

Programa Mais Médicos: análise lógica à luz da modelagem de políticas públicas

- Alex dos Santos Macedo*
 - Marco Aurélio Marques Ferreira **
 - Ana Paula Teixeira de Campos ***
 - Cristiana Tristão Rodrigues ****
-

Resumo

O objetivo deste artigo foi realizar a análise lógica do Programa Mais Médicos (PMM), procurando verificar a adequabilidade dos objetivos propostos com os meios implementados para atingí-los a partir dos pressupostos da literatura de análise de políticas públicas. Desta forma, foi proposto um modelo lógico, estabelecendo as conexões entre as estruturas, os processos e os resultados do PMM. Este foi instituído em 2013 para enfrentar o problema da má distribuição de médicos e contribuir para fixação dos mesmos em localidades de maior escassez e vulnerabilidade social. Para responder ao propósito do estudo, realizou-se pesquisa documental e bibliográfica. A construção do modelo baseou-se em duas referências de modelagem de programas: Bezerra, Cazarin e Alves (2010) e Cassiolato e Guerresi (2010). As atividades do PMM foram agrupadas em três eixos de ação: provimento emergencial, educação e infraestrutura. Para cada um desses eixos, mapeou-se os resultados alcançados, as possibilidades de aperfeiçoamento, bem como as áreas de possíveis ajustes na implementação. Os resultados indicam a possibilidade de avaliação da intervenção, além de importantes lições aprendidas a partir da implementação do PMM.

Palavras-chave: Análise de Políticas Públicas. Provimento de Médicos. Modelo Lógico. Programa Mais Médicos.

* Doutorando em Administração pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa - MG, Brasil.
<http://orcid.org/0000-0002-1800-0119> E-mail: alexmacedo.ufv@gmail.com

** Doutor em Economia Aplicada (UFV). Professor Associado do Departamento de Administração e Contabilidade da Universidade Federal de Viçosa.
<http://orcid.org/0000-0002-9538-1699> E-mail: marcoufv1@gmail.com

*** Doutora em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (CPDA/UFRRJ). Pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Administração pela UFV.
<http://orcid.org/0000-0002-3527-2730> E-mail: apcampos@gmail.com

**** Doutora em Economia Aplicada (UFV). Professora Adjunta do Departamento de Economia na Universidade Federal de Viçosa.
<http://orcid.org/0000-0001-6639-969X> E-mail: cristiana.rodrigues@ufv.br

Introdução

Muito se tem avançado no que diz respeito à execução de políticas públicas desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, que universalizou formalmente o acesso aos principais setores de interesse social, dentre eles a saúde. Todavia, ainda existe um hiato na qualidade e extensão do provimento de elementos essenciais nessa matéria, em especial no que diz respeito à equidade na distribuição de médicos no território brasileiro. A quantidade, distribuição e a qualidade dos profissionais de saúde, como os médicos, podem favorecer o acesso equitativo aos serviços de saúde (SOUSA; DAL POZ; CARVALHO, 2012). Adicionalmente, pode influenciar na disponibilidade dos serviços a serem prestados, bem como a quantidade e a qualidade dos mesmos.

Em 2013, a média nacional era de 1,8 médicos para cada mil habitantes, sendo que, 22 estados da federação estavam abaixo da média nacional. Nos extremos estava o Estado do Maranhão, na região Nordeste, com a menor relação de médicos por mil habitantes, de 0,58. Em sentido oposto o Distrito Federal, no Centro-Oeste do país, com 3,46 médicos a cada mil habitantes (BRASIL, 2015a).

Esta relação aos médicos/1000 habitantes levou a proposição do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, pelo Governo Federal, com o intuito de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), visando, dentre outros propósitos, a redução das desigualdades regionais em saúde no país. Para tanto, o PMM foi estruturado em três eixos estratégicos. O primeiro é o provimento emergencial de médicos em áreas com escassez de profissionais; o segundo foco de ação é na ampliação e reformas nas questões curriculares dos cursos de medicina e residência médica; e, por último, a melhoria da infraestrutura da rede de saúde, com investimentos nas unidades básicas de saúde (UBS). Cabe ressaltar que o programa foi instituído num contexto de debates e embates, em especial sobre a vinda de médicos estrangeiros (como os cubanos) e a ausência de revalidação do diploma médico para atuação no país, envolvendo diversos atores sociais com interesses e visões divergentes quanto à solução para resolver a carência e má distribuição de médicos no território nacional (MACEDO et al., 2016). Os debates e críticas sobre a implementação do PMM são voltados para a sua estruturação, efetividade e perenidade, devido ao seu viés provisório (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

Em termos de desafios de avaliação, em sua proposição, o PMM não estabeleceu em normativos quais seriam os indicadores que utilizaria para acompanhar e avaliar os seus resultados (BRASIL, 2013a). Desta forma, a definição de quais indicadores utilizar para

avaliar e monitorar o PMM tem se revelado um desafio para a academia e para os gestores. Segundo Barbosa et al. (2018, p. 2) “a avaliação desse Programa tem-se mostrado um desafio no sentido da compreensão de quais indicadores efetivamente refletem o impacto do PMM na saúde da população”. Segundo a Unidade Gestora do PMM, há definição dos indicadores para avaliar o impacto da política e para subsidiar a gestão do programa. Todavia, “ainda não os são utilizados em decorrência de dificuldades para focar qual o impacto se almeja atingir e se os resultados obtidos justificariam toda a estrutura e os recursos utilizados.” (BRASIL, 2015b, p. 6).

Diante do exposto, a construção de um modelo teórico pode auxiliar no entendimento da avaliação do PMM. Nesse sentido, a definição do que avaliar assume um papel central e crucial na avaliação de políticas públicas (CHAMPAGNE et al., 2011a). Em função disso, realizou-se uma avaliação do PMM a partir dos pressupostos da literatura de análise de políticas públicas, em que foi proposta uma análise lógica da intervenção, procurando analisar a adequabilidade dos objetivos propostos pela intervenção com os meios implementados para atingí-los (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Para tanto, elaborou-se um modelo lógico do PMM considerando seus três eixos centrais de atuação: a) infraestrutura da rede de saúde; b) educação e c) provimento emergencial de médicos, estabelecendo as relações entre o problema, seus determinantes, ações e atividades que compõem o PMM e os resultados esperados.

Desta forma, o artigo traz uma contribuição acadêmica e gerencial ao PMM ao propor um modelo lógico de análise. O modelo lógico centrado na teoria do programa é “uma proposta para organizar as ações componentes de um programa de forma articulada aos resultados esperados, apresentando também as hipóteses e as ideias que dão sentido à intervenção.” (CASSIOLATO; GUERESI, 2010, p. 4). Desde 2007, o modelo lógico vem sendo adotado no Governo Federal com o intuito de aperfeiçoar o Plano Plurianual (PPA) (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Com isso, espera-se contribuir com a academia e gestores federais, estaduais e municipais que atuam diretamente ou indiretamente com PMM, uma vez que, a definição do modelo lógico ajuda os avaliadores e gestores a centrarem-se nos elementos importantes do programa, além de identificar quais questões de avaliações devem ser realizadas, por que razão e quais as medidas de desempenho são fundamentais para avaliação do programa (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2004). Assim, ao modelizar uma intervenção, procura-se estabelecer as conexões entre as estruturas, os processos e os resultados de uma política pública (CHAMPAGNE et al., 2011a). Ao propor uma análise

lógica para o programa, espera-se chegar a uma melhor definição dos objetivos, recursos, ações e resultados almejados pelo PMM.

O artigo, além desta seção introdutória está organizado em mais três seções. Na sequência está o caminho metodológico, a fim de delinear a análise lógica do PMM. Na segunda seção, discutiu-se os resultados do estudo apresentando inicialmente uma análise estratégica do macroproblema do PMM, considerando as causas e consequências dos problemas relacionados ao provimento de médicos no país. A partir de então, elaborou-se o modelo lógico do PMM, analisando suas três frentes de atuação: provimento emergencial, educação e infraestrutura, evidenciando os recursos, atividades, resultados de curto prazo, intermediários e de longo prazo almejados pelo PMM. Em seguida, considerando a implementação da intervenção, buscou-se extrair as lições aprendidas deste processo. Por fim, apresentam-se as considerações finais.

Metodologia

A Pesquisa é do tipo qualitativa de cunho exploratório e descritivo (GODOY, 1995). Utilizou-se como referência para construção do modelo lógico proposto as sugestões de duas metodologias de modelagem de programas: Bezerra, Cazarin e Alves (2010) e Cassiolato e Guerresi (2010). Os dados para elaboração do modelo lógico foram obtidos em pesquisas documentais e bibliográficas. Cabe ressaltar que as pesquisas documentais são importantes para a construção do modelo lógico conforme endossaram Bezerra, Cazarin e Alves (2010). Para seleção dos documentos e dados, consultou-se o *site* oficial do Programa Mais Médicos junto ao Ministério da Saúde, o Diário Oficial da União, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Plano Plurianual do Governo Federal 2016-2019 no aplicativo PPA-Cidadão (BRASIL, 2019a).

Os documentos selecionados foram escolhidos por conterem informações oficiais, bem como os normativos e suas alterações que regem o PMM, além é claro, de evidenciar o contexto da política em questão. O recorte temporal de consulta dos documentos foi de junho de 2013 (anterior à implementação da política) a dezembro de 2017, utilizando o termo “mais médicos” para a seleção dos documentos. Desta forma, foram selecionados os materiais seguintes: a) Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013a) e b) Portaria Interministerial nº 1369, de 08 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b), ambos do *site* oficial do PMM e do Diário Oficial da União; c) Programa mais médicos –

dois anos: mais saúde para os brasileiros (BRASIL, 2015a), do *site* oficial do PMM; e d) metas do PMM oriundo do Aplicativo PPA-Cidadão (BRASIL, 2019a).

Os documentos selecionados contribuíram para caracterizar a política pública analisada, evidenciando seus objetivos, qual o público-alvo e as metas traçadas pelo PMM. Também permitiram identificar quais ações seriam imprescindíveis para o funcionamento do programa, quais recursos necessários e quais efeitos são esperados.

De forma a complementar a pesquisa documental, realizou-se pesquisa bibliográfica não sistemática em materiais já produzidos sobre o PMM, como artigos científicos, relatórios e notícias em diversos meios de comunicação na *internet*, na Plataforma de Conhecimentos sobre o PMM, no Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, considerando o início do PMM em julho de 2013 até dezembro de 2017, com os termos “mais médicos” e “Programa Mais Médicos”, o que permitiu evidenciar os avanços e as oportunidades de melhoria da política analisada.

A construção do modelo lógico seguiu os seguintes procedimentos: 1) resposta às ‘12 questões chaves’ para modelagem de programas; 2) elaboração da Árvore de Problemas evidenciando a explicação do problema e referências básicas do Programa (objetivos, público-alvo e beneficiários); 3) construção do modelo lógico do PMM, como indicaram as duas referências adotadas neste estudo (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Complementar à primeira metodologia, adotou-se a proposta utilizada pelo Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em que sugere que três componentes devem ser explicitados na elaboração do modelo lógico: “1. Explicação do problema e referências básicas do Programa (objetivos, público-alvo e beneficiários). 2. Estruturação do Programa para alcance de Resultados (Resultado Final e Impactos). 3. Identificação de Fatores Relevantes de Contexto.” (CASSIOLATO; GUERESI, 2010, p. 7). Neste estudo, com exceção do item dois, os demais procedimentos foram utilizados, resultando, assim, na elaboração da Árvore de Problemas (Figura 01), pois, tal recurso contribui para elencar de forma clara os problemas e o item três permite a identificação dos fatores de contexto favoráveis e os que podem comprometer o desenvolvimento do PMM.

Seguindo as recomendações de Cassiolato e Guerresi (2010), na árvore de problemas utilizada para explicação e análise do problema que a política busca enfrentar foram inseridos na discussão, os descritores do problema e os critérios de priorização dos beneficiários. O primeiro se mostra relevante por trazer a situação inicial do problema que o PMM visa combater e ao mesmo tempo, permite avaliar as mudanças esperadas

com a política em questão. Já o segundo, facilita a priorização dos beneficiários em caso de insuficiência de recursos e, ao mesmo tempo, possibilita um acompanhamento/monitoramento da eficácia do programa (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Adicionalmente, elaborou-se uma proposta de modelo lógico do PMM (Figura 02), que ainda não foi validado com gestores do PMM em oficinas conforme recomenda a literatura, o que poderá ser realizado pela coordenação do PMM. Assim, a construção do modelo lógico do PMM pode auxiliar na compreensão da base teórica do PMM e ao mesmo tempo sua sequência lógica constitutiva capaz de propiciar aos gestores e analistas de políticas públicas subsídios para análise de sua gestão, execução e avaliação. Desta forma, a construção do modelo, ainda que não validado, contribuiria para a síntese do conhecimento na área.

O modelo lógico está estruturado em torno das dimensões do PMM, dos recursos necessários para se operar o programa, das atividades que estão orientadas a mudar causas críticas do problema, dos produtos, ou melhor, dos bens ou serviços disponibilizados para prestar a quantidade de serviços esperados. Por fim, os resultados, intermediários, que apontam as mudanças nas causas do problema, e, como consequência leva ao resultado almejado, que deve estar alinhado ao objetivo do programa e refletir a mudança esperada no problema que o originou. Cabe esclarecer que o modelo lógico proposto não é estático, sendo assim, torna-se fundamental sua revisão periódica, pois ele possui um caráter dinâmico, onde há a possibilidade de incluir ou retirar informações do modelo (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Por fim, procurou-se compreender a partir da análise de conteúdo o processo de execução e os resultados alcançados pelo PMM. Para tanto, sob a perspectiva do referencial de avaliação de implementação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; WINTER, 2010), buscou-se evidências científicas da implementação do PMM, considerando os aspectos favoráveis e limitantes à intervenção em relatórios, literatura e banco de dados. A análise da realização contribui para “delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a prática de uma intervenção.” (CHAMPAGNE, et al., 2011, p. 217b). Segundo Dal Poz et al. (2015), a análise da implementação de uma política pública pode auxiliar no entendimento das barreiras experimentadas e das lições aprendidas deste processo. Pode ainda, contribuir para tornar o processo de execução mais eficaz.

Resultados e Discussões

Análise Estratégica do Macroproblema do Programa Mais Médicos

O debate acadêmico sobre os problemas relacionados à distribuição desigual de médicos no país iniciou-se na década de 1960 e intensificou-se a partir da década de 1970 em virtude de diversas transformações políticas, sociais e econômicas do mundo contemporâneo, que causavam impactos na formação, no mercado de trabalho, na organização dos serviços e na distribuição e perfil desses profissionais. Essas mudanças propiciaram distribuição desigual da classe médica, com forte concentração nas regiões Sul e Sudeste, em função do aumento do número de cursos de medicina, de vagas em residência médica e da concentração populacional e do Produto Interno Bruto (PIB), ambos em especial na região Sudeste (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Dentre os motivos que levaram à concentração desta categoria profissional nos locais mais urbanizados e desenvolvidos do país, está o modelo de desenvolvimento econômico e social que, de certa forma, acabou reproduzindo e aprofundando as desigualdades até então existentes, ocasionando uma maior concentração de renda nas regiões mais ricas e desenvolvidas do país. Além disso, foi em tais regiões que se “deu uma penetração mais intensa das relações capitalistas na prestação de serviço de saúde.” (GIRARDI, 1986, p. 433).

Esta discrepância na distribuição dos profissionais da saúde em território brasileiro, era uma das preocupações do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) para a consecução de uma política universal em saúde. Esse movimento teve importância substancial pela conquista da criação do SUS que possui como uma de suas bandeiras a defesa do direito ao acesso à saúde em sentido amplo (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

A partir de então, iniciativas governamentais voltadas a mitigar os problemas da má distribuição de médicos têm sido implementadas, porém não foram suficientes para sanar o problema (OLIVEIRA et al., 2015), que contribuiu para dificultar a consolidação do SUS. Além de melhorar a distribuição de médicos no território, outros avanços no SUS são necessários para que ele atenda aos seus princípios. A literatura sobre o assunto aponta dificuldades no acesso de alguns grupos e camadas sociais, bem como a integralidade da atenção à saúde conforme asseverou Piola et al. (2009). Ainda segundo o autor e colaboradores, não menos importante, outros desafios ainda persistem como nas áreas de gestão, a formação e distribuição adequada de recursos humanos em saúde, os modelos de gestão em saúde e a sustentabilidade e volume financeiro para atender as necessidades de saúde da população, além da consolidação da descentralização e da regionalização do SUS.

Somam-se a esses constrangimentos o debate e a regulação das relações público-privadas na saúde, as iniquidades territoriais em saúde e as desigualdades econômicas e sociais inter e intrarregionais (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017). Esse contexto pode potencializar discrepância na distribuição de médicos, além de promover concentração desta categoria profissional no atendimento de alguns grupos específicos da população (SCHEFFER, 2018).

As iniquidades territoriais em saúde tendem a se asseverar em função das capacidades municipais, limitadas em alguma medida por estruturas obsoletas de serviços públicos e burocráticos, diferentes graus de capacidade econômica e administrativa, distâncias geográficas, limitação de profissionais de saúde, entre outros fatores (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009). Diante deste contexto, muitos municípios “acabam apresentando menor aptidão para o provimento e fixação de profissionais de saúde” (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009, p. 19), em especial dos médicos. Isso pode agravar as disparidades nos resultados da saúde, pois, quando os recursos e instalações estão distribuídos de forma desigual pelo país, agrupados em áreas urbanas e mais prósperas, o acesso aos serviços de saúde pode ficar mais difícil nas regiões menos favorecidas e em áreas rurais (WHITEHEAD, 1992).

Um dos fatores que contribuem para agravar as desigualdades regionais em saúde é o desafio da fixação de médicos nos territórios, dificultando assim alcançar uma equidade na Atenção Primária à Saúde - APS. No Brasil, a APS é compreendida/denominada como Atenção Básica - AB (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008) e está estruturada na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), que instituiu, na década de 1990, a forma de organização da AB na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2015a). A expansão da ESF na cobertura da população por ano, entre 2008 e 2015, esteve na ordem de 1,5% e, dentre os entraves ao seu crescimento estava a dificuldade de atrair e fixar médicos nas equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2015a).

Em estudo sobre a demografia médica no país, para o ano de 2015, apontou que o interior, sem as capitais, com 5.543 municípios, possuía 44,76% dos médicos e reunia 76,2% de toda a população brasileira. Tais diferenças impactam na taxa de distribuição de médicos por mil habitantes de uma forma geral. Enquanto as capitais teriam uma proporção de 4,84, o interior contava com 1,23 médicos por mil habitantes, uma diferença de quatro vezes entre as capitais e o interior (SCHEFFER, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) não reconhece e tampouco recomenda uma métrica de médicos por mil habitantes, tendo em vista, que o valor depende de fatores

contextuais, como as questões “regionais, socioeconômicas, culturais e epidemiológicos.” (MOTA; RIBEIRO, 2016, p. 256). Porém, a entidade reconhece a importância dos profissionais de saúde para acesso equitativo aos serviços de saúde, pois os desequilíbrios na distribuição dos profissionais de saúde geram problemas relacionados à equidade, no sentido de os serviços não serem ofertados na medida das necessidades de saúde da população, além de afetar a eficiência e eficácia dos serviços, bem como a satisfação dos usuários (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006).

Diante do contexto apresentado, buscando intervir nesta situação, o PMM, na visão do Governo Federal estaria orientado e sinérgico aos esforços de melhoria da AB. Dos diversos desafios apontados, como entraves ao desenvolvimento da Atenção Básica, o PMM foca nos seguintes pontos: a) déficit de provimento de médicos; b) mercado de trabalho competitivo e de pouco investimento na qualificação dos trabalhadores; c) necessidade de expansão do acesso, focando em redução do tempo de espera e possibilitando atenção, principalmente, aos grupos mais vulneráveis; d) melhoria da infraestrutura das UBS; e) formação de profissionais, com desenvolvimento adequado e motivados para atuação na atenção básica (BRASIL, 2015a).

A formação médica é um dos entraves à expansão e fortalecimento da AB. Os desafios relacionados à formação médica remetem ao contexto da década de 1970. O pouco apoio tanto dos gestores, quanto do meio acadêmico para uma formação médica voltada para a Medicina de Família e Comunidade (MFC), essencial para a Atenção Básica, que se iniciou na década de 1970, contribuiu para dificultar “a implantação, a partir de 1994, do Programa Saúde da Família (PSF) de forma robusta, devido à carência de profissionais com essa formação.” (TRINDADE; BATISTA, 2016, p. 2667).

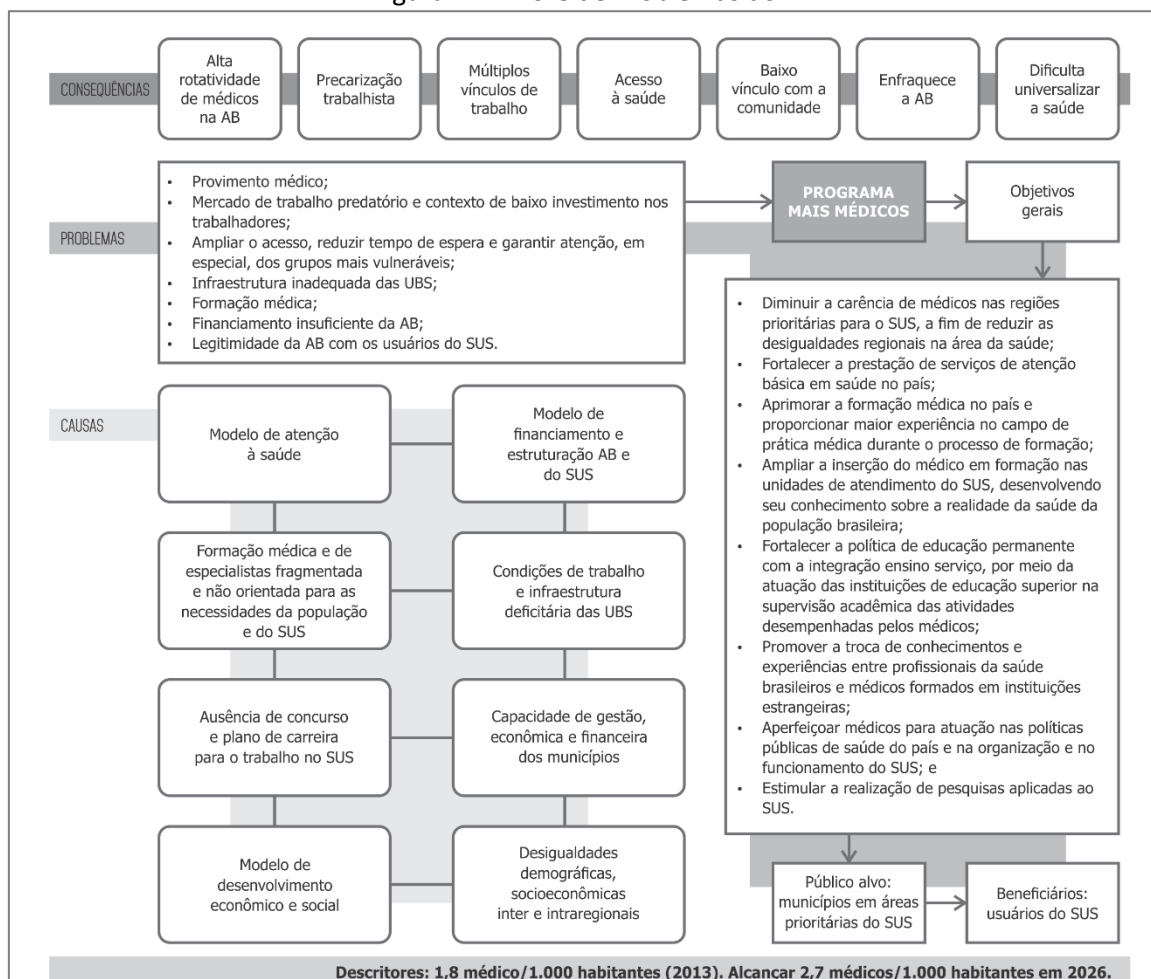
Ainda no aspecto formação médica, os debates acadêmicos sobre o assunto apontam um perfil inadequado para a construção e fortalecimento da atenção à saúde pública (TRINDADE; BATISTA, 2016). Como consequência, há dificuldade de criar vínculo dos médicos com a comunidade. Esse é um dos aspectos que contribui para aumentar a rotatividade dos profissionais nas ESF, além de gestão autoritária, condições de trabalhos inadequadas e vínculos precários de contratos de trabalhos (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Em estudo no município de Duque de Caxias, no Estado do Rio de Janeiro, com ESF no período de 2005 a 2008, Ney e Rodrigues (2012) identificaram alta rotatividade relacionada à insatisfação no trabalho, não estruturação da carreira de médico de família, carga horária elevada, excesso de pacientes para uma equipe de saúde, condições deficitárias ou até

insalubres das UBS, ausência de meios de comunicação e apoio logístico, bem como interferência política no trabalho das equipes.

A partir desse contexto do macroproblema em questão, elaborou-se a árvore de problemas do PMM (figura 1).

Figura 1 - Árvore de Problemas do PMM



Fonte: Os autores (2018).

O público-alvo do PMM são os municípios que estão em áreas consideradas prioritárias pelo SUS. Conforme a Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013 que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, aquelas regiões de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou com populações em situação de maior vulnerabilidade são consideradas prioritárias para o direcionamento das ações do PMM. Para fazer parte destas regiões, os municípios devem se enquadrar em pelo menos um dos seguintes critérios:

- ter o Município 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza;
- estar entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública

"per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; ou d) estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios. (BRASIL, 2013b).

Cabe ressaltar que mesmo a política estabelecendo os critérios de adesão, cabe aos municípios, a partir de sua autonomia, escolher aderirem ou não à política, ou seja, não há obrigatoriedade na adesão. Estudo conduzido por Oliveira, Sanchez e Santos (2016) indicou que 22,7% dos municípios considerados prioritários (conforme critérios normativos) para o recebimento da política, em 2013 e 2014, não foram contemplados, pois a adesão dos mesmos não era obrigatória. Ademais, como evidenciou o Tribunal de Contas da União (TCU), no relatório de auditoria nº 005.391/2014-8, mesmo o Governo Federal respeitando a autonomia de adesão do ente municipal, pode acabar direcionando “uma grande quantidade de médicos a municípios com melhor capacidade de planejamento e articulação, em detrimento dos municípios menores” (BRASIL, 2015c, p. 39) em virtude da adesão não ser obrigatória, ou seja, o que pode vir a reproduzir as desigualdades regionais na distribuição dos médicos.

Diante dos objetivos do PMM, evidencia-se que dois dos problemas elencados na Figura 01 não são atacados diretamente pelo programa - financiamento insuficiente e a legitimidade da AB. Esses dois problemas seriam enfrentados com outras ações governamentais buscando o fortalecimento da PNAB, conforme explicitou o Governo Federal (BRASIL, 2015a).

Um dos principais instrumentos de financiamento da Atenção Básica, o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), que é calculado em termos per capita, segundo Mendes, Carnut e Guerra (2018), está defasado. Para os autores, PAB Fixo, definido desde 2013 e mantido até a Portaria do MS/GM nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017 era entre R\$ 23,00 a R\$ 28,00 *per capita*, a depender do porte do município. Caso fosse corrigido pelo Índice Geral de Preços Disponibilidade Interna (IGP-DI/FGV), para o mesmo mês da referida normativa, o valor máximo deveria ser de R\$ 35,00 *per capita*. Apesar de importante, os valores repassados aos governos municipais – com menor capacidade arrecadatória em termos tributários que os demais entes, são insuficientes para custear AB. Demandando dos municípios contrapartida de até 70% do financiamento dos serviços de saúde na AB (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Além do mais, em 2017, houve mudanças na forma de financiamento da AB, uma demanda de longa data dos governos municipais. As alterações recentes, através da Portaria

nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, modificaram as diretrizes da AB na Pnab, que tinha como centralidade a Estratégia de Saúde da Família. Mesmo assumindo como prioritária a ESF na nova diretriz, o normativo instituiu formas de financiamento específico para outros formatos de equipes de saúde, novos padrões de composição da equipe e carga horária de trabalho, entre outras alterações. Segundo críticos à proposta, pode haver drenagem de recursos e enfraquecimento da ESF (REIS, 2017; BATALHA; LAVOR, 2017). A literatura já evidenciou como sendo o modelo assistencial que mais contribuiu para efetivar os atributos da AB quando comparado com modelos tradicionais (STARFIELD, 2002). Como consequência, pode acabar dificultando legitimar o modelo assistencial da AB perante os usuários do SUS, o segundo problema não atacado diretamente pelo PMM.

Desta forma, percebe-se que muitos dos problemas evidenciados e que podem afetar a implementação e o alcance dos objetivos do PMM estão imbricados ao contexto de desenvolvimento do sistema de saúde pública no país e necessitam ser levados em consideração no modelo lógico do PMM.

Modelo Lógico do Programa Mais Médicos

A análise lógica do PMM (Figura 2), considerando as referências de modelagem de programas, Bezerra, Cazarin e Alves (2010) e Cassiolato e Guerresi (2010), permitiu compreender a teoria de funcionamento da política pública onde se descreve a interação entre os componentes, os insumos (recursos) necessários, as atividades previstas, os produtos e os resultados esperados num contexto favorável ao desenvolvimento do programa.

As atividades previstas no desenvolvimento do programa foram agrupadas em três grupos de dimensões que foram categorizadas, conforme o próprio PMM, usualmente, chama em eixos de ação: 1º) Provimento Emergencial de Médicos - agregam as atividades de coordenação do PMM, fiscalização e monitoramento, fornecimento das condições de trabalho, de moradia, deslocamento, transporte, alimentação e cadastramento nas equipes de Atenção Básica; 2º) Educação – congrega as atividades relacionadas à reestruturação da formação médica e reordenação das vagas nos cursos de medicina e residência médica, supervisão e tutoria; 3) Infraestrutura – reúne as atividades voltadas ao provimento de condições de ambiência, equipamentos, informatização e de infraestrutura adequadas nas UBS, além de estruturação das ferramentas de tecnologia e comunicação.

Figura 2 - Proposta de Modelo Lógico do PMM

DIMENSÕES	INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADO FINAL
1º EIXO: Provimento emergencial de médicos	Contrapartida financeira de gestão do Governo Federal, Estadual e Municipal	Coordenação do PMM	Pedido de apoio aos estados e municípios e a outras instituições parceiras para implementação das ações		Aumento do provimento de médicos atuando em municípios de difícil acesso, provimento de médicos ou com populações em situação de maior vulnerabilidade; Redução das desigualdades regional em saúde; Fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica em saúde.
		Pagamento de bolsas formação, auxílio para instalação, deslocamento do país de origem para o Brasil	Bolsas formação, auxílio para instalação, deslocamento do país de origem do médico para o Brasil oferecidos		
		Fiscalização e acompanhamento do cumprimento das regras do PMM	Fiscalização e acompanhamento das regras do PMM realizadas		
		Fiscalização e acompanhamento das condições de trabalho nas UBS	Fiscalização e acompanhamento das condições de trabalho nas UBS realizadas	Mitigar a carência de médicos em regiões desatendidas ou que enfrentam dificuldades para fixar médicos	
		Apuração das denúncias de atuação dos médicos e municípios	Denúncias de atuação dos médicos e municípios atendidas		
		Deslocamento e cadastramento dos médicos na Atenção Básica	Deslocamento e cadastramento dos médicos		
2º EIXO: Educação	Cursos disponibilizados pelas instituições de ensino superior, programas de residência médica, escolas de saúde pública e mecanismos de integração ensino-serviço	Estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país	Novas Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina até 2018. Meta: 11,4 mil novas vagas até 2017.		Melhoria da capacidade técnica dos médicos atuando em municípios de difícil acesso, provimento de médicos ou com populações em situação de maior vulnerabilidade.
		Reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica	Meta: 12,4 mil vagas até 2018	Mudança na formação médica com uma educação permanente com a integração ensino-serviço e voltada para o cuidado integral à saúde.	
		Oferecer curso de especialização em Saúde da Família à distância	Curso de especialização em Saúde da Família oferecidos		
	Supervisores e tutores acadêmicos contratados	Realizar atividades de supervisão presencial e à distância	Atividades de supervisão realizadas		
		Confecção de planos de trabalhos e educação permanente	Planos de trabalho e educação permanente realizados		
3º EIXO: Infraestrutura	Contrapartida financeira e de gestão do Governo Federal, Estados e Municípios	Prover condições de ambiência, equipamentos, informatização e de infraestrutura adequadas nas UBS selecionadas	Investimento de mais de R\$5 bilhões para o financiamento de 26 mil obras em quase 5 mil municípios	Qualificação da estrutura, melhoria das condições de atuação dos profissionais e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizando e qualificando o atendimento à população
		Ferramentas de tecnologia da comunicação	Implantar Núcleo de Telessaúde, Portal Saúde Baseada em Evidência e à Comunidade de Práticas		

Fonte: Os autores (2018).

1º Eixo - Provimento Emergencial de Médicos

Esse eixo de ação do PMM está estruturado em torno do Projeto Mais Médicos Brasil. Segundo a Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre sua implementação, a finalidade deste projeto é o aperfeiçoamento médico na AB, em regiões prioritárias para o SUS. Para tanto, realizará a oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior, além de contar com atividades de ensino, pesquisa e extensão que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

Em termos dos insumos e atividades desse eixo, compete ao Governo Federal a coordenação nacional, além de honrar com os custos financeiros relacionados ao pagamento das bolsas formação, auxílio instalação, deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais dos seus países de origem para o Brasil, bem como a supervisão e especialização dos médicos integrantes do projeto. Aos Governos Estaduais mais o Distrito Federal competem, atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais em atividades relacionadas à fiscalização e acompanhamento do cumprimento das regras do PMM, das condições de trabalho nas UBS e apuração das denúncias de atuação dos médicos e municípios (BRASIL, 2013b).

Aos municípios e ao Distrito Federal competem inserir e cadastrar os médicos em equipes de atenção básica e fornecer condições adequadas para o exercício das atividades dos médicos, tais como ambientes apropriados com segurança e higiene, fornecimento de equipamentos necessários, instalações sanitárias e mínimas condições de conforto para o desempenho das atividades. Cabe também, em conjunto com os supervisores, realizar o acompanhamento e a fiscalização das atividades de ensino-serviço, bem como a fiscalização do cumprimento da carga horária semanal. Por fim, incumbe-se a tais entes, o fornecimento de moradia, alimentação e água potável aos médicos participantes do projeto (BRASIL, 2013b). Diante disso, percebe-se clareza na definição dos papéis e responsabilidade dos entes na realização implementação do PMM.

Essas ações geram os produtos descritos no modelo lógico e como resultados intermediários, espera-se diminuir a carência de médicos em regiões desatendidas ou que enfrentam dificuldades para fixá-los. Como resultados finais deste eixo, espera-se um aumento do provimento de médicos atuando em municípios de difícil acesso ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, redução das desigualdades

regionais em saúde e fortalecimento da prestação de serviços de Atenção Básica em saúde.

Segundo dados do Governo Federal (atualizado em 10/06/2019), o PMM conta com um total de 13.915 médicos, em 3.519 municípios, cobrindo 63,18% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), atendendo à aproximadamente 48 milhões de pessoas (BRASIL, 2019c). Dados do Plano Plurianual (PPA) de 2016-2019 indicam que a meta do PMM é alcançar 20.335 médicos brasileiros e estrangeiros atuando em regiões prioritárias para o SUS em 2019.

Porém, as informações indicam redução do número de médicos no PMM, que já teve em 2015, 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios. O que possibilitava uma cobertura de 73% das cidades brasileiras e de aproximadamente 63 milhões de pessoas (BRASIL, 2015a). Após as eleições presidenciais de 2018, houve em novembro deste ano, o rompimento do acordo de cooperação entre o Governo Cubano intermediado pela OPAS com o Governo do Brasil em virtude das declarações do candidato eleito sobre a revisão do acordo firmado. Eram cerca de 7,5 mil médicos cubanos que estavam em atividade no país. Após o encerramento da parceria, o governo brasileiro vem enfrentando dificuldades de preencher as vagas em aberto nos locais desassistidos. Essa redução do número de médicos tende a dificultar o alcance dos resultados esperados por esse eixo de ação, conforme o modelo lógico, em especial o fortalecimento da prestação de serviços de saúde, uma vez que impede, por exemplo, o acesso da população a consultas médicas, ao diagnóstico precoce de doenças e o acompanhamento continuado de pacientes.

Em que pese o aumento do número de médicos no Brasil de forma mais expressiva desde a década de 1970, chegando a 452.801 médicos em janeiro de 2018, o que corresponde a uma razão de 2,18 profissionais por mil habitantes, a distribuição em todo o território permanece desigual. Esse quadro, porém, foi amenizado pelo PMM, que contribuiu para uma melhor distribuição dos profissionais no território nacional através da inserção de critérios alocativos e da abertura de novos Cursos de Medicina e autorização de novas vagas nos cursos já existentes (eixo educação) em regiões antes desassistidas. Antes do PMM, em 2012, cinco estados: Acre (0,94), Amapá (0,76), Maranhão (0,58), Pará (0,77) e Piauí (0,92), possuíam menos de um médico por mil habitantes. Em 2018, somente os estados do Pará (0,97) e Maranhão (0,87), permaneceram abaixo desse valor (BRASIL, 2015a; SCHEFFER, 2018). Outros estudos

também apontaram o aumento de médicos no país a partir da inserção do PMM (PINTO et al., 2017).

Apesar dos avanços obtidos quanto a melhorias na distribuição de médicos no território nacional, alguns estudos têm apontado oportunidades de aperfeiçoar o processo alocativo, como indicou Oliveira, Sanchez e Santos (2016). Girardi et al. (2016, p. 2379) evidenciaram em seu estudo a “substituição da oferta regular de médicos das prefeituras pelo provimento federal”. O que pode estar associado ao processo de subfinanciamento da saúde e da AB conforme já discutido na seção anterior. Os resultados do estudo também demonstraram dependência dos municípios em relação ao programa, caso o mesmo deixasse de existir, indicando incapacidade desses em prover os médicos sem o suporte do Governo Federal. O mais crítico desta situação é que aumentaria a situação de escassez de médicos nestas localidades (GIRARDI et al., 2016).

Discordando da assertiva que estaria ocorrendo a substituição de médicos nas ESF, Giovanella et al. (2016) apontam que na verdade houve um processo de inserção de médicos de forma regular nas equipes, completando aquelas que estariam incompletas e ao mesmo tempo, permitindo a criação de novas equipes.

2º Eixo – Educação

O PMM tem ainda como pressuposto a formação médica (graduação e residência) na lógica integração ensino-serviço e que esta formação esteja voltada para as necessidades de saúde da população, do sistema de saúde e para o cuidado integral. O intuito desta formação é ampliar o quadro de médicos no país a médio e longo prazo, além de propiciar uma melhoria da capacidade técnica dos médicos para que eles possam atuar em municípios de difícil acesso ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade na Atenção Básica.

Para tanto, a proposta inicial era ampliar o número de vagas pelas instituições de ensino superior e programas de residência médica, além de contratação de supervisores e tutores acadêmicos visando contribuir, dar suporte e orientação no processo de educação permanente dos médicos vinculados ao Projeto Mais Médicos Brasil. Aos tutores acadêmicos, conforme a lei do PMM e portarias interministeriais, que devem ser médicos vinculados às instituições de ensino, cabe a atribuição de coordenação da atuação dos supervisores e orientação acadêmica. Os supervisores que também são médicos, devem estar ligados às instituições de ensino, hospitais escola, escolas do SUS,

programas de residência e são responsáveis pela supervisão profissional contínua e permanente do médico participante do projeto (BRASIL, 2013a).

Em auditoria do TCU sobre Projeto Mais Médicos para o Brasil, analisando o período de junho de 2013 a março de 2014, foram identificadas falhas nas atividades de supervisão e tutoria. Na primeira, foram apontadas insuficiência de tutores, pois, quase 32% dos médicos participantes do projeto na época não estavam sob supervisão, carga horária excessiva dos supervisores em outras atividades, além de atuarem no Mais Médicos. As avaliações encaminhadas pelos supervisores pouco se concentravam em questões ligadas aos aspectos clínicos e estavam mais direcionadas às questões operacionais. Na segunda atividade, as falhas estavam direcionadas a insuficiência de tutores, uma vez que, havia mais de cem médicos por tutor, valor acima do previsto pelo próprio PMM. Ademais, o TCU apresentou inconsistências nos planos de trabalho que na visão do órgão apresentava estrutura simplificada e superficial, bem como falhas na orientação acadêmica dos médicos do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2014).

Apesar das falhas iniciais em relação ao processo de supervisão acadêmica, o eixo educacional foi proposto a médio e longo prazo no sentido de fortalecer a AB no país, uma vez que, o primeiro eixo dependia em grande medida de médicos estrangeiros e devido ao seu caráter emergencial, há uma necessidade de consolidação do programa com médicos brasileiros (SILVA JÚNIOR; ANDRADE, 2016). Neste sentido, sobre a graduação em medicina, o PMM busca ampliar o número de vagas nos cursos e reordenação dos mesmos, priorizando regiões de saúde de maior necessidade, além de focar em novos padrões de formação.

Para tanto, o Governo Federal indicou como meta a implantação de Novas Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina até 2018. A expansão das vagas em cursos de medicina priorizava inicialmente as escolas públicas, caso não tivessem condições de atender à demanda seria suprimida pelas escolas privadas (OLIVEIRA et al., 2019). “Da meta geral de 11,5 mil novas vagas é subtraída a capacidade total de expansão das escolas públicas e o que ainda falta é atribuído como meta de expansão das instituições privadas” (BRASIL, 2015a, p. 56).

Até o momento, já foram autorizadas 5,3 mil novas vagas, sendo 1,7 (ou 32,08%) mil em universidades públicas e 3,6 (67,92%) mil em instituições privadas. Essas vagas foram criadas em todo o país, em 81 municípios de 24 estados e no Distrito Federal. Houve também a autorização de 47 novos cursos, sendo 23 em universidades federais e 24 em

instituições particulares. A meta do PMM era criar até 2017, 11,4 mil novas vagas de graduação (BRASIL, 2019b).

Entretanto, cabe ressaltar que a ampliação do número de vagas em sua maioria está concentrada em instituições privadas (SILVA JÚNIOR; ANDRADE, 2016). Em novembro de 2017, o país contava com 289 escolas médicas, que ofertavam 29.271 vagas, sendo 35% em escolas públicas e 65% em particulares. Do total das vagas autorizadas, metade estão concentradas na região Sudeste do país. Porém, destas, somente 25,8% estão nas escolas públicas. Na região Sul, das vagas autorizadas, 33,1% são públicas, no Nordeste, 42,5% e no Norte, 48,4%. A região Centro-Oeste, é a única das regiões com maior participação pública, com 53,4% das vagas autorizadas, revelando, assim, um ensino médico predominantemente privado (SCHEFFER, 2018). Essa questão não é nenhuma novidade, tendo em vista que na última década houve uma privatização do ensino médico no país e isso, dificultaria garantir a qualidade e o acesso democrático a essa forma de educação (SCHEFFER, 2018; SCHEFFER; DAL POZ, 2015), bem como dificultaria o alcance dos objetos do PMM.

Houve também alterações na Residência Médica e na formação de médicos especialistas no país com a lei do Programa Mais Médicos. Dentre as principais alterações está a exigência de que após 2018, todos os programas de Residência Médica, com exceção daquelas nove que dão acesso direto (Genética Médica, Medicina do Tráfego, Medicina do Trabalho, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Patologia e Radioterapia), realizem ao menos um ano de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) (BRASIL, 2013a).

O itinerário formativo de especialistas no país, preconizava a obrigatoriedade de cumprir ao menos um ano no MFC, para somente em seguida acessar as residências citadas anteriormente conforme a Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013a). Assim, espera-se que até 2018, tenha-se o mesmo número de vagas de residência de acesso direto que o número de egressos dos cursos de graduação do ano anterior. E como meta, almeja-se a criação de 12,4 mil vagas até 2018, das quais já foram criadas 4.742.

Em relação à residência em MFC, fundamental no sentido de formar profissionais com uma visão mais integral e generalista considerando as necessidades do SUS, a taxa de ocupação das vagas em 2015 foi de 26,3%, dado preocupante, pois tal especialidade é de suma importância para consolidação da AB e do PMM no país (SILVA JÚNIOR; ANDRADE, 2016). Em 2017, o número de vagas autorizadas em programas de MFC representava 10,2% do total e congregava 4,4% dos médicos residentes no país. Porém,

o curso enfrenta o desafio de preencher as vagas ociosas, 73,9% das vagas autorizadas não são preenchidas. As 4.389 vagas ociosas da residência em MFC representam quase 20% do total (22.899) de vagas desocupadas no país (SCHEFFER, 2018).

Nesse sentido, democratizar o acesso e interiorizar os cursos de medicina e residência médica pode ajudar na fixação dos médicos (PÓVOA; ANDRADE, 2006; SEIXAS et al., 2011). O local de formação e as oportunidades de atualização e especialização profissional são apontados pela literatura com fatores que podem afetar a escolha dos médicos por um local de trabalho. Adicionalmente, outras questões como a participação do sistema supletivo de atendimento à saúde; as oportunidades de trabalho para os (as) parceiros (as); os índices de desenvolvimento humano da região, podem afetar a escolha pelo local de trabalho dos médicos (ALBUQUERQUE, 2014; BITTAR, 1999; PÓVOA; ANDRADE, 2006).

Neste sentido, a interiorização dos cursos de medicina e residência médica, conjugado com outras estratégias a fim de mitigar os problemas socioeconômicos das regiões pode favorecer a permanência dos médicos nestas localidades. Pois, “o fenômeno da migração de médicos entre as distintas unidades federadas pode acabar anulando, ou mesmo invertendo, o esforço por disponibilizar uma maior oferta de médicos nos estados com maior escassez deste profissional” (SEIXAS et al., 2011, p. 134), uma vez que os médicos tendem a se fixar naquelas localidades onde o mercado de trabalho apresenta condições mais favoráveis e ao mesmo tempo, possibilidades de desenvolver-se profissionalmente.

Por fim, é importante ressaltar que a abertura de novos cursos e vagas em escolas médicas está suspensa por cinco anos, conforme Portaria nº 328, de 05 de abril de 2018, sob o argumento da necessidade de reavaliar e adequar à formação médica no país, pautas defendidas por entidades da classe médica, que desde o início firmaram oposição ao PMM (OLIVEIRA et al., 2017). Aí encontra-se o desafio de expandir a oferta com qualidade e equidade, democratizando o acesso (SCHEFFER, 2018).

3º Eixo – Infraestrutura

O último eixo de ação do PMM converge com as problematizações da literatura ao apontar que a qualificação da infraestrutura das UBS contribui para diminuir a rotatividade de médicos e fixação destes profissionais na Atenção Básica já que propicia melhores condições de trabalho para profissionais de saúde, além de poder oferecer uma qualidade no atendimento à saúde da população (GIOVANELLA et al., 2016). Neste

sentido, estão previstas ações para prover condições de ambiência, equipamentos, informatização e de infraestrutura adequadas nas UBS. Tais condições favoreceriam a utilização de algumas ferramentas de comunicação, como o Núcleo de Telessaúde, Portal Saúde Baseada em Evidências e Comunidade de Práticas.

O Programa Requalificação de UBS tem como meta, prevista no PPA de 2016-2019, apoiar mais de 16.000 obras de construção, reforma e ampliação de UBS. Dados de 2017 apontam que 5.784 (ou 36,15%) das obras foram concluídas (BRASIL, 2019a). De acordo com os dados apontados, parece distante o alcance da meta prevista na lei que institui o PMM em 2013, de dotar, em cinco anos, as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura (BRASIL, 2013a).

Qualificar a infraestrutura é importante por propiciar melhores condições de trabalho e atendimento aos usuários de saúde. Pois, como já evidenciado ao longo desse estudo, a infraestrutura é um dos fatores que contribui para aumentar a rotatividade dos médicos nas ESF (MEDEIROS et al., 2010; NEY; RODRIGUES, 2012).

Resultados do estudo realizado por Giovanella et al. (2016, p. 2706) apontou que UBS “em piores condições tem menores chances de participar dos programas (Programas Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ-AB, Mais Médicos - PMM e Requalificação das UBS - Requalifica UBS), o que enfraquece a potencialidade de redução de iniquidades no acesso aos recursos em saúde”.

Grande maioria destas UBS está localizada nas Regiões Norte e Nordeste, que apresentam historicamente condições mais adversas de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, os investimentos do Requalifica UBS, atingiram pouco aquelas UBS com infraestrutura em piores condições e estas, por sua vez, não receberam médicos do PMM. Ademais, por estar com ESF incompletas, não puderam participar do PMAQ-AB (GIOVANELLA et al., 2016).

Fatores Relevantes de Contexto e Aprendizados da implementação do PMM

Nesta seção, buscou-se identificar os fatores contextuais que podem facilitar ou dificultar a execução e o alcance dos objetivos do PMM, bem como, as lições apreendidas desse processo que podem ser incorporadas no modelo lógico para aprimoramento da intervenção e consideradas em futuras avaliações.

Figura 3 - Lições apreendidas com a implementação do PMM

Lição 01: Fatores contextuais
Lição 02: Apoio popular
Lição 03: Apoio do legislativo
Lição 04: Resultados de curto prazo
Lição 05: Arranjo Institucional
Lição 06: Intersetorialidade das políticas públicas
Lição 07: Posicionamento dos grupos de interesse
Lição 08: Centralidade ou não da política na agenda governamental
Lição 09: Dimensão territorial

Fonte: Os autores (2018).

Na implementação de uma política pública, leva-se em conta, além do planejamento e os aspectos orçamentários e operacionais do programa, o contexto social, político, econômico e institucional que podem influenciar ou dificultar sua implementação. Ou seja, o **contexto importa (lição 01)** e deve ser considerado para entendimento e avaliação do PMM. Como sugerem Goodin e Tilly (2006), analisar como o processo político ocorre e quais são os resultados produzidos depende fortemente do contexto que a política acontece.

Como questões favoráveis evidencia-se o apoio popular, dos profissionais e dos gestores em relação ao PMM, principalmente no eixo Provimento Emergencial conforme resultados da pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco, com 14 mil usuários em aproximadamente 700 municípios. Os usuários deram uma nota 9, numa escala de 0 a 10, enquanto a nota dos gestores foi de 8,7, após a implantação do PMM, ante 6,6 do seu lançamento e os profissionais médicos (391 médicos entrevistados) deram uma nota média de 9,1 ao PMM (BRASIL, 2015a).

Nesse sentido, uma segunda lição apreendida é que o **apoio popular importa (lição 02)**, pois, contribui para sustentar e legitimar uma intervenção pública. Ademais, esse apoio popular, colabora de certa forma, para embasar os argumentos dos parlamentares junto ao congresso nacional. Assim, como terceira lição evidenciada tem-se o **apoio do legislativo (lição 03)**, sendo de fundamental importância para sustentação e perenidade de uma política pública, ainda que haja posições contrárias, fruto do processo democrático. Nos debates iniciais sobre o processo de transformação da Medida Provisória (MP) nº 621, de 08 de julho de 2013 que propôs o PMM, até a sua transformação em Lei nº 12.871/2013, no dia 22 de outubro, a MP, recebeu 575 propostas de emendas que procuravam aperfeiçoar ou desvirtuar o PMM (OLIVEIRA et al., 2017). Segundo os referidos autores, esse processo evidenciou os interesses e disputas em torno da temática, que permaneceram ao longo dos

anos, mas que não impediram a continuidade do PMM, tendo sua renovação em 2016 por mais três anos (BRASIL, 2016).

Avançando nas questões contextuais favoráveis, estudo conduzido por Comes et al. (2016) em 32 municípios participantes do PMM com 20% ou mais da população em extrema pobreza, com 263 usuários, evidenciou a satisfação deles com o atendimento médico, às informações repassadas pelos médicos em relação a doença e o tratamento, bem como à compreensão e a clareza das prescrições médicas. Outro fator que contribui para aumentar a satisfação dos usuários foi o desempenho técnico e humanizado dos médicos do PMM.

Ademais, outros resultados além do incremento, ainda que desigual, do número de médicos em locais antes desassistidos perpassam por ampliação da cobertura populacional da AB, melhoria nos indicadores de saúde, quando se considera taxa de internação por condições sensíveis à AB. Municípios com o PMM, quando comparado com os demais, sem o programa tiveram uma redução no indicador de 4% (SANTOS et al., 2017). Além do mais, sem pretensão de exaurir os avanços proporcionados pelo PMM, houve também a possibilidade de trocar experiências e aprendizagens a partir do intercâmbio de profissionais de distintas nacionalidades (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Desta forma, os **resultados de curto prazo** importam (**lição 4**), uma vez que eles contribuem para sustentar o apoio popular, parlamentar e de outros atores sociais pela defesa de continuidade de uma intervenção, como o PMM. Ainda nas questões de contexto favoráveis apontados pela literatura está a utilização da estrutura descentralizada de coordenação do SUS pelo PMM sem a necessidade de criar outras estruturas para sua operacionalização no curto prazo. Ou seja, a forma como se estabelece o **arranjo institucional importa**, (**lição 05**). No arranjo da política, delimita-se as regras e responsabilidades dos entes e organizações envolvidas, bem como se estabelece como será a articulação entre os atores e seus interesses (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

Mesmo o arranjo institucional, no caso do PMM, estabelecendo as regras e responsabilidades dos entes envolvidos de forma clara, o que contribui para facilitar a coordenação dos distintos atores no processo das políticas públicas houve evidências de falhas nesse processo. Na implementação do PMM no Estado de Mato Grosso, identificou-se problemas na articulação entres os Governos Federal, Estadual, por meio da Secretaria Estadual de Saúde e os Municipais. Como consequência deste “precário alinhamento, o PMM

chega aos municípios com falhas na gestão, no processo de trabalho e educação permanente.” (MOTA; BARROS, 2016, p. 2884). Neste sentido, se problemas dessa natureza não forem equacionados, mesmo com atores com interesses divergentes em função de orientações políticas e ideológicas, os resultados da intervenção podem ser comprometidos.

Desta forma, a **intersectorialidade das políticas públicas (lição 06)** é de suma importância para evitar problemas de gestão e combustão de recursos. Ou seja, gastar mais do que o necessário para se atingir o mesmo fim. Em especial porque o PMM enfrenta realidades distintas, que podem dificultar o seu desenvolvimento, como capacidade de gestão e disponibilidade de recursos – financeiros, humanos, infraestrutura, muito diferentes entre os municípios (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Outro fator desfavorável ao PMM é o posicionamento de alguns atores sociais contrários ao programa, como a classe médica, que ajuizou ações de inconstitucionalidade da política pública em voga (MACEDO et al., 2016). Outro ator, a mídia, em especial a grande imprensa, que, atualmente, exerce forte influência, devido ao seu poder de persuasão e formação de opinião, sobretudo em relação ao debate sobre as políticas públicas deve ser considerado nas questões contextuais. Esse ator manifestou, inicialmente, oposição ao PMM ao destacar na época do lançamento do PMM “a ineficiência da saúde cubana (principalmente), a falta de qualificação dos médicos, a desvalorização dos profissionais brasileiros, além de valer-se de discursos que remetam à relação entre a Cuba comunista e o Partido dos Trabalhadores.” (MACEDO et al., 2016, p. 612).

Assim, o **posicionamento dos grupos de interesse (lição 07)** não deve ser desconsiderado, pois são eles que sustentam e/ou corroem as políticas públicas, inclusive as de resultados satisfatórios, a depender de se sentirem, “real ou imaginariamente, prejudicados.” (FONSECA, 2013, p. 405). Deve-se ter em mente os grupos de interesse, como a classe médica, os lobistas (planos de saúde) e bancadas de oposição à matéria no Congresso Nacional, entre outros atores.

Ademais, houve uma mudança governamental ao longo da política pública em análise, para a qual, o antigo Ministro da Saúde, Ricardo Barros, vinha sinalizando o caráter provisório do PMM; e ainda conforme posicionamento do gestor supracitado, o entendimento de que seria atribuição dos governos municipais o provimento dos médicos e a contratação destes profissionais, e não responsabilidade do Governo Federal em função do Pacto Federativo

(CANCIAN, 2016). Segundo a Constituição Federal de 1988, compete aos municípios prestar os serviços de saúde à população, contanto com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, por outro lado, é atribuição do SUS, conforme a Constituição, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Essa questão, abre a possibilidade de apontar a **centralidade ou não da política na agenda governamental (lição 08)**, que depende das visões de mundo, interesses e ideologias dos governantes. Desta forma, a centralidade ou não da política resultará em mobilização ou apatia do governo no sentido de buscar apoio e meios para viabilizar a continuidade ou não da política pública. Essa questão ganha cada vez mais relevância em função da centralidade decisória e de gasto no Governo Federal (ARRETCHÉ; VASQUEZ; GOMES, 2012).

Nesse contexto, deixar a cargo somente dos municípios, sem a cooperação dos demais entes governamentais, o provimento de médicos incorre-se no risco de aprofundamento das desigualdades em saúde devido às questões já exploradas anteriormente. Portanto, abre-se a possibilidade de discutir a **importância do território (lição 09)**. Ou seja, pensar ações estratégicas de parcerias entre os municípios que contemple as especificidades locais, pois, há necessidade de (re) pensar as fronteiras geopolíticas locais, no sentido de valorizar os consórcios intermunicipais de saúde ou outros instrumentos de parceria visando atrair e fixar profissionais de saúde, como os médicos que sirvam ao território, mesmo que obviamente a referência seja a municipalidade.

Ademais, pensar e discutir a atuação para tratar dos problemas relacionadas à má distribuição e fixação de médicos “leva à recomendação de que o enfrentamento do problema integre a agenda do Estado e seja tratado no âmbito dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, como parte do plano de desenvolvimento econômico e social do país.” (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008, p. 191).

Por fim, com o estudo da implementação do PMM foi possível evidenciar as lições apreendidas desse processo que podem auxiliar na correção dos rumos e reorientar suas ações visando alcançar os propósitos apresentados nos seus eixos estratégicos de ação.

Considerações Finais

Nesse estudo, realizou-se uma análise lógica do PMM a partir dos pressupostos da literatura de análise de políticas públicas, em que foi proposto um modelo lógico da

intervenção. Os resultados do estudo evidenciaram que a política aqui analisada possui objetivos claros para tratar de um problema complexo envolvendo a má distribuição e fixação de médicos no território nacional. Porém, as metas fixadas inicialmente pelo programa não estavam tão cristalinas, vide exemplo os eixos provimento emergencial e infraestrutura que apenas mencionavam o que já fora realizado, sem especificar que metas tais eixos pretendem alcançar. Ademais, dois problemas não são atacados diretamente pelo PMM – o subfinanciamento e a legitimidade da AB perante os usuários.

Desta forma, através da construção do modelo lógico foi possível vislumbrar a possibilidade de avaliação da intervenção estudada, ao compreender e especificar os elementos que nortearam a proposição da política e com isso, oferecer elementos para entendimento do seu funcionamento, bem como das lições aprendidas com a implementação do PMM.

As lições identificadas, sem pretensão de normatização, podem contribuir para orientar não apenas o PMM, mas outras intervenções de natureza semelhante. Assim, ao identifica-las, espera-se contribuir com a estratégia de comunicação para os atores e as partes interessadas no modelo lógico proposto. Ao elaborá-lo, permitiu-se estabelecer e compreender os objetivos do PMM, as atividades, os produtos, os resultados. Porém não foi possível identificar os indicadores utilizados para monitoramento e avaliação do PMM, como também apontou o Tribunal de Contas (BRASIL, 2014).

Por fim, o intuito de realizar uma análise lógica do PMM e de identificar as lições aprendidas foi o de contribuir com o processo de implementação e avaliação do mesmo, ao sinalizar possibilidades de aperfeiçoamento dessa política. Ou melhor, ao propor esse estudo, espera-se atingir proposições/lições que sustentem e reorientem o papel do executivo, caso se reconheça a extrema e inequívoca importância do programa, a partir da modelagem proposta, bem como sustentar o apoio legislativo, social e de outros atores interessados para a manutenção ou redesenho do programa.

Referências

- ALBUQUERQUE, C. P. Inequalidade na distribuição de reumatologistas no Brasil: correlação com local de residência médica, produto interno bruto e índice de desenvolvimento humano. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 166-171, 2014.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.
- ARRETCHE, M.; VASQUEZ, D.; GOMES, S. As relações verticais na federação: explorando o problema da descentralização e da autonomia. In: ARRETCHE, M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FGV; Ed. Fiocruz, 2012. p. 145-173.
- BARBOSA, A. C. Q. et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 42, n. 185, p. 1–8, 2018.
- BATALHA, E.; LAVOR, A. Toda atenção que o SUS e a população merecem. *Radis: Comunicação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 183, p. 36, 2017.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-79.
- BITTAR, O. J. N. V. O mercado médico no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 55-66, 1999.
- BRASIL. 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 da União*, Brasília, DF, 2013a.
- BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. Programa Mais Médicos é prorrogado por mais três anos. *Senado Notícias*, Brasília, DF, 13 set. 2016. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/09/13/programa-mais-medicos-e-prorrogado-por-mais-tres-anos>>. Acesso em: 2 maio 2018.
- BRASIL. Controladoria-Geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno. *Relatório de auditoria anual de contas: relatório nº 201600675*. Brasília, DF, 2015b.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. *PPA Cidadão*. Brasília, DF, 2019a. Disponível em: <<https://ppacidadeao.planejamento.gov.br/sitioPPA/paginas/minha-agenda/metas-iniciativas.xhtml?objetivo=0713&ep=1>>. Acesso em: 12 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do projeto mais médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa mais médicos*. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/>>. Acesso em: 12 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa mais médicos: dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SAGE: sala de apoio à gestão estratégica*. Brasília, DF, 2019c. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 12 maio 2019.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil: avaliação da eficácia do programa: TC nº 005.391/2014-8*. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Relatório de auditoria: TC nº 005.391/2014-8*. Brasília, DF, 2015c. Disponível em: <[http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/005.391-2014-8 Mais Médicos.pdf](http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/005.391-2014-8%20Mais%20M%C3%A9dicos.pdf)>. Acesso em: 8 ago. 2016.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009.

CANCIAN, N. Programa Mais Médicos é provisório, diz Ricardo Barros, ministro da Saúde. *Cotidiano*, Brasília, DF, 22 jul. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1794201-programa-mais-medicos-e-provisorio-diz-ricardo-barros-ministro-da-saude.shtml>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. *Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação*. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010.

CHAMPAGNE, F. et al. A análise da implantação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011a. p. 217-238.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011b. p. 61-75.

COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, set. 2016.

DAL POZ, M. R. et al. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. *Human Resources for Health*, [New York], v. 13, n. 1, 2015.

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M. C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, [New York], v. 4, n. 12, p. 16, 2006.

FONSECA, F. Dimensões críticas das políticas públicas. *Cadernos EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 402-418, 2013.

GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, set. 2016.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016.

GIRARDI, S. N. O perfil do “emprego” em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 423-439, out./dez. 1986.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOODIN, R. E.; TILLY, C. *The Oxford handbook of contextual political analysis*. Oxford: Oxford University Press on Demand, 2006.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. *Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médico: panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, set. 2016.

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*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2761-2772, set. 2016.

MACEDO, A. S. et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cadernos EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 14, edição especial, p. 593-618, jul. 2016.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. supl. .2, p. 144-161, 2017.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. *Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Using logic models. In: WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. (Ed.). *Handbook of practical program evaluation*. 2. ed. Jossey-Bass: California, 2004. p. 7-32.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 224-243, set. 2018.

MOTA, R. G.; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2879-2888, set. 2016.

MOTA, N. P.; RIBEIRO, H. Mobilidade internacional de médicos. *Lua Nova*, São Paulo, n. 98, p. 255-273, ago. 2016.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na estratégia saúde da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

OLIVEIRA, F. P. et al. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 60-73, set. 2017.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

OLIVEIRA, F. P. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo formação de 2013 a 2015. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 23, supl. 1, p. 1087-1101, fev. 2019.

OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2719-2727, set. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Programa Mais Médicos no Brasil: panorama da produção científica*. Brasília, DF, 2017.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1555-1564, 2006.

PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo provimento de 2013 a 2015. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 21, supl. 1, p. 1087-1101, 21 ago. 2017.

PIOLA, S. F. et al. Vinte anos da constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?. In: BARRETO, A. R. et al. (Ed.). *Políticas sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2009. p. 97-174.

REIS, Vilma. Contra a reformulação da PNAB: nota sobre a revisão da política nacional de atenção básica. *Notas Oficiais ABRASCO*, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>>. Acesso em: 9 abr. 2018.

SANTOS, L. M. P. et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, New York, v. 95, n. 2, p. 103-112, fev. 2017.

SCHEFFER, M. (Coord.). *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.

SCHEFFER, M. *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

SCHEFFER, M.; DAL POZ, M. R. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Human Resources for Health*, [New York], v. 13, n. 1, 2015.

SEIXAS, P. H. et al. Migração-migração médica no Brasil: tendências e motivações. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ; ObservaRH, 2011. p. 133-150.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ANDRADE, H. S. Some risks connected with medical training in the Mais Médicos (More Doctors) Program. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2670-2671, set. 2016.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Funding of the Unified Health System in FHC, Lula and Dilma government. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

SOUSA, A.; DAL POZ, M. R.; CARVALHO, C. L. Monitoring inequalities in the health workforce: the case study of Brazil 1991–2005. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 7, n. 3, 27 mar. 2012.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

TRINDADE, T. G.; BATISTA, S. R. Medicina de família e comunidade: agora mais do que nunca!. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2667-2669, set. 2016.

WINTER, S. C. Perspectivas de implementação: status e reconsideração. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Org.). *Administração pública*. São Paulo: Ed. Unesp; Brasília, DF: Enap, 2010. p. 209-228.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services: planning, administration, evaluation*, New York, v. 22, n. 3, p. 429-45, 1992.

Recebido em: 25/05/2018

Aceito para publicação em: 25/03/2019

More Doctors Program: logical analysis in the light of public policy modeling

Abstract

This article performs a logical analysis of The *Mais Médicos* (More Doctors) Program (PMM) by verifying, from the assumptions of literature on public policy analysis, the suitability of the PMM objectives and its implementation. This way, the study proposes a logical model that establishes the connections between the PMM structures, the processes and the results. The PMM was instituted in 2013 to address the problem of unequal distribution of physicians, aiming to increase the number of physicians in places of greater scarcity and social vulnerability. A documentary and bibliographic research was carried out in order to meet the purpose of the study. The construction of the model was based on two program model references: Bezerra, Cazarin and Alves (2010) and Cassiolato and Guerresi (2010). The Program activities were grouped into three action lines: emergency provision, education, and infrastructure. For each of these axes, the study mapped the results, the improvement possibilities, as well as the areas of possible adjustments in the implementation. The results indicate the possibility of evaluating the intervention, as well as important lessons learned from the implementation of the More Doctors Program.

Keywords: Publ Public Policies Analysis. Provision of Physicians. Logical Model. More Doctors Program.

Programa Más Médicos: análisis lógico a la luz del modelado de políticas públicas

Resumen

Este artículo tuvo por objeto realizar el análisis lógico del Programa Más Médicos (PMM) para verificar la adecuación de los objetivos propuestos a los medios implementados para alcanzarlos a partir de los presupuestos de la literatura de análisis de políticas públicas. De esta forma, se propuso un modelo lógico que establece conexiones entre estructuras, procesos y resultados del PMM. Este programa fue instituido en 2013 para enfrentar el problema de la mala distribución de médicos y contribuir a la fijación de los mismos en localidades de mayor escasez y vulnerabilidad social. Para responder al propósito del estudio, se realizó una investigación documental y bibliográfica. La construcción del

modelo se basó en dos referencias de modelado de programas: Bezerra, Cazarin y Alves, (2010) y Cassiolato y Guerese (2010). Las actividades del PMM se agruparon en tres ejes de acción: provisión de emergencia, educación e infraestructura. Para cada uno de estos ejes, se mapearon los resultados alcanzados, las posibilidades de perfeccionamiento, así como las áreas de posibles ajustes en la ejecución. Los resultados indican la posibilidad de evaluar la intervención, además de importantes lecciones aprendidas a partir de la implementación del PMM.

Palabras clave: Análisis de Políticas Públicas. Provisión de Médicos. Modelo Lógico. Programa Más Médicos.