de la higiene, de la alimentación, de la natalidad, de la sexualidad, etc., a medida que esos diferentes campos de intervención se convierten em desafíos políticos.

Veja-se que o Programa mais Médicos é a tentativa do Estado em recrutar mão-de-obra médica, ou seja, o controle da força de trabalho, que será direcionada especificamente para atendimento emergencial da educação básica, ao mesmo tempo em que controlará a população, que reivindica melhores condições de atendimento no setor da saúde.

Embora Foucault não aponte uma exata diferenciação entre biopoder e biopolítica, Negri (2008, p. 38), nesse ponto, acredita ser a biopolítica uma maneira como o poder se transforma, em um determinado período, com a intenção de governar os indivíduos, é essa a definição a que se filia. Entende-se que a biopolítica de implantação do programa comentado é um exercício específico de vários biopoderes, sendo o primeiro deles o recrutamento de mão-de-obra.

Entre biopoder e biopolítica, Foucault não faz uma exata distinção. Porém, alguns autores lançaram-se a realinhar algumas definições, e, a exemplo de Negri, conforme citado acima, mas explicado por Dias e Oliveira (2017, p. 258):

Negri questiona se a biopolítica é um conjunto de biopoderes que incide sobre a vida, ou se a própria vida pode ser tida como um poder, ou melhor, um contrapoder de resistência em face do poder exercido pelos governantes. Em resposta a tal questionamento, Negri conclui que como biopoder deve ser considerado o “[...] poder sobre la reproducción del hombre”¹⁰ e como biopolítica a “producción de subjetividad”, tida como “[...] la emergencia de una resistencia al poder, es la resistencia que se convierte en el verdadero motor de la producción de subjetividad”. Assim, biopoder seria o exercício dos dispositivos de segurança sobre o homem, com o fim de controlar todos os aspectos de sua vida, e biopolítica seria a resistência do homem em relação a tais dispositivos de segurança, assumindo o homem o controle de sua vida.

É um importante Programa, disso não há dúvida, mas está aí uma forma clara de exercício de biopoderes. Negri (2008, p. 39) ainda agrega mais uma característica importante da biopolítica a esse estudo que se desenrola:

La biopolítica se funda, pues, sobre principios que desarrollan las tecnologías del capitalismo y de la soberanía: por otra parte, éstas se modifican ampliamente em el tiempo, evolucionando de una primera forma – disciplina – a una segunda, que agrega a las disciplinas los dispositivos del control. En efecto, mientras la disciplina se daba como una <<anatomo-política>> de los cuerpos y se aplicaba principalmente a los individuos, la biopolítica representa por el contrario una suerte de gran <<medicina social>> que se aplica al control de las poblaciones con el fin de gobernar la vida: *a partir de allí, la vida forma parte del campo de poder.*

É com o objetivo de exercer a arte de governar que o Estado aplica e manipula a biopolítica. Esse exercício de biopoderes faz com que haja controles mínimos da população, e, desse modo, seja possível governar. Foucault (1979, p. 288) aponta que “a população aparecerá como objetivo final do governo”, e sobre ela, o governo agirá por meio de “campanhas, através das quais se deem conta, a taxa de natalidade ou dirigir para uma determinada região ou para determinada atividade os fluxos de população, etc. A população aparece, portanto, mais como fim e instrumento do governo [...]” (Foucault, 1979, p. 288). É uma das etapas do nascimento da arte de governar.

Não se pode negar, entretanto, que essas tentativas de contenção de crises são herança de várias outras tentativas que foram esperançosamente implantadas no Brasil dentro da história da república, ao mesmo tempo em que essas investidas foram também colocadas em prática em diversas partes do mundo, em países das mais diversas orientações ideológicas. O exercício do biopoder sempre permeou a história mundial, em graus diferentes, é certo, porém, guardadas as proporções, atuou como na expressão “fazer viver e deixar morrer”.

Cabe a reflexão, de acordo com Junges (2009, p. 289):

Se, antes, o Estado tinha o poder sobre a vida e a morte dos indivíduos, de causar a morte ou deixar viver pelo poder da guerra ou da pena capital, a partir do século XVII, o poder político assumiu a tarefa de gerir a vida por meio da disciplina dos corpos ou dos controles reguladores das populações. Esses são os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida: a disciplina anatomopolítica dos corpos individuais e a regulação biopolítica das populações. O nascimento da medicina social e a consequente preocupação do Estado pela Saúde Pública responderam a esse objetivo.

O biopoder, nesse sentido, mudou de estratégia: seu objetivo não é mais matar (deixar morrer), mas investir na vida (fazer viver). Segundo Junges (2009, p. 289), “a potência da morte é substituída pela administração dos corpos e a gestão calculista da vida”, o que, na ótica foucaultiana, organizou-se o poder como medida necessária “para o desenvolvimento do capitalismo, porque era preciso [...] inserir os corpos disciplinados dos trabalhadores no aparelho da produção”, além de “regular e ajustar o fenômeno da população aos processos econômicos” (Junges, 2009, p. 289). Assim, arremata o autor:

Se o biopoder manifestava-se, antes, como gestão calculadora, por parte do Estado, da vida biológica dos corpos e das populações, hoje o biopoder revela-se como agenciamento simbólico das técnicas a serviço da saúde por parte da empresa biotecnológica. Nos dois casos está presente o controle do biopoder. O primeiro mais direto, numa perspectiva biológica, e o segundo, mais sutil, de cunho consumista e simbólico (Junges, 2009, p. 290).

A despeito de toda situação onerosa aos seres humanos, a sociedade é sempre colocada em segundo plano quando o assunto se choca com o vírus do capitalismo, pela gana incansável de acumulação de riquezas. Dentre outros fatos e, em resumo, o objetivo final seria ampliar a utilidade e docilidade da vida das pessoas em prol do sistema capitalista, adotado pelos países e modulado de acordo com a matriz ideológica de cada um.

De acordo com Dias e Serva (2017, p. 427), acerca dos mecanismos de controle “[...] se adotarmos a divisão criada por Aristóteles, incidiriam tanto sobre a “bios”, ou seja, a vida da população qualificada politicamente, quanto sobre a “zoé”, vida natural que é comum a todos os animais [...]”, e arrematam os autores, incluindo os seres humanos.

Entretanto, o biopoder, conforme foi dito, passou da obediência à lei para o controle específico de certos atos da vida. De acordo com Dias e Oliveira (2017, p. 257):

[...] se no passado as condutas humanas eram conduzidas por meio da lei, tida como obrigatória e geradora de sanção no caso de descumprimento, com a adoção do poder disciplinar os dispositivos de segurança induzem as pessoas a adotar certas condutas após serem convencidas de que elas lhes

serão benéficas ou deixar de adotar certas condutas pois estas trariam malefícios.

Nesse ponto, e aqui direcionando para a pesquisa em deslinde, aponta-se o apaziguamento dos ânimos por parte da população, após a implantação do Programa Mais Médicos: as pessoas querem apenas que tenha médico nos postos de saúde, nas unidades de atendimento.

Algumas delas jamais usarão aquele serviço, ou por não procurarem, ou por possuírem plano de saúde, mas querem que esteja lá, a disposição, cujo pensamento foi enraizado pelo estado de bem-estar social positivado na Constituição Federal de 1988. O estado tem conhecimento dessa demanda reivindicatória, e é por meio dela que atua com a biopolítica, cujo conjunto de exercícios de biopoder acabam controlando as multidões.

A partir de abril de 2019, outro viés foi dado ao Programa Mais Médicos, substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil, por meio da Lei Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019, embora tenha sido lançado em agosto daquele mesmo ano. A postergação da implementação do projeto, com latente atraso à política pública em saúde herdada pelo governo anterior, foi a maior expressão do exercício do biopoder para este segmento.

O objetivo de ambos os programas, como definido por lei, era fortalecer a atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em municípios de menor porte, regiões remotas e em áreas de vulnerabilidade. A expectativa era que essa abordagem inicial com um médico pudesse resolver a grande maioria das questões de saúde.

A princípio, a notícia, que aparentava ser positiva, gerou uma considerável preocupação legítima, considerando sua potencialmente em afetar a continuidade do SUS (Sistema Único de Saúde), que, como se sabe, serve como um modelo global de atendimento universal, com foco na equidade e integralidade.

Uma das principais alterações propostas pelo PMPB (Programa Médicos para o Brasil) é a exigência de registro nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) como pré-requisito para ingressar no programa. Essa decisão foi motivada por dois importantes fatores: em primeiro lugar, o registro no CRM garante a autonomia profissional aos médicos do programa, encerrando uma estratégia que se aproveitava da falta desse livre-arbítrio para a alocação de profissionais, inclusive com relatos de situações de trabalho análogo à escravidão feitos pelos médicos (Wollman; D'ávila; Harzheim, 2020).

Em segundo lugar, essa medida elimina a necessidade da certificação profissional provisória concedida pelo Ministério da Saúde. Essa situação excepcional gerava um conflito de interesses, uma vez que colocava sob uma mesma autoridade responsabilidades que, por

interesse público, deveriam permanecer separadas: a contratação e a certificação profissional (Wollman; D'ávila; Harzheim, 2020).

Apontou-se como aspecto positivo que no início do processo de contratação, foram chamados mais de 20 mil médicos pelos gestores municipais de Saúde, destinados a atuar nas regiões mais carentes do país. No papel, essa medida busca fortalecer o SUS. Entretanto, o governo que o instituiu nunca apresentou de forma precisa acerca de quais eram os aspectos técnicos que desejava reformar, com exceção da criação de uma entidade de direito privado que serviria como intermediária entre o Estado e os profissionais de saúde, conhecida como a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) (Carvalho, 2022).

Na esteira, comentam Dias, Lima e Lobo (2021):

O ambiente favorável à possibilidade de, finalmente, avançar na agenda corporativa conferiu às entidades médicas uma conduta governista. A permeabilidade da gestão federal iniciada em 2019 aos seus pleitos resultou em reconhecimento de autoria e, portanto, de defesa das iniciativas governamentais propostas naquele ano: o Programa Médicos pelo Brasil e a Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), marcos do fim do PMM; e a lei do Revalida – ambas sancionadas com vetos presidenciais demandados pelas entidades.

Essa entrega de parte do projeto para iniciativa privada, face à veemente discordância de parte da comunidade médica à contratação de profissionais oriundos de outras nacionalidades, a exemplo da origem Cubana. A reação, em 2013, do Conselho Federal de Medicina, da Associação dos Médicos do Brasil, da Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) expondo suas discordâncias, “provocaram um ambiente de tensões, que culminou em diversas medidas de contestação jurídica e de busca de apoio parlamentar para a derrubada da iniciativa” (Dias; Lima; Lobo, 2021).

Este é um claro exemplo de uma manifestação mais incisiva do biopoder sobre a população. Embora alguns autores apontem eventuais avanços no programa, com outras diretrizes de atuação, porém, sob o mesmo esqueleto de controle. A essência da biopolítica, é permitir que o Estado possua o comando da situação que envolve a multidão, de modo a manipulá-la conforme sua vontade.

Analisando os dois projetos, O Programa Mais Médicos oportunizava a entrada de médicos estrangeiros para atuação em áreas de difícil acesso, mas cujas trocas com o país de origem, em especial Cuba, não se mostrava muito condizente com a dignidade humana e o respeito ao trabalho realizado pelos profissionais. Com o advento do Programa Médicos pelo Brasil, que provocou espécie de paralisação nos atendimentos nessas regiões de difícil acesso,

principalmente no Norte e Nordeste do país, onde a escassez é mais evidente conforme relatório Demografia Médica no Brasil 2023 (Scheffer, 2023).

A consolidação das informações, evidencia que, apesar do crescimento no número de profissionais médicos, ainda há uma escassez na distribuição por regiões, consoante será delineado doravante.

3 INDICADORES SOCIAIS NA SAÚDE: FALTAM MÉDICOS?

O Brasil possui um dos indicadores sociais nos quais se verifica o maior percentual de desigualdade social em relação à distribuição de renda, o que reflete diretamente na qualidade de vida e saúde da população. Não fossem os dados fornecidos pelo IBGE, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua (2018), provavelmente qualquer brasileiro já saberia, não em números precisos, a diametral diferença que existe entre os mais ricos brasileiros e os mais pobres, que se tornam, ano a ano, cada vez mais pobres.

Essa brutal diferenciação entre aqueles que possuem condições estruturais para buscar atendimento médico e aqueles que são negligenciados no âmbito da saúde é o que determina a formulação da resposta à pergunta desse tópico. De acordo com o relatório publicado em abril deste ano, 10% dos brasileiros mais ricos detém quase metade da renda, que em 2017, aqueles indivíduos que compunham o grupo do 1% mais rico no Brasil obteve rendimento médio mensal de R\$ 27.213, ao passo que a metade mais pobre teve renda de R\$ 754/mês.

A leitura dos indicadores sociais é fundamental para entender a falácia da discussão que envolve a falta de médicos para atender a população mais necessitada, aquela que precisa do SUS para ter acesso a atendimento médico. A Organização Mundial de Saúde – OMS, recomenda que se tenha um médico a cada mil habitantes, “preconizado como parâmetro ideal de atenção à saúde da população [...]. Para centros com uma rede de serviços bem estruturada, os técnicos defendem a ampliação deste parâmetro”.

Um estudo realizado sob a coordenação do professor da Faculdade de Medicina da USP, Mário Scheffer, com o apoio institucional do CFM e do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), demonstrou “que nunca houve um crescimento tão grande da população médica no Brasil num período tão curto de tempo. Em pouco menos de cinco décadas, o total de médicos aumentou num ritmo três vezes maior do que o de brasileiros”. Entretanto, “esse salto não trouxe os benefícios que a sociedade espera” (Conselho Federal de Medicina, 2018).

A mesma pesquisa mostra a aglomeração de médicos em regiões mais desenvolvidas, enquanto que em regiões mais distantes ou de difícil acesso, há uma escassez geral desses profissionais. Pelos dados do CFM (2018):

A pesquisa mostra a grande concentração de profissionais nas regiões mais desenvolvidas, nas capitais e no litoral. Por exemplo, o Sudeste é a região com maior razão de médicos por 1.000 habitantes (2,81) contra 1,16, no Norte, e 1,41, no Nordeste. Somente o estado de São Paulo concentra 21,7% da população e 28% do total de médicos do País. Por sua vez, o Distrito Federal tem a razão mais alta, com 4,35 médicos por mil habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro, com 3,55. Na outra ponta estão estados do Norte e Nordeste. O Maranhão mantém a menor razão entre as unidades federativas, com 0,87 médico por mil habitantes, seguido pelo Pará, com razão de 0,97.

A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, órgão vinculado à Organização das Nações Unidas, revela dados estatísticos acerca da primeira etapa do Programa Mais Médicos, período em que “foi possível preencher dezenas de milhares de vagas em mais de 4 mil municípios brasileiros e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas” (Folha Informativa – Programa Mais Médicos, 2018).

Chega-se ao ponto crucial da pesquisa realizada. Há uma oferta satisfatória de médicos/habitantes no Brasil, considerando índices razoáveis na proporção recomendada pela OMS? Ao considerar a concentração de médicos em áreas desenvolvidas, especialmente em grandes centros, a resposta é que há uma relativa proporção aceitável de médicos/habitantes no Brasil. Mas ao considerar a relação existente em determinadas regiões e em especial em alguns estados da federação, a resposta é positiva, faltam médicos no Brasil.

Essa resposta, entretanto, não é fácil de ser respondida. Veja-se que a vinda de vários médicos de outras nacionalidades, em especial, cubanos, satisfaz em parte a demanda médica negativa que havia no Brasil, mas não resolveu a situação. Sabe-se de relatos de postos de atendimento à saúde, mesmo em cidades de desenvolvimento médio, em que não há atendimento médico por falta de profissionais.

De acordo com dados acerca do local onde os médicos costumam se erradicar, colhidos no site Portal Médicos (2018), “quando se acrescenta a esta análise a variável capital e interior, percebe-se que enquanto o interior detém 80% da população brasileira, somente 50% dos médicos lá se radicam, evidenciando uma elevada concentração desses profissionais nas capitais”.

Diante de todos esses dados, é possível verificar a atuação da biopolítica de Foucault nessas ações de fomento no âmbito da saúde no Brasil. Como bem assevera Feuerwerker

(2013, p. 929), “a luz da teoria de Foucault, creio ser possível reconstruir a história com uma perspectiva mais crítica”.

Para autora, no decorrer do processo de construção do SUS, houve negligência em relação às agendas da gestão do trabalho e da educação na saúde, quando então ganharam importância no governo atual. Foram, portanto, lançados olhares para essa relação de controle de multidões.

A mesma autora aponta que as explicações para essa mudança de olhares ficaram por conta da perspectiva dominante, ao “considerar trabalhadores em saúde como recursos e usuários como objeto de intervenção – visibiliza saberes (conceitos) e poderes”. E acrescenta (Feuerwerker, 2013, p. 929):

Trabalhadores-recursos, insumos do processo de trabalho e usuários-objeto de intervenção não são reconhecidos como atores ativos da produção do SUS. Mas são atores ativos, que operam na micropolítica do cotidiano – disputando projetos, fazendo escolhas, ocupando, uns, lugares de trabalho, e não outros – e também na definição das políticas, como corporação, impondo ou embargando agendas e processos de negociação.

Essas afirmações tangenciam a resposta da pergunta do tópico dessa pesquisa. Com argumentos claros, ao mesmo tempo em que justifica tal resposta, Feuerwerker (2013, p. 930), assevera:

Faltam médicos no Brasil? Sim! E a situação atual é uma coprodução da omissão dos governos e da atuação ativa da corporação médica e dos agentes de mercado na saúde. De quantos médicos precisamos? Depende do modelo de atenção, dos arranjos tecnológicos do trabalho, da aposta ou não na produção de redes vivas, de espaços de encontro e diálogo entre trabalhadores etc. Mas, muito além do número, é preciso discutir quanto a que médicos precisamos.

Pelos dados analisados, verifica-se que é necessário mudar a situação de modo mais específico e perene. Sem adentra nas mudanças que foram realizadas recentemente, por entender que se trataram de questões puramente político-ideológicas, o Programa Mais Médicos prescinde de reformulação, principalmente no que se refere à estruturação aos postos de atendimento à saúde nos locais mais afastados e difícil acesso, pois essa é a principal pauta de reivindicação dos médicos, e sob essa alegação não se propõem ao atendimento de, por exemplo, índios em regiões amazônicas de difícil acesso.

De acordo com Feuerwerker (2013, p. 930), “salário, moradia, acesso à internet e formação, boas condições de trabalho, mas não somente para os médicos, e, sim, para todos os trabalhadores da saúde”. A exemplo do que foi dito no parágrafo anterior, entende a autora que “boas condições de trabalho que não são apenas materiais, mas incluem a produção de

espaços de construção compartilhada, de problematização, de produção de deslocamentos e que implicam outro encontro entre médicos e todos os outros trabalhadores da saúde”.

Os problemas na saúde se exponenciam porque estão diretamente ligados ao bem jurídico vida, e como não se pode dissociá-la da qualidade de vida mínima que se deve ter o ser humano, tudo o que diminui ou dificulta sua preservação toma mais proporção que em outros âmbitos.

De acordo com o relatório da Demografia Médica do Brasil 2023 (Scheffer, 2023), nos últimos 13 anos, de 2010 a 2023, o mercado de trabalho médico no Brasil experimentou a entrada de mais de 250 mil novos profissionais (um total de 251.362), um reflexo direto da criação de novos cursos de graduação em medicina e da ampliação das vagas disponíveis.

Em janeiro de 2023, o país contava com 562.229 médicos registrados nos 27 Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), o que equivale a uma média nacional de 2,6 médicos por 1.000 habitantes. Nesse mesmo período, o número total de registros médicos chegou a 618.593 (Scheffer, 2023).

Essa diferença entre o total de médicos e o número de registros está relacionada aos profissionais que possuem inscrições em múltiplos CRMs, seja porque atuam em cidades de diferentes estados ou porque desempenham temporariamente suas atividades em outras regiões.

Em 2000, o Brasil contava com 239.110 médicos. Enquanto o número de profissionais mais do que dobrou até 2023, a população total do país cresceu aproximadamente 27%. Duas regiões do país apresentam uma densidade médica inferior à média nacional: o Norte, com 1,45 médico por 1.000 habitantes, e o Nordeste, com 1,93. Por outro lado, as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul do Brasil ostentam taxas de 3,39, 3,10 e 2,95 médicos por 1.000 habitantes, respectivamente (Scheffer, 2023).

Entre os estados brasileiros, os que possuem maior concentração de médicos por 1.000 habitantes são o Distrito Federal (5,53), Rio de Janeiro (3,77), São Paulo (3,50) e Santa Catarina (3,05). As menores densidades médicas são encontradas no Pará (1,18 médico por 1.000 habitantes), Maranhão (1,22) e Amazonas (1,36) (Demografia Médica do Brasil, 2023).

Além disso, os dados da Demografia Médica (2023) revelam ainda que a maioria dos médicos concentra-se nas capitais brasileiras, que somam 312.246 profissionais de todo o país, resultando em uma proporção de 6,13 médicos por 1.000 habitantes. Nas regiões metropolitanas do Brasil (excluindo as capitais), há 44.824 médicos, o que equivale a 1,14 médico por 1.000 habitantes. Nas cidades do interior do Brasil, a contagem chega a 225.996 médicos, representando 1,84 profissionais por 1.000 habitantes (Scheffer, 2023).

Sabe-se que essa é, de fato, uma condição de trabalho ruim. Mas trazendo ao cotidiano da maioria das demais profissões, não se sabe quantas delas possui um ambiente de trabalho inadequado. Difícil apontar em quantas localidades dessas os profissionais possuem condições minimamente ideais para exercer seu mister.

4 DISTRIBUIÇÃO MAIS EQUITATIVA DE PROFISSIONAIS MÉDICOS PELAS REGIÕES BRASILEIRAS FACE AOS DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Por meio do art. 170 da Constituição Federal, ficou determinado que a ordem econômica precisa assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, de acordo com diversos princípios, dentre eles, a redução das desigualdades regionais e sociais. Desse modo, as ações estatais que visam a implantação de políticas públicas para redução das desigualdades estão em consonância com referida determinação, e podem ser observadas, sob a ótica foucaultiana, como o exercício de biopoderes que dentro de uma perspectiva coletiva, se mostra como biopolítica.

Sabe-se que os desafios no âmbito da saúde são inúmeros, e o direito a ter acesso a ela “foi uma das grandes conquistas do movimento social brasileiro pela democratização, tendo a sua sustentação jurídica sido garantida pela constituição cidadã de 1988 e servido de base legal para o surgimento e desdobramentos posteriores do SUS” (Junges, 2009, p. 286).

A pauta de reivindicações sempre foi extensa e as discussões que giravam em torno dela estavam pautadas “determinantes sociais da saúde, fruto da luta de movimentos que propunham uma nova compreensão e organização da saúde”, e incluíam, antes de tudo, o direito a melhores condições de vida.

Assevera Barbosa (2010, p. 87) que “o povo enquanto destinatário é aquele que deve receber as prestações civilizatórias do Estado, incluindo a prática dos direitos fundamentais, procedimentos justos do poder público e o adequado uso do Estado de Direito”. Desse modo, considerando o princípio da vedação do retrocesso, salutar que se caminhe para novos progressos, e não se permita que antigas práticas consideradas não civilizatórias, como o exercício do deixar morrer.

A universalização do direito à saúde, consagrada pela Constituição Brasileira, é uma conquista da população, oriunda de uma mobilização conhecida como Movimento da Reforma Sanitária. Um dos empecilhos para resolver a má distribuição de médicos e a consolidação do SUS como política de Estado foi, e continua sendo, a formação dos

profissionais de saúde. Desde 1976 se discute o desafio de formar os profissionais compatíveis às necessidades de saúde da população.

A determinação de suas necessidades passa por uma contextualização social, inevitavelmente. Quanto mais pobre o indivíduo, mais exposto estará às más condições sanitárias e mais inacessíveis serão os serviços de saúde pública. Santos, Costa e Girardi (2015, p. 3548) apontam que:

Os determinantes sociais de saúde são condições em que as pessoas vivem e trabalham, as quais apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que essas condições traduzem esse impacto sobre a saúde. Iniquidades na saúde envolvem mais que meras desigualdades e implicam num fracasso para evitar ou superar essas desigualdades que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas; elas têm suas raízes na estratificação social.

Engana-se quem pensa que o problema de saúde e de distribuição desigual de profissionais médicos ocorre especificamente no Brasil e em países periféricos. De acordo com Santos, Costa e Girardi (2015, p. 3549), “a concentração de profissionais de saúde, sobretudo médicos, nos grandes centros urbanos, afeta a maioria dos países”.

No enfrentamento desses problemas, os governos têm realizado “experiências internacionais no provimento e retenção de profissionais em áreas de vulnerabilidade”, as quais “abrangem uma gama de estratégias, do incentivo à obrigatoriedade, tais como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio” (Santos, Costa e Girardi, 2015, p. 3549).

Países tidos como desenvolvidos, como Austrália e Estados Unidos também se lançaram na redistribuição de médicos em seus territórios, cada um a sua maneira, dadas as diferenças entre os sistemas de saúde desses países. Nos Estados Unidos, por exemplo, de acordo com Oliveira et al (2015, p. 626), “as principais iniciativas para reduzir as desigualdades de distribuição de médicos nos EUA são por meio do *National Health Service Corps* (NHSC) e o *Conrad 30 Program*”. Os mesmos autores acrescentam que:

Desde 1972, o NHSC oferece bolsas de estudos e programas de pagamento da dívida do financiamento estudantil para profissionais de saúde que estejam dispostos a prestar serviços de saúde de atenção primária em comunidades carentes. Depois da graduação (e da residência para médicos, osteopatas e estudantes de odontologia), o aluno deve se candidatar às vagas pré-aprovadas em áreas carentes (Oliveira et al, 2015, p. 626).

Já no modelo misto de saúde australiano, com participação pública e privada, “como estratégia de retenção e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas, o governo australiano implementou uma série de medidas e programas” (Oliveira et al, 2015, p. 626).

Dois programas se destacam: *Overseas Trained Doctors* (OTD) e *Rural Clinical Training and Support* (RCTS). O primeiro deles, “regulamentado por meio do “Act 19AB” de 1 de Janeiro de 1997, é um programa de atração de médicos formados no exterior para atuarem em áreas remotas na Austrália” (Oliveira et al, 2015, p. 624).

Em maior ou menor proporção, esses países se lançaram antes do Brasil, e o Programa Mais Médicos aqui implantado, possui muitas características dos programas mencionados, sendo, portanto, “um programa brasileiro em uma perspectiva internacional” (Oliveira et al, 2015, p. 623)

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde tem feito diversas recomendações a respeito, a fim de que haja melhora na retenção de trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas, assim como no cenário encontrado no Brasil, agravado pelo fato de haver muitas aldeias indígenas e locais de acesso muito difíceis.

O Programa Mais Médicos, nessa perspectiva, foi criado, de acordo com informações colhidas no site da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (2018), “tendo como um dos objetivos suprir a carência desses profissionais nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades”. Essa organização “coopera tecnicamente com a iniciativa, triangulando acordos entre Brasil e Cuba para a vinda de médicos de Cuba para atuar em Unidades Básicas de Saúde, no setor de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde brasileiro” (OPAS, 2018).

Referido programa sofreu recente reformulação, na qual foi rescindido o acordo de cooperação com Cuba, e, atualmente, não há mais médicos cubanos no Brasil vinculados ao referido programa. O site ainda aponta os eixos em que estão assentados o programa:

Três eixos compõem o Mais Médicos: o primeiro prevê a melhoria da infraestrutura nos serviços de saúde. O segundo se refere ao provimento emergencial de médicos, tanto brasileiros (formados dentro ou fora do país) quanto estrangeiros (intercambistas individuais ou mobilizados por meio dos acordos com a OPAS). O terceiro eixo é direcionado à ampliação de vagas nos cursos de medicina e nas residências médicas, com mudança nos currículos de formação para melhorar a qualidade da atenção à saúde (OPAS, 2018).

Dessa forma, o programa foi implementado com o objetivo não apenas de recrutar mão-de-obra médica, como também promover a melhoria das condições de trabalho e conseqüentemente de atendimento à população, como também promover o fomento dos cursos e residências em medicina. Importa mencionar que, apesar de serem todos igualmente

apontados como precários, é na ausência de material humano que as reivindicações se intensificam.

Contudo, apesar das tentativas, não atingiu o objetivo desejado. Ainda há uma crescente demanda por médicos, principalmente em áreas indígenas e afastadas dos grandes centros. O exercício da biopolítica nessa política pública continua fortemente ameaçada. O governo aponta que os investimentos são satisfatórios, mas que trabalha na vertente da reserva do possível. Por outro lado, existem dados que demonstram que o problema é o subfinanciamento do SUS.

Cabe ressaltar, de acordo com o entendimento de Alencar e Lozada (2017, p. 20), os autores sugerem que, apesar das medidas proclamadas pelo governo para diminuir o déficit de médicos em regiões mais afastadas ou de difícil acesso e promover a ampliação da rede de assistência à saúde no Brasil, “os efeitos dessas medidas ainda mostram-se tênues, e o SUS não tem conseguido prestar um atendimento de qualidade aos usuários”, o que, com frequência, pode-se verificar “permanentes as queixas e denúncias referentes ao atendimento prestado à população, cujas histórias nem sempre possuem um desfecho satisfatório, incorrendo em óbito” (Alencar; Lozada, 2017, p. 20).

Para Foucault, a medicina foi uma ciência utilizada para atingir os objetivos do biopoder, pois os elementos sociais como a pobreza deram margem ao surgimento da medicalização. Nesse sentido, de acordo com Zorzanelli e Cruz (2018, p. 724):

O que Foucault apresenta ao traçar a história da medicina social no contexto europeu dos séculos XVIII e XIX é, [...] o processo pelo qual a intervenção médica passa a incluir, no âmbito de sua ação, objetos e alvos que a priori não faziam parte dele. O estado, a cidade e a pobreza tornaram-se objetos de interesse e intervenção médica no decorrer dos três séculos que precederam a explosão do fenômeno da medicalização, no início do século XX. De certa forma, quando a medicina adentrou esse espaço social, ela preparou o terreno para que o exercício biopolítico da medicalização sem fronteiras fosse possível e efetivo no século XX e perdurasse até o século XXI.

Historicamente, portanto, a medicalização foi amplamente usada como forma de controle, quando o mundo sofreu um processo de ascensão sanitária do velho mundo. Assim, na ótica foucaultiana, “é essa ascensão que conduziu a medicina pós-1950 a uma crise baseada, paradoxalmente, no potencial do que o saber médico pode realizar – e não em suas lacunas e insuficiências” (Zorzanelli; Cruz, 2018, p. 724).

Nesse passo, de acordo com os mesmos autores, “seria a amplitude do que o saber médico abrange, os instrumentos de que dispõe, a eficácia de seus procedimentos e os efeitos

que alcança o que torna o saber médico mais nocivo, fazendo os indivíduos adentrarem em um campo de probabilidades e riscos que pouco se pode controlar”.

Na primeira etapa do programa, e aqui se está referindo ao período compreendido entre 2014-2018, de acordo com Santos, Costa de Girardi (2015, p. 3550):

O Programa aprovisionou 14.462 médicos brasileiros e estrangeiros em 3.785 municípios (julho 2014). Ao analisar a distribuição destes médicos, observa-se que o número de municípios com escassez desses profissionais na APS passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%). [...] contribuiu para reduzir iniquidades, pois na região Norte 91,2% dos municípios que apresentavam escassez em 2013 foram atendidos, com provimento de 4,9 médicos por município, em média (a maior razão entre regiões). Em suma, o programa atendeu aqueles municípios mais necessitados, que tinham as piores razões de médico/habitante, em situação de extrema miséria e com altas necessidades de saúde.

De acordo com o detalhamento dos dados acima, o Programa atingiu algumas metas mínimas, fazendo com que profissionais atendessem em locais onde jamais havia tido sequer um atendimento médico. Mas o Brasil é um país plural, de grandes dimensões. A maioria das pessoas tem a consciência de que a cobertura integral de saúde é um tanto utópica, pois os desafios são imensos. Além do entrave em relação à falta de médicos, o programa ainda previu a intervenção estatal na qualificação profissional, e dentre uma das propostas, está a abertura de novas vagas em Cursos de Medicina “sob a égide das novas Diretrizes Curriculares obrigatórias, as quais mudam o peso das disciplinas e prevêm a inserção precoce do estudante de medicina no SUS” (Santos; Costa e Girardi, 2015, p. 3550).

A distribuição desses cursos, de acordo com a lei, será feita conforme a necessidade de profissionais em território nacional, de acordo com as condições locais para implantação dos cursos de medicina, onde as redes de atenção à saúde possam contemplar “atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde” (Santos; Costa e Girardi, 2015, p. 3550).

O programa Mais Médico, como forma de externalização da biopolítica de saúde, para contenção das multidões, conforme dito, foi medida adotada em momento oportuno, apesar de algumas ações terem sido feitas anteriormente, com objetivos parecidos aos do Projeto Mais Médicos Brasil – PMMB, que prevê a projeção de médicos em áreas vulneráveis. A este respeito, preconizam Oliveira *et al* (2015, p. 627):

Cabe salientar que no Brasil, antes do PMMB, houve várias iniciativas de atração e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas, como exemplo: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS - 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS - 1993), e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS - 2001), e, mais recentemente, o

Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Desde 2011, o PROVAB vem recrutando e alocando médicos, enfermeiros e odontólogos para atuarem em áreas vulneráveis. Entretanto, como nos programas anteriores, a participação dos profissionais médicos no PROVAB estava aquém das necessidades locais ou regionais.

Na inserção de estrangeiros no programa, especialmente cubanos, foram efetuadas quatro semanas de treinamentos, fruto dos esforços do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e universidades brasileiras. Nesse período, referido treinamento contemplou a abordagem da linguagem clínica, protocolos assistenciais nacionais e o SUS. Ao final, aqueles que conseguissem aprovação receberam o registro provisório para exercer a medicina chamado Registro Único do Ministério da Saúde (RMS).

Em novembro de 2018 o Programa Mais Médicos sofreu dura reformulação em relação ao acordo de cooperação que havia entre Cuba e Brasil, com a interveniência da OPAN¹. Por influência direta do candidato eleito à Presidência da República para o quadriênio 2019-2023, valendo-se de questões político-ideológicas, após diversos pronunciamentos contrários a manutenção do referido acordo, o governo de Cuba deu por encerrado o referido termo e determinou a imediata retirada dos cubanos do programa, por não aceitar as novas exigências impostas para permanência deles no Brasil.

O governo brasileiro, por sua vez, ratificando os pronunciamentos do então presidente eleito, alegou uma série de impropriedades no repasse dos salários pagos pelo Brasil, a necessidade desses profissionais revalidarem seus diplomas para só então poderem inscrever-se no Conselho de Medicina e poder exercer legalmente a profissão no Brasil. Dentre as acusações, está o fato do governo de Cuba repassar menos da metade do que é pago por mão-de-obra unitária aos médicos compatriotas e que esse valor seria para financiar uma ditadura no país caribenho.

5 CONCLUSÃO

A influência da teoria foucaultiana para contenção dos corpos por meio do exercício do biopoder de Foucault, suficiente para fazer o controle das multidões, mesmo diante de crises. A busca por melhoria de vida em condições sanitárias e de saúde fez com que o

¹ De acordo com o site da OPAN (2018), “a cooperação internacional com a OPAS para o Programa Mais Médicos foi aprovada no Brasil em 2013 pela Lei 12.871, que foi discutida e aprovada no Congresso Nacional do Brasil e posteriormente ratificada pelo Supremo Tribunal Federal em 2017. Em sua decisão, o Supremo Tribunal Federal legitimou o Mais Médicos como um programa de educação/serviço e consolidou o acordo com a OPAS”.

biopoder fosse reformulado, a fim de acompanhar a dinâmica social deu espaço a “fazer viver”.

O Programa Mais Médicos, dentro da teoria de Foucault, representa uma forma de aplicação do biopoder, por meio do controle. Nos dias atuais, com tantos desafios diante do aumento das mazelas decorrentes dos abismos sociais, percebe-se que cada vez mais a disciplina dos corpos de mostra distante ser alcançada, dada a quantidade de fatores externos que influenciam nesse resultado.

Ainda que sejam incutidos os mecanismos estatais para controle da população, em grande parte, não há domínio, nem por meio da força, nem por meio de políticas públicas, o que aqui poderia ser apontado como o manejo dos corpos dóceis.

A fim de manter a promoção à saúde, por meio da assistência integral preconizada na Constituição Federal de 1988, o Brasil lançou-se na empreitada do Programa Mais Médicos, vanguardista na América Latina, mas influenciada por modelos semelhantes já adotados em outros países como Estados Unidos e Austrália. Guardadas as diferenças entre os sistemas de saúde, o Brasil procurou aportar mecanismos que pudessem se adaptar à realidade brasileira, como a existência de regiões de difícil acesso, e, conseqüentemente, de carência de mão-de-obra médica.

Nos anos em que houve a primeira etapa do programa, de 2013-2018, alguns indicadores sociais tiveram sensíveis melhoras, apesar de ainda ser verificada a falta de médicos no Brasil. A aglomeração desses profissionais em regiões mais desenvolvidas, é um dos apontamentos feitos pelos órgãos de controle, ao passo que as más condições de exercício da profissão em áreas remotas é a principal justificativa dos profissionais.

Essas ondas de progresso e retrocesso já foram sentidas no Brasil ao longo da história. Tentativas de manutenção do estado de bem-estar social tem custado caro aos brasileiros, dada a sucessão de governos com diferentes ideologias e práticas políticas mais ou menos voltadas aos mais necessitados. A questão, portanto, permeia não apenas a implementação de uma política pública mais voltada à atenção básica, mas a efetiva conservação da dignidade humana, uma questão de saúde pública e de inarredável responsabilidade do estado.

Importa mencionar que o Estado, na perspectiva da teoria de Foucault, apesar do intento disciplinador, não foge à responsabilidade social. Cabe a cada um dos governos que aqui estiverem, ressalta-se, temporariamente, da mesma forma reconhecer que a saúde pública faz parte de todo um complexo de direitos outros que se entrelaçam e são interdependentes. Desse modo, a manutenção do programa, que tinha inicialmente caráter emergencial e já

perdurava por 5 anos, e que agora foi reformulado, significa que pouco ou nada se está fazendo para solucionar o problema da falta de médicos no país.

Por esta razão, e sem a intenção de esgotar o tema, já que nesse momento não há condições de avaliar os resultados dessa nova etapa do programa, cabe a cada um dos cidadãos, mesmo aqueles que não se utilizam do Mais Médicos, fiscalizar sua execução e em que medida está sendo utilizado como discurso político-ideológico e se afastando do primordial objetivo para o qual foi traçado: promover saúde de qualidade aos mais necessitados.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Rosmar Antonni Rodrigues Cavalcanti de; LOZADA, Claudia de Oliveira. Breve análise dos aspectos processuais que envolvem questões relacionadas à judicialização da saúde: a tutela antecipada. **Revista do Direito**. Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 52, p. 18-37, maio/set. 2017.

AMADO, Maria Cláudia. **Programa Mais Médicos já registra 84% das vagas definidas**. Agência Brasil. Saúde. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-11/programa-mais-medicos-ja-registra-84-das-vagas-definidas>. Acesso em: 15 ago. 2023.

BARBOSA, Juliana de Almeida. Estudo sobre democracia. **Revista Estudos**. Marília, v. 14, n. 01, p. 85-110, jan./dez. 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas. Multidomínio. **Condições de vida, desigualdade e pobreza**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17270-pnad-continua.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 16 ago. 2023.

CARVALHO, Igor. **Substituto de Mais Médicos, Médicos pelo Brasil ficou três anos engavetado por Jair Bolsonaro**. 22/10/2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/10/28/substituto-de-mais-medicos-medicos-pelo-brasil-ficou-tres-anos-engavetado-por-jair-bolsonaro>. Acesso em: 06 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Demografia médica**. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27509:2018-03-21-19-29-36&catid=3. Acesso em: 16 ago. 2023.

DIAS, Jefferson Aparecido; OLIVEIRA, Emerson Ademir Borges de. O desemprego e o autoatendimento no setor bancário: entre o biopoder e a biopolítica. **REPATS - Revista de Estudos e Pesquisas Avançadas do Terceiro Setor**. Brasília, v. 4, n. 2, p. 253-270, jul./dez. 2017. p. 257-258.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; LOBO, Maria Stella de Castro; Do 'Mais Médicos' à pandemia de Covid-19: duplo negacionismo na atuação da corporação médica brasileira. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. especial 2, p. 92-106, dez./2021.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v.17, n. 47, p. 929-30, out./dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2013.v17n47/929-930>. Acesso em: 17 ago. 2023.

FOUCAULT, Michel. **A governamentalidade**. In: Id., *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 288.

JUNGES, José Roque. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Revista Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.13, n.29, p. 285-295, abr./jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 ago. 2023.

MENDES, Luciano; BONILHA, Maíra Coelho; ICHIKAWA, Elisa Yoshie; SACHUK, Maria Iolanda. Tecnologias Sociais, Biopolíticas e Biopoder: Reflexões Críticas. **Cadernos EBAPE.BR**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, artigo 2, p. 687-700, out./dez. 2015.

NEGRI, Antonio. **La fabrica de porcelana**. Una nueva gramática de la política. Trad. Suzana Lauro. Barcelona: Paidós Iberica, 2008, p. 39-40.

OLIVEIRA, Felipe Proença de; VANNI, Tazio Vanni; PINTO, Hêider Aurélio Pinto; SANTOS, Jerzey Timoteo Ribeiro dos; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de; ARAÚJO, Sidlei Queiroga de; MATOS, Mateus Falcão Martins; CYRINO, Eliana Goldfarb. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Revista Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, jul./set. 2015. p. 627.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira Zorzanelli; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.22 n.66, jul./set. 2018.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria Costa; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, nov. 2015. p. 3548-3550.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p.

SERVA, Fernanda Mesquita; DIAS, Jefferson Aparecido. Responsabilidade social nas instituições de ensino superior: entre o biopoder e a biopolítica. **Revista Argumentum**. Marília, v. 17, n. 1, p. 413-433, jan./dez. 2016. p. 429.

WOLMANN, Lucas; D'ÁVILA, Otavio Pereira; HARZHEIM, Erno. Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, v. 42, p. 1-6, jan./dez 2020.