

**Título do capítulo**

CAPÍTULO 5 - REFLEXÕES SOBRE AS  
CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA MAIS  
MÉDICOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO E  
COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

**Autores (as)**

Hêider Aurélio Pinto

**Título do livro**

IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E  
ATUAÇÃO DE GESTORES PÚBLICOS

**Organizadores (as)**

Janine Mello  
Vanda Mendes Ribeiro  
Gabriela Lotta  
Alicia Bonamino  
Cynthia Paes de Carvalho

**Cidade**

Brasília

**Editora**

IPEA

**Ano**

2020

**ISBN**

978-65-5635-000-4

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

## REFLEXÕES SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO E COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Hêider Aurélio Pinto<sup>1</sup>

### 1 DESCRIÇÃO SINTÉTICA DA POLÍTICA PÚBLICA: PROGRAMA MAIS MÉDICOS

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado por iniciativa do Executivo federal em julho de 2013, por meio da Medida Provisória (MP) nº 621, convertida no mesmo ano pelo Congresso Nacional na Lei nº 12.871 (Brasil, 2013a; 2013b). Esta lei tornou-se uma das principais ações do governo federal com o intuito de enfrentar desafios que vinham condicionando a expansão e o desenvolvimento da atenção básica e do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, em especial, a insuficiência e má distribuição tanto de médicos quanto de vagas de graduação e residência em medicina, e o perfil de formação inadequado às necessidades da população e do SUS.

Na Constituição de 1988 (CF/1988), a saúde é entendida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado (Brasil, 1988). As ações e os serviços de saúde devem ser realizados pelo SUS e observar os princípios da universalidade, gratuidade e integralidade que, em outras palavras, visa assegurar legalmente o direito de todas as pessoas ao atendimento necessário ao tratamento de sua necessidade de saúde, qualquer que ela seja.

O SUS tem possibilitado importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira e significativo impacto positivo em diversos indicadores de saúde (Paim *et al.*, 2011), contudo o sistema convive com dificuldades persistentes, algumas relacionadas aos problemas de política pública, alvos do PMM, tais como: pessoas vivendo em comunidades vulneráveis ainda sem atendimento médico, quase um terço da população sem cobertura de serviços de atenção básica, dificuldades de acesso a serviços de saúde resolutivos, insuficiência de médicos de diversas especialidades no SUS e na saúde suplementar, formação inadequada dos profissionais (Oliveira *et al.*, 2015; Ciuffo e Ribeiro, 2008).

---

1. Médico, docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e responsável pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 a 2014 e pelo Programa Mais Médicos de 2014 a 2016. *E-mail*: <heiderpinto.saude@gmail.com>.

De acordo com o art. 200 da Constituição Federal, compete também ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Contudo, tal perspectiva, defendida pelo movimento sanitário brasileiro e coerente com o que acontece em diversos outros sistemas de saúde no mundo, não foi acompanhada da regulamentação de instrumentos de política pública que dessem condições concretas para que o SUS efetivasse esse princípio (Rodrigues *et al.*, 2013; Secchi, 2010; Ciuffo e Ribeiro, 2008).

Os problemas de política pública do PMM são temas importantes da literatura mundial e objeto de políticas públicas em diversos países do mundo (Chopra *et al.*, 2008; Buykx *et al.*, 2010; Dolea, Stormont e Braichet, 2010). No Brasil, embora já tenham motivado outras políticas públicas (Maciel Filho, 2007; Carvalho e Sousa, 2013), esses problemas nunca haviam sido pautados com tanta prioridade e importância como foi com o PMM (Aléssio e Sousa, 2016).

No Brasil, a expansão do modo prioritário de organização da atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentava estagnação há sete anos (Pinto *et al.*, 2017). Um dos fatores que vinham condicionando essa expansão era a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos em algumas localidades (UFMG, 2009; Girardi, 2011). Em 2013, ano de criação do PMM, o país tinha uma proporção de médicos por habitante muito menor do que a necessidade da população e do SUS, 1,8 por mil habitantes, menor que a média dos 33 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), 3,1 por mil habitantes e que vizinhos como a Argentina, 3,9 por mil habitantes (OECD, 2011). Além disso, os médicos estavam mal distribuídos no território nacional, de modo que os grupos populacionais mais pobres e vulneráveis eram os que contavam, proporcionalmente, com menos médicos (Scheffer, Biancarelli e Cassenote, 2013).

Agravando ainda mais esse problema, de 2002 a 2012, a quantidade de médicos formados no Brasil correspondeu a apenas 65% do total de empregos médicos criados no período (Poz, Pierantoni e Girardi, 2013). A quantidade insuficiente de vagas de graduação em medicina por habitante é um dos indicadores que demonstra a inadequação da formação de médicos às necessidades da população e do SUS. A proporção de egressos de cursos de medicina por habitante também era inferior à média dos países integrantes da OCDE: média de 0,74 egressos para cada 10 mil habitantes, sendo a dos países da OCDE de 1,06 para cada 10 mil habitantes (Martins, Silveira e Silvestre, 2013; OECD, 2011). Além de poucas vagas, o Brasil as tinha mal distribuídas no território e com clara concentração nas maiores e mais ricas cidades, capitais e nas regiões Sudeste e Sul (Brasil, 2015).

Há um evidente descompasso entre as necessidades do SUS e a formação de profissionais – quanto ao número, ao perfil de formação e à distribuição territorial da oferta de formação e da força de trabalho – observado em todo o sistema

público e também no sistema privado (Amâncio Filho, 2004; Rodrigues, 2013). Um dos fatores para esse quadro é a formação de especialista no Brasil ter sido historicamente dirigida às necessidades e aos interesses do mercado privado de saúde (Feuerwerker, 1998).

Muitos países cujos mercados demandam mais médicos do que formam conseguem equilibrar o *deficit* atraindo profissionais estrangeiros. No Brasil, o processo de autorização do exercício profissional de médicos formados no exterior, brasileiros ou não, sempre foi protecionista e restritivo de modo que apenas 1,9% dos médicos que atuavam no Brasil eram estrangeiros (Scheffer, Biancarelli e Cassenote, 2013), enquanto nos Estados Unidos, 22,4% (Aaron *et al.*, 2012) e no Reino Unido, 37% (GMC, 2012).

O PMM é a maior iniciativa já realizada no país e uma das maiores do mundo com o objetivo de enfrentar essas questões e avançar no provimento e na formação de médicos para atuar nos serviços de atenção básica (Aléssio e Sousa, 2016; Oliveira *et al.*, 2015). Contudo, seu eixo mais estruturante é composto por medidas que buscam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, até a reorientação da formação de médicos e especialistas conforme as necessidades do SUS. Os três eixos que compõem o programa são: provimento emergencial, melhoria da infraestrutura e formação médica.

O provimento emergencial é uma resposta imediata ao problema de parte importante da população brasileira sem cobertura e acesso à atenção básica. O PMM recruta profissionais graduados no país e fora dele para atuar nas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade. Esses profissionais participam de uma série de atividades de formação e de integração ensino-serviço. Além disso, o programa prevê um conjunto de ações relacionadas à qualificação da estrutura, à melhoria das condições de atuação das equipes e ao funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS). O eixo denominado como melhoria da infraestrutura previu investimento de R\$ 5,5 bilhões para a execução de 26 mil obras de reforma e ampliação de UBS existentes e de construção de novas em aproximadamente 5 mil municípios (Brasil, 2015).

Por fim, o eixo formação médica previu uma série de medidas de curto e longo prazo. No âmbito da graduação, definiu-se como prioridade a expansão de 11,5 mil vagas de medicina nos locais com maior necessidade social, com a meta de fazer o Brasil alcançar a proporção de 2,7 médicos por mil habitantes até 2026 (Brasil, 2015). Além do planejamento federal para mais vagas e novas escolas públicas, foram instituídos novos mecanismos de regulação do setor privado. Nesse eixo, foram previstas ainda outras medidas que objetivam mudar a prática médica e impactar o mercado de trabalho: *i*) novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina; *ii*) obrigatoriedade da ampliação do período de formação no SUS;

iii) meta de universalização do acesso à residência médica aos egressos dos cursos de medicina; iv) instituição de novo itinerário de especialização dos médicos, no qual eles devem, antes de fazer uma especialidade qualquer, especializarem-se em medicina de família e comunidade por meio de uma residência realizada no SUS; e v) instituição de regulação pública no planejamento e na formação de especialistas.

Este texto, elaborado especificamente para esta publicação, é uma sistematização sintética orientada pelas questões relacionadas à implementação da política em análise e dos aprendizados decorrentes dessa experiência, construído com base em: revisão de literatura de trabalhos publicados com análises e resultados sobre o PMM; resultados já publicados por nós em artigos sobre o programa; nossa vivência como responsável pela gestão do PMM de abril de 2014 a maio de 2016; e achados decorrentes de nossa pesquisa de doutorado que se trata, em linhas gerais, de uma pesquisa não experimental, qualitativa, com uso e processamento de dados quantitativos, e que tem como propósito a análise e descrição dos processos de formação da agenda, formulação e implementação inicial do PMM. Nossa pesquisa é um estudo de caso de uma política pública nacional do SUS coordenada pelo governo federal, uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo inserida em seu contexto real, buscando responder as questões *por quê?* e *como?*

Assim, neste texto, nos concentramos na descrição do programa, de parte de seu processo de formulação e, principalmente, em sua implementação. Destacamos alguns aspectos que em nossa pesquisa têm se mostrado relevantes e merecedores de ênfase e pontuamos possíveis aprendizados com a experiência.

## 2 ASPECTOS DA IMPLEMENTAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Os problemas de política pública que o PMM busca enfrentar estão há muito presentes na saúde do Brasil. Há estudos nacionais e internacionais que analisam tanto o problema quanto as experiências de enfrentamento dessas dificuldades. Especialmente, no biênio que antecedeu ao lançamento do PMM, ocorrido em junho de 2013, estes problemas ascenderam na agenda governamental passando a ser uma pauta da Presidência da República e não só do “subsistema” da saúde (Sabatier e Weible, 2007). As dificuldades relacionadas à falta de médicos relatadas, por gestores estaduais e municipais e por candidatos ao Executivo estadual, diretamente à candidata Dilma Rousseff, na campanha de 2010, associadas ao pleito de que o governo federal deveria atuar para resolver essa situação, conseguiram colocar o tema como preocupação da presidenta que foi eleita naquele ano.

A importância e prioridade desse tema encontrava reforço na opinião de especialistas e do corpo técnico e diretivo do Ministério da Saúde (MS), era corroborada pela literatura nacional e internacional, e, com uma pesquisa do Ipea, foi identificada como uma percepção forte da população (Ipea, 2011; Pinto, 2018).

Apesar disso, medidas que alterassem o *status quo* do modo como no Brasil se dava a regulação privada da formação de médicos e que, principalmente por esse mecanismo, pudessem intervir no mercado de trabalho, contavam com forte resistência da corporação médica que, por muitos anos, bloqueou essa agenda. Mais estabelecida no Ministério da Educação (MEC), essa resistência se somava também àquela contra a proposta de mais interferência do Estado na formação médica universitária, demanda do setor saúde desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1988, e um dos principais pontos da XI Conferência Nacional em 2000 (CNS, 2000; Pinto, 2018).

Algumas ações que tentaram enfrentar parte desses problemas foram desenvolvidas antes da criação do PMM e outras foram suas precursoras – como é o caso do Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab), no que diz respeito ao provimento emergencial. Mas, por apresentarem resultados insuficientes, reforçaram junto aos prefeitos e secretários municipais a necessidade de uma política nacional mais efetiva (Pinto *et al.*, 2014). Essa demanda atingiu um ápice de reivindicação quando tomaram posse os novos prefeitos eleitos nas eleições municipais de 2012. A campanha *Cadê o médico?* exigiu que a presidenta da República se comprometesse publicamente com uma solução que, naquele momento, estava em formulação e tinha implementação prevista para os meses seguintes.

As chamadas *jornadas de junho* acabaram por criar uma janela de oportunidade, na qual foi possível superar a resistência interna dos atores sociais que se opunham à política e mudar a análise de parte importante daqueles que, por cálculo estratégico, eram contrários a ela (Kingdon, 2011). Os três fluxos da janela de oportunidade foram reforçados por esse contexto. A política foi criada por uma MP e o eixo provimento emergencial começou rapidamente a ser implementado, garantindo a chegada de médicos para atender a populações e municípios que não dispunham de atendimento médico a despeito dos esforços de atração e fixação de médicos (Brasil, 2015). Esses dois fatores ampliaram significativamente o apoio à política em um momento decisivo. A política que já era defendida por prefeitos, secretários e atores sociais que atuavam, geriam e estudavam o SUS, passou a ser aprovada também pela população – se levarmos em conta as diversas pesquisas de opinião realizadas – e obteve uma vitória substantiva na conversão da MP em lei, em outubro de 2014 (Pinto, 2018).

Ao longo desta seção, subseções foram criadas e organizadas em função de elementos relevantes, conforme a perspectiva desta publicação, para a análise dos aprendizados relacionados à implementação e coordenação do PMM. Nas subseções, os temas abordados são: os atores relevantes na implementação e suas atuações; os elementos operacionais e de governança do desenho com o qual a política foi formulada e/ou implementada; as capacidades estatais relacionadas; as principais dificuldades e os limites encontrados; e as eventuais mudanças e adaptações que

puderam ser feitas. Dado o curto período de experiência do PMM (de 2013 a 2016), antes de uma mudança importante ter alterado bastante os objetivos do governo federal com relação à política e à agenda que lhe deu causa, a análise das adaptações realizadas ficou prejudicada. Mas tentamos fazer isso com os programas que antecederam a política em análise.

### 2.1 Uma política com alta prioridade

Primeiramente, destaca-se que o PMM foi uma política que nasceu com alta prioridade no governo federal. Isso se traduziu, por exemplo, na mobilização do orçamento necessário, na construção de instâncias de implementação, na coordenação e no monitoramento do programa que, coordenados pela Casa Civil, envolviam diversos ministérios e criação de uma estrutura de implementação – um departamento inteiro no MS e uma nova diretoria no MEC (Brasil, 2015). Ampliar a capacidade estatal foi um dos objetivos para superar dificuldades constatadas em experiências anteriores (Cingolani, 2013). Estas mostravam que as instituições existentes teriam dificuldades de implementar o PMM com o volume de ações previstas e efetividade esperada (Pinto, 2018).

As instâncias de coordenação, cujo papel era garantir a tomada de decisões e mobilização de recursos necessários à implementação da política, permitiram um melhor enfrentamento das resistências presentes na própria institucionalidade do governo federal (Pinto, 2018). As “idas e vindas” do processo de formulação da política, com as esperadas diferenças de ideias, culturas, expectativas e interesses entre as direções e o corpo técnico-burocrático das instâncias governamentais envolvidas, mostraram a necessidade de compor uma instância de direção, chefiada pela Casa Civil e com prestação de contas direto à Presidência, com capacidade de exercer comando sobre os participantes dos demais ministérios.

### 2.2 O desenho da política – eixo infraestrutura

Um segundo elemento a ser destacado se refere ao desenho operacional da política. Os eixos *provisão emergencial* e *infraestrutura* possuem características comuns que ajudam a entender porque tiveram uma implementação mais efetiva e melhor adesão dos atores implementadores. O eixo infraestrutura conta com uma operação menos complexa. O governo federal, em 2013, mais que quadruplicou o orçamento do Requalifica UBS, programa lançado em 2011, e passou a priorizar os municípios que receberiam os médicos para autorizar as obras de construção de novas UBS e de ampliação e reforma de unidades já existentes (Brasil, 2015).

A experiência anterior colaborou com a formulação desse eixo do PMM. Antes do lançamento do Requalifica UBS, o MS só financiava construção de novas UBS e seu papel era repassar os recursos conforme os relatórios de medição da execução das obras. O financiamento de reformas de UBS se dava somente pelo mais complexo

e demorado mecanismo de convênios. A criação do Requalifica permitiu inovar, pois foi digitalizado e com um algoritmo que relacionou as possibilidades de reforma, ampliação e construção de UBS com valores de obras, automatizando a aprovação, definição e concessão do incentivo federal. Até então era “de papel” e exigia diversas assinaturas em diferentes setores. Passou a ofertar projetos arquitetônicos assinados e com licença aberta, deixando que a obrigação de contratar localmente o projeto, uma ação que os municípios tinham dificuldade de fazer, se transformasse em uma opção. O aumento do volume de atribuições federais e da capacidade estatal necessários ao novo processo também foram resolvidos com a automatização e simplificação normativa.

Quando o Requalifica-UBS teve seu orçamento multiplicado por causa do PMM, o modo de adesão era o mais simples até então, era automatizado e conhecido pelos municípios há dois anos (Brasil, 2015). Com adesão voluntária, quem aderiria tinha real interesse em implementar a ação. As ações que ficaram a cargo do município eram a própria realização da obra. Isso exigia as capacidades de licitar e contratar empresa para executar, monitorar e realizar pagamentos. A possibilidade de o próprio governo federal realizar a obra não foi considerada por poder perder a singularidade local e diversidade necessárias às situações, decisões e alternativas de e para cada caso, por resultar em perda de eficiência e transferência dos custos de monitoramento da execução para a esfera federal.

### **2.3 O desenho da política – eixo provimento emergencial**

Este eixo é complexo, porém a parte que exigia a atuação do município era simples e conhecida. Tratava-se de desenvolver a Estratégia de Saúde da Família, programa conhecido desde 1996 e presente em 98% dos municípios do país à época, com o médico – profissional de mais difícil atração e fixação e de maior custo e instabilidade – agora garantido pelo governo federal. Também com adesão voluntária, os municípios tinham que fazer a demanda de médicos em um sistema informatizado, receber os médicos no município, garantir a atuação na UBS informada e os auxílios alimentação, moradia e transporte. Tinham ainda que fazer o monitoramento e a gestão cotidiana da atuação e formação desses médicos com a obrigação de informar tudo no referido sistema.

Desse modo, o PMM, mesmo oferecendo um recurso de grande interesse aos municípios, não criou uma série de exigências novas com relação direta ou indireta com o núcleo central da política. As mudanças requeridas no processo de trabalho foram as mesmas apontadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2011) e estimuladas e avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), ambos criados em 2011. E, assim como essas políticas, o PMM conferiu bastante discricionariedade ao gestor municipal. A título de ilustração, era decisão municipal desde o local de atuação dos médicos até o modo de organizar o processo de trabalho (organização da agenda, número

de pessoas atendidas, protocolos a serem seguidos, problemas de saúde prioritizados etc.). Os recursos extra oferecidos pelo MS em formato de incentivo financeiro, transferidos fundo a fundo, também respeitavam as normas e disposições da PNAB, com especificidades. E a remuneração dos médicos era feita diretamente pelo MS, por meio de bolsa.

A experiência anterior com o Provac, que havia sido fiel à perspectiva de descentralização tão cara ao SUS, mostrou que atribuir aos municípios a responsabilidade de remunerar os médicos resultou em uma miríade de formas de pagamento com problemas importantes em termos de regularidade e valores praticados que acabaram não garantindo a credibilidade e segurança requerida pelo médico para atuar no local demandado. Aprendendo com essa experiência, o PMM centralizou a remuneração dos profissionais e inclusive o que deveria ser pago ou viabilizado pelos municípios, como os auxílios alimentação, moradia e transporte. Tudo foi normatizado em portarias nacionais, que estipulavam os limites nos quais os municípios deveriam agir e previam sanções para a não realização. O MS disponibilizou minutas de leis e notas técnicas que poderiam ser utilizadas pelos municípios para implementar os auxílios. Essa responsabilidade do MS de realizar o pagamento mensal de milhares de médicos exigiu adaptações importantes dos setores responsáveis, além da criação de uma coordenação com essa finalidade no novo departamento do PMM (Carvalho e Sousa, 2013; Brasil, 2015). O Ministério da Saúde se responsabilizava ainda pela seleção e formação dos médicos, curso de especialização em educação à distância pela Universidade Aberta do SUS, e gestão central das atividades e suporte cotidiano, como o Telessaúde.

Ainda assim, a quantidade de médicos brasileiros que vinham respondendo ao Provac era insuficiente para os números demandados pelos municípios, por isso foi necessária a cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o governo cubano, além da permissão de participação no programa de qualquer médico estrangeiro com registro médico em país com proporção de médicos por habitante maior que o Brasil. Essas mudanças foram decisivas para o desenho formulado pela política e seus resultados. Em grande parte, é uma política resultante de experiências anteriores, como o Provac e outros programas de provimento desenvolvidos pelo MS; da cooperação com a Opas e Cuba; da busca de desenvolver ações que abarcassem o conjunto de recomendações sobre o tema exaradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS); e das estratégias de enfrentamento ao conflito com a corporação médica que produziram, por exemplo, muitas mudanças entre a lei e a MP (Pinto, 2018; Oliveira *et al.*, 2019; Pinto *et al.*, 2019a; Oliveira e Pinto, 2018).

Com efeito, grande parte das ações administrativas necessárias para implementar o programa eram conhecidas e operadas, ainda que em volume menor, há mais de um ano no Provac. Havia no entanto a especificidade de a maioria dos

médicos serem estrangeiros e sem registro profissional no Brasil. Isso demandava o adicional de uma operação trabalhosa, ainda que protocolável: emissão de visto e cadastro de pessoa física, criação de registro para atuação profissional, abertura de conta bancária e deslocamento do médico. Essa operação envolvia Banco do Brasil (BB), Itamaraty, Polícia Federal (PF), secretarias de saúde dos estados, Forças Armadas, Opas, além do MS. Todos esses órgãos passaram a operar em volume muito maior que o habitual, dado os números do PMM: 18.240 médicos. Ao contrário das ações tratadas até aqui, esta ainda não havia sido realizada nesse volume e com essa coordenação interinstitucional. Assim, o envolvimento das direções e a coordenação centralizada do programa, com poder de comando, foi central para mobilizar os recursos necessários para a garantia das ações. A execução desse processo nos anos posteriores foi se aperfeiçoando e gerando procedimentos padrões. Foram tornando-se mais previsíveis as soluções que, em um primeiro momento, tiveram mais complexidade e custos de decisão.

Outra dimensão era a realizada pelo MEC. Esta consistia em mobilizar as universidades e os diversos docentes para garantir a tutoria e supervisão desses médicos no dia a dia. Embora essa operação seguisse os moldes do Provac do MS, o fato é que o MEC nunca havia executado nada parecido. O setor responsável pela execução do PMM foi uma diretoria nova do MEC, criada com a finalidade de implementá-lo. Esta diretoria estabeleceu sólida cooperação com o MS. E ainda que significativa parte dos docentes médicos fossem contrários ao programa, a necessidade de tutores e supervisores foi suprida em todas as regiões do país com aqueles favoráveis.

Para a adesão dos docentes ao PMM, foram fatores importantes: dividir o território, fazendo com que cada um ficasse sob a responsabilidade de uma universidade; dar autonomia para o tutor de uma universidade poder selecionar e organizar o trabalho de diversos supervisores diretos dos médicos, que poderiam ser docentes de universidades que não aderiram ou educadores de serviços do SUS; conceder bolsas com remunerações atrativas, com valores maiores que as de pesquisa; e flexibilizar e adaptar a carga horária. Além disso, a tentativa de alguns conselhos de medicina de transformar essa atividade em comportamento contra o código de ética teve resposta e posicionamento jurídico imediato da Advocacia-Geral da União (AGU), além de ter sido normatizado que todo médico envolvido com o PMM teria direito à defesa da AGU para processos relacionados à sua atuação no programa.

A realização de atividades de educação permanente com tutores e supervisores e a automatização de seu processo de trabalho – na qual a agenda, as ações, a metodologia e os resultados eram compartilhados em um sistema – produziram um mínimo de uniformidade na ação e rotina de prestação de contas. Esses fatores somados à negociação por território criava um espaço próximo de solução de controvérsias, mantendo a capacidade adaptativa às singularidades locais e de cada caso.

## 2.4 O desenho da política – eixo formação

O eixo formação teve sua implementação menos efetiva (Pinto *et al.*, 2019a). As medidas que poderiam ser executadas diretamente pelo governo federal e estavam sob o comando direto de dirigentes do MS e do MEC tiveram mais facilidade de serem implementadas. É o caso, por exemplo, de toda a normatização e execução dos editais de abertura de novas escolas para garantir a expansão prevista no programa. A capacidade crítica mobilizada nessa ação foi a formulação de “direito novo” com a criação de instrumentos inovadores. Contudo, a inovação e uma série de outros fatores, discutidos à frente, fizeram com que os órgãos de controle recebessem de maneira conservadora essa ação e protelassem a implementação das etapas posteriores.

As etapas executadas pelo governo federal que dependiam de instâncias colegiadas e multi-institucionais e da ação de órgãos descentralizados tiveram implementação mais lenta ou até bloqueada em algumas dimensões. As novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina e as residências em medicina de família e comunidade, dependentes respectivamente do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Comissão Nacional de Residência Médica, demoraram de um ano a um ano e meio para serem instituídas. Já as novas avaliações das escolas e dos estudantes de medicina, de responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) e com grande influência de comissões de especialistas médicos, não foram implementadas ou foram parcialmente até 2016 – ano no qual a mudança na Presidência da República produziu uma inflexão que alterou as prioridades e os objetivos no eixo formação do PMM (Pinto *et al.*, 2019a). Os órgãos do Estado responsáveis tinham capacidade para implementar essas ações, contudo, isso foi protelado ou bloqueado porque estes foram espaços suscetíveis às pressões que se opunham ao projeto.

Por fim, as ações que dependiam dos dirigentes, dos colegiados e de um significativo número de professores dos cursos de medicina das instituições federais de educação superior foram as que tiveram implementação mais irregular e nas quais a adesão, as posições, os recursos, as capacidades e os contextos locais preponderaram sobre o comando e a diretriz nacional do MEC. Trataremos disso mais à frente.

## 2.5 Cooperação e coordenação

Um terceiro elemento se refere ao desenho e modo como se deram efetivamente os processos de cooperação no âmbito intergovernamental, entre os diferentes entes da Federação, a coordenação interna da política e os efeitos disso na sua implementação. Como dissemos antes, o desenho normativo da política utilizou instituições e processos já existentes em etapas anteriores, o que facilitou a implementação, além de não ter exigido novas rodadas de formulação, validação e aprovação nas instâncias interfederativas e de controle social do SUS.

O desenho da cooperação e coordenação buscou ao máximo fazer uso dessa institucionalidade já existente, como também apontaram Lotta, Galvão e Favareto (2016). Assim, questões, demandas, problemas, novas necessidades, correções de trajetória etc. mais gerais eram, por exemplo, pautadas pelos representantes dos gestores municipais e estaduais na comissão intergestores tripartite (CIT), no âmbito nacional, e, com pautas mais específicas, na Coordenação Nacional do Programa Mais Médicos, que tinha representantes do MS, do MEC, gestores municipais e estaduais. Também era dirigida para essa gestão as questões debatidas de maneira descentralizada nas comissões intergestores bipartite (CIB), no âmbito estadual, pelo fato destas não terem membro deliberativo do MS. Contudo, com o intuito de ter mais agilidade na tomada de decisões e realização das ações requeridas, a maior parte dos temas era arbitrada pela coordenação executiva do programa, que levava em conta as deliberações e diretrizes dos órgãos colegiados nacionais, e dialogava com as instâncias e os atores da gestão tripartite do SUS. Foi criado inclusive um corpo de técnicos chamado de *referências descentralizadas* para fazer a mediação com essas instâncias e atores. Ou seja, não foi construída uma gestão paralela àquela do SUS.

Ainda em termos de coordenação, a tecnoburocracia estatal do governo federal, responsável pela implementação do PMM, teve diferentes comportamentos, mas os resultados satisfatórios de adesão e realização da maioria das ações, especialmente nos eixos provimento emergencial e infraestrutura, parecem estar relacionados a dois fatores. Um corresponde à criação de instâncias de execução, com equipes e instituições novas, e a exigência da adesão dos dirigentes máximos das instituições às quais aquelas eram subordinadas. Outro refere-se à coordenação permanente e com poder de comando, seja da Casa Civil, seja da estruturada em cada ministério envolvido. Uma coordenação que, diante da não realização das atividades previstas ou discordância entre os participantes sobre alguma etapa, meta ou processo da implementação, acionava o secretário nacional da área ou o secretário executivo ou até o ministro do ministério correspondente.

Apesar disso, as maiores resistências em termos da tecnoburocracia do governo central aconteceram em alguns órgãos da administração indireta e em instâncias que contavam com a participação de representantes ou especialistas com vínculos com a corporação médica. Um exemplo que ilustra isso é o Exame de Revalidação de Cursos, o Revalida. Não foram bem-sucedidos os esforços de fazer uma avaliação com grau de exigência semelhante entre o que se cobra do médico estrangeiro e do egresso de um curso de medicina no Brasil. A avaliação melhorou, mas seguiu com uma exigência que, de antemão, se sabe que serão reprovados mais de dois terços dos candidatos. Este exame era construído pelo Inep, sua gestão feita por uma comissão com representações do governo e também das entidades médicas. A equipe de elaboração e de aplicação da prova (há uma prova prática que mensura

as habilidades e atitudes dos candidatos) é composta por diversos docentes que possuem vínculos com a corporação, são críticos ao PMM e resistentes à “abertura” do mercado brasileiro à atuação de médicos estrangeiros.

## 2.6 A adesão dos atores implementadores

Um último elemento a se aprofundar nesta seção, porque em parte já foi abordado, é a *adesão* dos atores implementadores.

No caso do eixo provimento emergencial, os atores descentralizados mais importantes para a implementação efetiva nos municípios eram os gestores municipais e os demais atores sociais que atuavam nos territórios e nas UBS em que a gestão municipal decidiu que deveria receber médicos do programa. A adesão, voluntária, dos gestores municipais foi maciça: mais de 3,5 mil municípios aderiram em um prazo menor que um ano, chegando a pouco mais que 4 mil em um ano e meio.

Essa alta adesão dos municípios se explica porque há muito tempo eles sofriam com a falta de médicos, alta rotatividade e o não cumprimento de carga horária, principalmente nas áreas com as populações mais carentes e vulneráveis. Cada vez mais recursos financeiros eram gastos na tentativa de atrair médicos para estas áreas. O PMM além de garantir o médico, o profissional mais difícil e caro para a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família, assumia o custo da remuneração desse profissional. O profissional do PMM, em sua maioria, era especialista em saúde da família, mais resolutivo e preparado para atenção básica que a média dos médicos brasileiros, em um país no qual menos de 3% dos médicos são formados em medicina de família e comunidade (Pérez, López-Valcárcel e Vega, 2011). Além disso, também contribuiu o fato de o PMM não ter alterado os pactos vigentes do que era discricionário ou não à gestão municipal e o ganho político que os gestores puderam vivenciar. Diversos municípios expandiram muito a cobertura e o PMM passou a representar aproximadamente metade de toda a população coberta de cidades pequenas a capitais tão diferentes como Salvador e Porto Alegre.

A seguir consideraremos o nível de implementação mais próximo do local de realização da atenção à saúde, o dos burocratas de nível de rua do programa: as UBS e a comunidade atendida. Os membros das equipes de saúde da família e gerentes de serviço sofriam com a falta de médicos justamente por não conseguir atender à população com a resolubilidade esperada. Isso deslegitimava o serviço junto à população além de impactar negativamente a saúde da comunidade. Assim, tanto as equipes como as comunidades tinham interesse, apoiaram e receberam muito bem os profissionais, facilitando sua atuação.

Pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Social de Pernambuco (Ipesp), em 2015, mostra que o apoio e a avaliação positiva dos médicos ao programa fazem parte

do início da implementação. Uma das medidas para ampliar esse apoio, além das campanhas nacionais de utilidade pública, foi a agenda de eventos regionais que apresentavam um balanço da implementação e, via mídia regional, mais interessada em fatos concretos e notícias da região, conseguiu furar em parte o bloqueio da grande mídia às notícias favoráveis ao governo vigente de então (Segalin, 2013; Morais *et al.*, 2014; Luz, Cambraia e Gontijo, 2015; Paula *et al.*, 2017; Pinto, 2018).

A maioria das UBS que receberam médicos do programa não contava com médicos atuando (Brasil, 2015; Pinto *et al.*, 2014; 2017). Contudo, mesmo naquelas que tinham médicos que, a princípio, poderia se esperar que seriam críticos ao programa, a chegada dos médicos do PMM não produziu resistência relevante. Objetivamente, o médico do programa que chegou ajudou a atender às pessoas do território, reduzindo a sobrecarga dos médicos que atendiam sozinhos ou com mais um em unidades cujo território demandavam uma quantidade que deveria ser o dobro ou mais de médicos. Assim, até por uma questão pragmática, foram quase inexistentes os relatos de resistência. A mesma pesquisa da UFMG mostrou que quase 100% dos médicos do programa consideraram que foram bem recebidos pela equipe da unidade e pela comunidade.

Também foi importante a adesão dos gestores estaduais responsáveis por apoiar a logística de capacitação e distribuição dos médicos, junto ao MS, e solucionar problemas de gestão cotidiana do programa junto aos municípios, respeitando as diretrizes nacionais e os processos administrativos definidos pela coordenação nacional. O desenho de coordenação do programa previu a atuação das secretarias de estado e estimulou que os setores ficassem formalmente responsáveis por algumas tarefas. Estes poderiam ser novos ou já existentes. Em alguns lugares, foi a coordenação da atenção básica que designou equipe para essa função; em outros, foram criados grupos específicos ligados a uma subsecretaria ou diretamente ao gabinete do secretário.

A implementação do programa prescindia da adesão e atuação das secretarias de estado, mas essa adesão produzia algumas vantagens para os três entes: para os municípios, representava maior proximidade e possibilidade de dialogar com uma instância de coordenação do programa, além da possibilidade de alguns custos logísticos e de infraestrutura extras serem assumidos pelo governo estadual. Para a gestão estadual, a possibilidade de influenciar e também colher resultados políticos de um programa presente na maioria dos municípios do estado e que atendia diretamente um percentual relevante da população – com uma média de 31% da população atendida pelo PMM a casos como o do Acre onde essa cobertura chegava a 71%. Para o governo federal, incremento da adesão e da corresponsabilização e menos custos tanto em termos de logística quanto para a tomada de decisões – devido à proximidade dos atores com o caso, maior negociação regional, maior processamento dos problemas e possibilidades de solucionar controvérsias.

No eixo formação, a questão foi bem diferente. Iniciou-se com a pouca adesão das universidades em expandir o número de vagas de cursos de medicina, em especial nas escolas já existentes. Ainda que muitas vezes existisse a adesão da reitoria, nas unidades de medicina (faculdades e coordenações de curso), ou a direção era resistente e/ou não conseguia mobilizar os recursos necessários junto aos docentes. De um lado, a expansão de vagas se deu via criação de novas unidades e não a partir de um curso prévio, de outro, parte importante da meta de expansão teve de ser feita em instituições privadas de ensino (Brasil, 2015; Oliveira *et al.*, 2019; Pinto *et al.*, 2019a).

A implementação das mudanças previstas nas diretrizes curriculares exigia grande engajamento das direções das escolas, da maioria do corpo docente, dos estudantes e também de forte colaboração dos gestores do sistema de saúde local no qual deveria acontecer a integração entre ensino e serviço. O PMM contribuiu com o processo de mudança da educação médica no Brasil sendo, talvez, a política pública que mais tenha colaborado nesse sentido (Oliveira, 2018), mas não conseguiu, até o momento, produzir os efeitos esperados. De fato, essa é uma mudança complexa e que exige a mobilização e atuação dos diversos atores locais, de “burocratas de nível de rua”, ela exige mudanças culturais importantes. Os mecanismos mais *top down* que pretendiam fortalecer e induzir à mudança local – e que já refletia um aprendizado e incremento com relação às políticas de mudança da graduação anteriores – não chegaram a ter sua implementação concluída e, a partir de 2016, foram em sua maioria descontinuados ou mesmo desfeitos (Pinto *et al.*, 2019a).

Essa mesma análise, em grande parte, pode ser estendida à mudança no número de vagas, nos modos de seleção e currículos dos programas de residência médica, e à formação *lato sensu* em serviço responsável por formar médicos especialistas no Brasil. Houve uma importante expansão e qualificação da formação nas residências de medicina de família e comunidade. Isso foi possível pelo fato de a decisão ser mais dependente dos gestores do SUS que das universidades, mais sobre a gestão do MS que do MEC, mais relacionada a programas de residência novos e envolver médicos que são mais aderidos aos objetivos da política. Mas que, sem a implementação da obrigatoriedade dessa formação, conforme prevista na Lei do PMM, expandiu muito aquém da universalização justamente por não exigir a criação de vagas nas universidades públicas e privadas. Para comprometer definitivamente a meta, a partir de 2016, o governo federal decidiu impedir as universidades federais de expandirem as residências (Pinto *et al.*, 2019a).

Os grupos mais tradicionais não abriram mão do controle que tinham sobre a seleção de candidatos, o número de vagas e uma série de discricionariedades relevantes para a manutenção do *status quo* desses programas. Resistiram às mudanças previstas no PMM, em especial, por não quererem ampliar o número de especialistas no mercado de trabalho, não perder o poder de influenciar os ingressantes nos programas e

por discordarem da nova mudança dos currículos e itinerário de formação dos médicos que apontava para uma formação mais integral, mais generalista e mais voltada às necessidades do SUS. Vale destacar que a posição da corporação de querer manter a relação população-postos de trabalho médicos-número de médicos fez com que ela resistisse à expansão pública e privada de vagas na graduação, à expansão de vagas na pós-graduação (residências para formação de especialistas), às mudanças que buscavam fazer do Revalida uma avaliação mais equilibrada (e, portanto, com maior potencial de validar o diploma de médicos formados fora do país e aptos a trabalhar no mercado brasileiro) e ao cadastro nacional de especialistas, previsto na lei para ser um instrumento de identificação da necessidade de médicos e especialistas para cada localidade do país (Pinto *et al.*, 2019).

A dimensão da política que, segundo a tipologia de Lowi (1964), teria diversos elementos de uma política regulatória foi a que produziu reação dos atores sociais com maior poder acumulado dentre os que já mencionamos. O PMM mudou a regulação da abertura de escolas médicas privadas no Brasil e instituiu instrumentos de política que operacionalizam a nova regulação dando um salto inédito na atuação do Estado para a ordenação da formação na perspectiva das necessidades do SUS, um princípio constitucional (Pinto *et al.*, 2019). Nessa mudança, o programa substituiu uma lógica *market oriented* por uma *policy oriented*, conforme a análise de Rovere (2015). Assim, a iniciativa que era até então privada, passou a ser pública. Antes, o acordo entre um prefeito, alguns parlamentares e a mantenedora de uma faculdade poderia resultar em recursos técnicos, econômicos e políticos que pressionariam o MEC a abrir uma escola médica em um dado município e com amplo acordo da população. Isso aconteceria independentemente de o local ter ou não necessidade de médicos ou de vagas. Na maioria das vezes, o critério da mantenedora era ter potenciais alunos com capacidade de pagamento e o dos atores políticos, ter ganho político.

O PMM mudou essa prática, com ele, passou-se a ter critérios para que os municípios escolhidos fossem baseados na necessidade de médicos e vagas de graduação na região, bem como ter um planejamento global e regionalizado. Assim, em uma região, se definia o melhor lugar para ter uma escola além de se valorizar o critério da interiorização e prover escolas para populações com mais necessidade de médicos e vagas, respeitando, obviamente, os critérios de qualidade (Brasil, 2015). Essa mudança impediu que se abrissem escolas em qualquer local e fez com que o processo perdesse grande parte de sua discricionariedade, passando a ser regido por regras claras e editais. O acordo entre atores não garantia mais a criação da escola.

A nova regulação teve adesão imediata do segmento de escolas privadas com o interesse de criar novos cursos de medicina. Contudo, o processo limitou a quantidade de escolas que uma mantenedora poderia abrir, o que incomodou os grandes grupos de educação que hoje monopolizam o segmento no Brasil. Com o resultado do edital, dois grupos se interessaram em bloquear a criação das novas

escolas: as mantenedoras que não venceram e a corporação médica. Ambos se aliaram a parlamentares e produziram diversas ações de resistência. Uma conseguiu interromper o processo, suspendendo o edital do Tribunal de Contas da União (TCU), descontinuando assim o processo por dois anos para a maioria das escolas (Pinto, 2018). O MEC reagiu a essa ação de modo técnico e legal, mas não criou, por exemplo, um espaço de concertação que envolvesse o Legislativo federal, o TCU e representantes do mercado privado de educação para solucionar uma paralisação que era ruim para a maioria dos atores envolvidos.

Na sequência, o segmento de escolas privadas passou a pressionar uma mudança da legislação para flexibilizar a abertura de escolas. Essa legislação seria regulada somente por mecanismos de mercado. Já a corporação médica pressionava para que a expansão fosse interrompida. O ritmo da expansão foi prejudicado por esse embate entre os atores sociais citados, que buscavam alterar o comportamento das instituições e as próprias regras institucionais conforme seus próprios interesses e projetos.

Por fim, vale destacar que a formulação do PMM foi um processo mais interno e reservado. No governo federal, apenas os setores diretamente responsáveis debatiam e participavam desta etapa. A antecipação do lançamento do PMM impediu que outros atores pudessem ser chamados a participar da formulação. Mas a prioridade dada à política, o seu modo de coordenação, o alto interesse que diversos atores tinham na implementação de suas ações, bem como a oposição de outros aos resultados de suas ações, definiram mais a adesão e atuação dos atores sociais, a favor ou contra, que o fato de ter ou não participado da formulação inicial. Acreditamos que a maior participação dos atores teria mudado pouco a posição, em grande parte previsível, que os atores sociais tiveram frente à política (Pinto, 2018; Pinto *et al.*, 2019a; 2019b).

### 3 O QUE APRENDEMOS COM O PROGRAMA MAIS MÉDICOS?

Podemos sintetizar alguns fatores que atuaram para o sucesso ou ao menos contribuíram para o alcance dos resultados no PMM, bem como os que atuaram em contrário, dificultando a implementação da política. A seguir abordaremos com prioridade esses fatores na medida em que eles nos permitiram aprender com a experiência para apoiar a formulação, implementação e coordenação de outras políticas.

Primeiramente, destaca-se que o PMM é em grande parte uma política exitosa e bem-sucedida, especialmente quando consideramos os eixos provimento emergencial e infraestrutura. Aquele atendeu toda a demanda dos municípios, ultrapassou as metas previstas inicialmente, avançou em uma distribuição equitativa dos médicos – as áreas mais vulneráveis receberam proporcionalmente três vezes mais médicos que as mais ricas – e teve efeitos importantes (Pinto *et al.*, 2017).

Esses resultados seguem sendo estudados e apresentados, inclusive, em diversas pesquisas que analisam os efeitos nos indicadores de saúde da população atendida. O eixo infraestrutura, em que pese uma desaceleração a partir de 2016 com o forte contingenciamento de recursos de custeio e investimento sofrido pela área da saúde, das aproximadamente 26 mil obras previstas no Programa de Requalificação das UBS, 73% foram concluídas. Destas, 9.900 são construção de novas unidades que alcançaram um percentual de conclusão de 60%.

No eixo formação, também houve avanços significativos. Foram criadas as novas diretrizes curriculares nacionais; formulados os instrumentos de política para regular a expansão de escolas e monitorar a quantidade de médicos especialistas por território no país. O número de vagas nos cursos de medicina tornou-se maior nas cidades do interior que nas capitais. Assim, com a abertura de novas escolas em cidades com população a partir de 70 mil habitantes, houve um claro processo de interiorização, aumentando as regiões de saúde com escolas de medicina. O número destas regiões no Brasil passou de 143 para 204, de um total de 438. As metas de expansão de vagas de graduação, 11,5 mil até o fim de 2015, conseguiram ser executadas em 55% e chegaram a 74% ao fim de 2018. As regiões Norte e Nordeste praticamente equipararam a quantidade de vagas por habitante das regiões Sul e Sudeste. Foram criadas ainda mais de 10 mil vagas de residência médica, mas a universalização da residência em medicina de família e comunidade não foi atingida e não é mais prioridade (Oliveira *et al.*, 2019). Contudo, como já dito, o eixo formação teve várias iniciativas paralisadas ou mesmo desfeitas e há uma tendência em seguir esse processo de desconstrução nos próximos anos (Pinto *et al.*, 2019a).

Alguns dos elementos destacados que contribuíram para o êxito do eixo formação foram a prioridade e coordenação da política. Esta foi a agenda central da Presidência da República, uma coordenação que de fato fez com que os vários ministérios e setores se engajassem na implementação, na análise e solução de problemas. Muito se pôde aprender com esse modo de fazer a gestão coordenada entre os vários ministérios e as várias áreas em cada um deles. A importância dada à política aliada à sua coordenação conseguiu garantir, por exemplo, que recursos fossem mobilizados e que o PMM tivesse todo o orçamento necessário para sua implementação e expansão, que se deu até 2016.

Outro aprendizado foi quanto ao processo de formulação do PMM que, ao contrário de uma visão “etapista” do ciclo de políticas de Dye (2009), a formulação seguiu acontecendo durante todo o processo de implementação. O modo de coordenar e gerir uma política que precisa construir novos instrumentos legais e administrativos, criar parâmetros, modelos de análise e modelos lógicos de implementação, bem como desenvolver, instituir e aprimorar processos, criar instâncias e espaços de

gestão demandam uma conformação de organizações que aprendem e isso não é um desafio simples para as instituições privadas nem públicas (Morgan, 1996). É mais desafiador ainda naquelas instituições tradicionais, como é o caso do MS e do MEC.

Outro aprendizado importante foi quanto às decisões de quando criar novas instâncias, organizações e instituições para desenvolver uma tarefa ou implementar uma dimensão da política e quando fazer o máximo esforço para utilizar as instituições vigentes. De uma maneira geral, quanto aos espaços de coordenação da política, tanto no subsistema da saúde quanto no da educação, a decisão foi de usar prioritariamente a institucionalidade vigente. Isso mostrou-se acertado no subsistema da saúde, mas no da educação é evidente que deu poder de veto (Tsebelis, 2002) a alguns espaços que conseguiram protelar ou mesmo bloquear ações e decisões importantes para a implementação da política.

Essa mesma orientação geral foi observada quanto à institucionalidade relacionada à execução da política. O seu desenho operacional, como tratado anteriormente, apoiou-se no que já existia. A decisão predominante foi de incrementar as instâncias e organizações de execução já envolvidas com processos e políticas análogos. Contudo, foi criado um novo departamento no MS, e uma diretoria e outra coordenação no MEC para serem os responsáveis pela execução da política. Isso foi decisivo para a prioridade e capacidade apresentadas pelo governo federal na implementação do PMM. E, como dito antes, também foi criada uma grande equipe de referências descentralizadas, mais de duzentas se somadas as do MEC com as do MS, para apoiar localmente a implementação da política.

O PMM, aprendendo com a experiência anterior, centralizou alguns processos que no primeiro ano do Provac não eram, por exemplo, a contratação e remuneração dos médicos. Essa centralização foi decisiva para a rápida implementação e, principalmente, adesão dos médicos ao programa. Experiências internacionais mostram que uma política com esse desenho é necessária por muitos anos para áreas mais vulneráveis, com grande escassez de médicos e muita dificuldade em atraí-los e fixá-los, contando só com a capacidade do poder público local (Oliveira *et al.*, 2015).

Contudo, passado o primeiro momento de implementação e de atenção ao problema, seria necessário desenhar e transitar para um modelo mais descentralizado. A alternativa municipal parece não ser a mais viável, tendo em vista a imensa dificuldade dos municípios em resolver esse problema (Santos e Pinto, 2009; Girardi *et al.*, 2011). No entanto, seria necessário pensar em estratégias regionais e interfederativas. O MS chegou a elaborar editais para prospecção, apoio e estudo de experiências assim, com a da Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia, mas isso não resultou em formulação de uma proposta nem em medida concreta de implementação de alguma alternativa por parte do governo federal.

Importante salientar que os interesses e as ideias dos atores implicados parecem ter sido os fatores mais importantes para prever e compreender a posição a respeito do PMM, do grau de adesão ao engajamento na oposição ao programa (Côrtes e Lima, 2012). A enorme adesão ao programa por parte dos atores locais dos municípios está bastante relacionada ao grande potencial da política em resolver um importante problema local. Potencial rapidamente demonstrado logo na implementação inicial do programa. Vale destacar que a decisão de iniciar a implementação imediatamente à publicação da MP foi essencial para receber uma adesão tão forte entre os atores locais e um aumento progressivo de apoio da *opinião pública*. Isso resultou numa convergência de posição dos parlamentares que votaram a ratificação da MP em lei (Brasil, 2013a; 2013b).

Pouco provável que o envolvimento dos atores implicados para além do que foi feito mudaria suas posições. Mas se isso em grande parte parece ser real para as organizações mais conservadoras da categoria médica (Gomes e Merhy, 2017), parece que, como já abordado, o governo federal deveria ter investido em espaços de concertação para a solução de controvérsias entre atores do setor privado de educação, parlamentares e Tribunal de Contas, por exemplo.

O eixo formação necessita de uma implementação mais longa, seus resultados são sentidos somente no médio prazo e sua compreensão é menos imediata. Com isso, seus efeitos são percebidos tardiamente pela população, pelos parlamentares e demais atores políticos que não são especialistas ou envolvidos com a área de educação médica. Um aprendizado ainda fundamental se dá na questão: como comunicar, engajar e desenvolver compreensões mais complexas por parte da população em geral e dos atores relevantes para a implementação de políticas desse tipo? O paradoxo dessa questão consiste no fato deste eixo ser considerado o mais estruturante e com mais efeitos de médio prazo da política e ainda assim ter sido o menos implementado e o que teve mais reação a fim de protelá-lo, bloqueá-lo, em grande parte, e até mesmo desfazer algumas de suas iniciativas. Tudo isso ocorreu praticamente de modo despercebido pela população, pelos meios de comunicação e pela maioria dos parlamentares (Pinto *et al.*, 2019a; 2019b).

Por fim, algumas questões importantes sobre o PMM ainda precisam ser compreendidas.

- 1) A alternativa de expandir as vagas via instituições de educação superior privadas, ante a dificuldade que se teve de cumprir a meta nas públicas, resulta nos mesmos objetivos em termos de ampliação e democratização do acesso à formação médica, formação de boa qualidade e voltada para o SUS e formação de um cidadão e médico socialmente comprometido e eticamente alicerçado?

- 2) A expansão de vagas somada às medidas de interiorização da formação de fato resultarão em uma distribuição dos médicos menos concentrada nos grandes centros?
- 3) O novo papel assumido pelo governo federal no provimento de profissionais, e consequente maior probabilidade de produção de dependência deste papel por parte do município, em especial, os com maior dificuldade de atração e fixação de profissionais e com piores condições fiscais, pode ou poderia ser base para uma alternativa mais estruturante e de médio prazo para o provimento e fixação de profissionais, ainda que não necessariamente municipal ou realizada diretamente pela União?
- 4) Essas são análises relevantes para compreender se, nesses casos, alternativas com caminho de implementação mais rápido conseguem de fato se articular com outras mais estruturantes e que sejam efetivas a curto ou longo prazo. Contudo, essas são reflexões que excedem as pretensões deste texto.

## REFERÊNCIAS

- AARON, Y. *et al.* Census of actively licensed physicians in the United States. **J MedRegulation**, v. 99, n. 2, p. 11-24, 2012.
- ALMEIDA RODRIGUES, P. H. *et al.* Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, 2013.
- AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, 2004.
- ALÉSSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 633-667, 2016.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- \_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 23 out. 2013a. Disponível em: <encurtador.com.br/jkosI>. Acesso em: 21 jan. 2019.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 23 out. 2013b. Disponível em: <http://abre.ai/ak6J>. Acesso em: 21 jan. 2019.

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

BUYKX, P. *et al.* Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. **Australian Journal of Rural Health**, v. 18, n. 3, p. 102-109, 2010.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 913-926, 2013.

CHOPRA, M. *et al.* Effects of policy options for human resources for health: an analysis of system aticre views. **The Lancet**, v. 371, n. 9613, p. 668-674, 2008.

CINGOLANI, L. **The State of State Capacity**: a review of concepts, evidence and measures. Japan: United Nations University – Maastricht Economic and Social Research Institute on Innovation and Technology (UNU – MERIT). 2013. (Working Papers, n. 53).

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 125-140, 2008.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., Brasília, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Relatório final).

CÔRTEZ, S. V.; LIMA, L. L. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. **Lua Nova**, v. 87, p. 33-62, 2012.

DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 5, p. 379-385, 2010.

DYE, T. R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. *In*: **Políticas públicas e desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Editora UnB, cap. 3, v. 2, p. 99-128, 2009.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 2, p. 51-71, 1998.

GMC – GENERAL MEDICAL COUNCIL. **The state of medical education and practice in the UK**. United Kingdom: GMC, 2012. Disponível em: <<http://twixar.me/nMx1>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

GIRARDI, S. N. *et al.* Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. *In*: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH, 2011. p. 171-186.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1103-1114, 2017.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)**: Saúde. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <<http://twixar.me/rNx1>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

KINGDON, J. Agendas, alternatives and public policies. Longman Classics. *In*: POLITICAL SCIENCE. 2. ed. Washington, 2011.

LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, 2016.

LUZ, C. A.; CAMBRAIA, C. N.; GONTIJO, E. D. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. **Tradterm**, v. 25, n. 1, p. 199-233, 2015.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de medicina e médicos no Brasil**: números atuais e projeções. *In*: PROJETO AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS. São Paulo, 2013. (Relatório I).

MORAIS, I. *et al.* Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa Mais Médicos? **RevEscEnferm USP**, v. 48, n. 1, p. 107-115, 2014.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a glance 2011**: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2011. Disponível em <<http://twixar.me/1cx1>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

OLIVEIRA, F. P. **As mudanças na formação médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, p. 238, 2018.

OLIVEIRA, F. P.; PINTO, H. A. A formulação e implementação do Programa Mais Médicos e a cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde e Cuba. **Revista Saúde em Redes**, n. 4, 2018.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: a Brazilian program in an international perspective. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

\_\_\_\_\_. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 1, p. 1087-111, 2019.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAULA, D. M. P. *et al.* O Programa “Mais Médicos” na mídia brasileira: estado da arte. **Observatório**, v. 11, n. 1, p. 1-13, 2017.

PÉREZ, P. B.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G.; VEGA, R. S. **Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas en Brasil: proyecciones a 2020**. Las Palmas: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 2011.

PINTO, H. A. **O que tornou o Programa Mais Médicos possível: análise da formação da agenda e do processo de formulação do Programa Mais Médicos (Projeto de Pesquisa)**. Porto Alegre, 2018. Mimeo.

PINTO, H. A. *et al.* O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 51, p. 105-120, 2014.

PINTO, H. A. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2017.

\_\_\_\_\_. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019a.

\_\_\_\_\_. Sustainability of the More Doctors Program as a public policy. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, n. 1, 2019b.

POZ, M. R. D.; PERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 187-233.

RODRIGUES, P. H. A; *et al.* Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis** [online], v.23, n. 4, p. 1147-1166, 2013.

ROVERE, M. R. El Programa Más Médicos: um análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 635-636, 2015.

SABATIER, P. A.; WEIBLE, C. M. The advocacy coalition framework: in novation and clarifications. *In*: SABATIER P. A. (Ed.). **Theories of the policy process**. Cambridge, M.A.: West view Press, p. 189-220, 2007.

SANTOS, L.; PINTO, H. A. A saúde da família de cara nova. *In*: SANTOS, L. (Org.). **Fundações estatais estudos e parecer**. Campinas: Saberes Editora, v. 1, p. 371-387, 2009.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. **Demografia médica no Brasil**: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, v. 2, 2013.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, p. 133, 2010.

SEGALIN, M. **O Programa MM**: um estudo de imagem a partir da revista veja. 2013. (Monografia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (Rio Grande do Sul), 2013.

SILVA, E. S. **Programa Mais Médicos**: a formação de uma política pública. 2017. 111 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/331561>>. Acesso em: 3 set. 2018.

TSEBELIS, G. **Veto players**: how political institutions work. Princeton: Princeton University Press, 2002.

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <<http://twixar.me/qcx1>>. Acesso em: 21 jan. 2019. (Relatório Técnico de Projeto).

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; IPESPE – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E SOCIAL DE PERNAMBUCO. **Pesquisa avaliação de política pública para saúde no Brasil**: Programa Mais Médicos. Minas Gerais: UFMG; Brasília: Ipespe, 2015. Mimeo.