

Gonçalves Junior, Oswaldo; Gava, Gustavo Bonin; Silva, Murilo Santos da  
Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e  
democratizando a saúde: um balanço analítico do programa  
Saúde e Sociedade, vol. 26, núm. 4, 2017, Outubro-Dezembro, pp. 872-887  
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902017170224

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406264572003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://redalyc.org)

# Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa

## Mais Médicos Program, improving SUS and democratizing health: an analytic balance of the program

### Oswaldo Gonçalves Junior

Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. Administração Pública. Limeira, SP, Brasil.  
E-mail: osgoju@gmail.com

### Gustavo Bonin Gava

Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. Campinas, SP, Brasil.  
E-mail: gustavo.bgava@gmail.com

### Murilo Santos da Silva

Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. Administração Pública. Limeira, SP, Brasil.  
E-mail: silva.smurilo@gmail.com

### Resumo

Este trabalho visa analisar o Programa Mais Médicos (PMM) enquanto política pública da saúde, descrevendo algumas de suas características principais e apresentando dados que permitam uma visão sobre seu desempenho, a fim de trazer à luz, além de outros aspectos, a discrepância entre os resultados alcançados e a oposição feita ao programa pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Tomando como referência o ciclo de políticas públicas, o trabalho trata com especial ênfase as etapas de formulação e implementação. Utilizando como referencial analítico os conceitos de insulamento burocrático e janela de oportunidades, argumenta-se que o PMM possui aspectos instigantes, seja pelas características insuladas que marcam seu processo de formulação - levando a crer que o programa se manteve alheio a pressões externas durante essa fase -, seja pelo caráter oportuno gerado pelas chamadas Jornadas de Junho de 2013, que criaram condições necessárias para o governo federal lançar uma iniciativa claramente polêmica. Essas características, associadas ao significativo impacto social do programa, propiciam reflexões com potenciais aprendizados para processos envolvendo políticas públicas.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas; Formulação e Implementação; SUS; Insulamento Burocrático; Janela de Oportunidades.

### Correspondência

Oswaldo Gonçalves Junior  
Rua Pedro Zaccaria, 1.300, 2 andar, sala UL37. Limeira, SP, Brasil.  
CEP 13484-350.

## Abstract

This paper aims to analyze the *Mais Médicos* program (PMM) as a public health policy, describing some of its main characteristics and presenting data that allow an insight into its performance, bringing to light, among other aspects, the discrepancy between the results achieved and the opposition placed by the Conselho Federal de Medicina and the Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - medicine councils from the federation and from the state of São Paulo. Taking as reference the public policies cycle, the study focuses on the formulation and implementation stages. Using the analytical reference the concepts of bureaucratic insulation and window of opportunity, it is argued that the PMM has instigating aspects, either because of the insulated characteristics that mark its formulation process - which leads one to believe that the program has been maintained disregarding the external pressures of this initial phase -, or because of the favorable environment created by the days of June 2013, marked by popular manifestations that paved the way for the federal government to launch the clearly controversial initiative. These characteristics, associated with the significant social impact of the program, provide reflections that can contribute to the improvement of the knowledge on public policies processes.

**Keywords:** Public Policy; Formulation and Implementation; SUS; Bureaucratic Insulation; Opportunity Window.

## Introdução

Em 2011, o Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada apresentou os resultados do estudo “Sistema de Indicadores de Percepção Social”, cujo objetivo foi diagnosticar a percepção dos usuários de serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tal estudo também contemplou perguntas referentes ao sistema de planos e seguros de saúde privados. A avaliação de maior destaque positivo coube ao Estratégia Saúde da Família (ESF): 81% da amostra qualificou o serviço como bom ou muito bom, e apenas 5,4% dos entrevistados consideraram o serviço ruim ou muito ruim. A pesquisa abordou, ainda, os principais problemas do SUS apontados pelos entrevistados, sendo a carência de profissionais médicos o mais frequente, com 58,1% (Brasil, 2011a).

Em 2013, o Brasil possuía em torno de 400 mil médicos, correspondendo a uma taxa de aproximadamente dois médicos para cada mil habitantes. A maior densidade de médicos estava concentrada nas regiões mais ricas e desenvolvidas do país, aparecendo o Sudeste com a maior taxa de médicos, 2,67 por mil habitantes, enquanto o Norte apresentava apenas 1,01 médico por mil habitantes (Scheffer, 2013).

Essa desigualdade geográfica na distribuição de profissionais médicos pautou o movimento intitulado “Cadê o médico”, liderado pela Frente Nacional dos Prefeitos, em 2013. Naquele mesmo ano, movimentos sociais ganharam as ruas, nas denominadas Jornadas de Junho, que, com pautas compostas pelas mais diversas reivindicações, cobravam do poder público soluções em inúmeras áreas, como: mobilidade urbana, educação, segurança pública, direitos das minorias, democratização da mídia etc. O movimento também revelou a insatisfação popular em relação à qualidade dos serviços públicos de saúde, sendo esse tema destaque em inúmeros jornais e revistas da mídia de massa (Macedo et al., 2016; Pinto et al., 2014). Com o Brasil experimentando um ambiente de preparativos para sediar a Copa do Mundo de Futebol, exigia-se o mesmo “padrão FIFA” para diversas demandas sociais, argumento que se tornou o principal *slogan* das mobilizações populares.

Apresentado em julho de 2013, através da Medida Provisória nº 621, e consolidado pela Lei nº 12.871,

de 22 de outubro do mesmo ano, o Programa Mais Médicos (PMM) também pode ser entendido como um desdobramento desse processo, uma resposta do Governo Federal para as reivindicações da população no que tange à saúde. Em suas disposições gerais, o PMM possui como objetivos: (1) diminuir as desigualdades regionais no tocante à carência de médicos; (2) fortalecer ações e serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) em todo o território; (3) aprimorar a formação médica; (4) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; (5) fortalecer a política de educação permanente; (6) promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e os demais médicos formados em instituições estrangeiras; (7) aperfeiçoar o corpo médico para atuação nas políticas públicas de saúde; e (8) estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (Brasil, 2013b).

A partir da diretriz de descentralização do SUS, em 1990, e do entendimento de que os municípios são os agentes responsáveis pela gestão dos serviços primários de saúde em seu território, houve no Brasil um crescimento gradual do que se convencionou chamar de Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde. Caracterizada por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, a ABS tem como objetivo desenvolver um cuidado integral, que impacte a situação de saúde e a autonomia das pessoas, bem como os determinantes e condicionantes de saúde, aproximando a população dos serviços prestados pelo SUS (Matta; Morosini, 2008).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006, 2011b). Essa política explicita que a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão, qualificação e consolidação da ABS no país, de modo a ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde de indivíduos e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, em função dos recursos necessários para sua implementação.

A expansão da ESF, denominação que remonta ao ano de 1994, como Programa Saúde da Família (PSF), teve início quando o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991. A partir desse marco, a família passou a ser compreendida como uma unidade programática de saúde, e foi introduzida a noção de área de cobertura

ou abrangência (por família). Segundo Rosa e Labate (2005), como antecessor do PSF, o Pacs também introduziu uma visão alternativa sobre a intervenção em saúde: de não “esperar a demanda chegar” para intervir, mas agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em um instrumento concreto de reorganização da demanda em saúde. Dessa maneira, a ESF é voltada para a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços de saúde.

A ESF funciona por meio de equipes multiprofissionais, as Equipes de Saúde da Família (EqSF), formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro ou até seis agentes comunitários de saúde; em alguns casos, as equipes também possuem membros para cuidar da saúde bucal, como odontólogos, técnicos de higiene bucal e auxiliares de cirurgião-dentista. As EqSF trabalham nas Unidades de Saúde da Família, que atuam em áreas geográficas definidas e com populações descritas em um número mínimo de seiscentas e ao máximo de mil famílias por equipe (Brasil, 2011b).

Segundo Pinto et al. (2014), o PMM foi desenvolvido num momento de grande inflexão do país, em que a ABS foi priorizada, em contraste com os programas focalizados em medicina especializada. O Mais Médicos também teve como prerrogativa a resolutividade de ampliar e expandir a ESF, a qual vinha demonstrando dificuldades de fixar e também de atrair médicos para as equipes em regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos.

Este trabalho visa analisar o PMM enquanto política pública, descrevendo algumas de suas características principais e apresentando dados que permitam uma visão sobre seu desempenho, a fim de trazer à luz, além de outros aspectos, à discrepância entre os resultados alcançados e a oposição feita ao programa pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Além disso, procura-se focar o PMM tomando como referência o ciclo de políticas públicas, com especial ênfase nas etapas de formulação e implementação, devido aos aspectos instigantes para um olhar analítico e para os aprendizados que o caso pode gerar no campo de políticas públicas.

## Iniciativas de atração e fixação de profissionais da saúde no país: um breve panorama histórico

Ao longo de décadas, várias foram as iniciativas realizadas com o objetivo de levar, atrair e/ou fixar profissionais médicos em municípios com baixo desenvolvimento social e econômico. No período militar (1964-1985), foram criados dois programas: o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). O primeiro contemplou, majoritariamente, municípios localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. De acordo com Maciel Filho (2007), a participação no projeto tinha caráter voluntário, envolvendo universitários dos mais diferentes cursos, com o objetivo de executar ações características de cada área de atuação. Especificamente na área da saúde, foram realizadas campanhas de vacinação, combate a doenças endêmicas, serviços de enfermagem, atendimento médico e odontológico.

Em 1976, foi criado o Piass, primeiro programa com objetivo de implantar em comunidades de até 20 mil habitantes uma estrutura básica de saúde pública e contribuir para melhoria do nível de saúde da população. Houve, no período de 1975 a 1984, aumento de 1.255% da rede ambulatorial (Mendes, 1993 apud Maciel Filho, 2007). Com o processo de redemocratização e a ampliação dos grupos de interesse no desenvolvimento de um sistema de saúde universal, o SUS, o então Piass foi perdendo a importância.

Como destaca Oliveira et al. (2015), com a implementação do SUS e sua descentralização aos municípios a partir de meados da década de 1990, três programas podem ser elencados como iniciativas do Governo Federal para promover a atração e fixação de médicos no interior do país: (1) Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), de 1993; (2) Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de 2001; e (3) do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), criado em 2011 e ainda vigente.

O Pisus tinha o objetivo de oferecer uma unidade de saúde e uma equipe mínima para cada município contemplado. As equipes mínimas eram formadas por um médico, um enfermeiro e um agente comunitário

de saúde. Segundo Maciel Filho (2007), o Pisus estava previsto para ser implantado no Norte do país, cobrindo 398 municípios, com possibilidade de ampliação para outras regiões dotadas das mesmas características de desenvolvimento socioeconômico. O programa foi implantado antes das eleições de 1994 e seu período de duração não alcançou um ano. Para Maciel Filho (2007, p. 107), duas prerrogativas contribuíram para o insucesso do Pisus: (1) a articulação do programa se deu apenas com os estados, de modo que os municípios ficaram de fora do processo de implementação; e (2) a proposta foi herdada de outra gestão, com a falta de apoio político, acabou afetada pela lógica das disputas partidárias.

Com a reestruturação do modelo de assistência à saúde a partir da criação do SUS, o desenvolvimento da ABS no país se deu pela criação do PSF, em 1994 (Fausto; Matta, 2007). Contudo, diante das dificuldades em atrair e manter profissionais da área em municípios pobres, o Governo Federal propôs o Pits. Como salienta Maciel Filho (2007), além de médicos, o programa tinha também o objetivo de atrair e fixar enfermeiros por meio de incentivos educacionais e econômicos, por exemplo, ofertando a especialização profissional em Saúde da Família e bolsas de estudos. Aproximadamente trezentos municípios, a maioria concentrada nas regiões Norte (45,22%) e Nordeste (46,32%), foram contemplados pelo Pits em seus três anos de duração, de 2001 a 2004. De acordo com Maciel Filho (2007, p. 125), grande parte dos municípios atendidos (41%), tinha entre 10 e 20 mil habitantes e baixa densidade demográfica, sendo que 51,1% deles possuíam apenas 10 hab./Km<sup>2</sup>.

Desde 2011, o Provab tem como prerrogativa alocar equipes de saúde (médicos, odontólogos e enfermeiros) para atuarem em áreas remotas e de extrema pobreza (Oliveira et al., 2015). Segundo Pinto et al. (2014), em 2013 o programa possuía 3.579 médicos, para os quais, como forma de atração e estímulo, o Provab proporciona pontuações adicionais em exames de residência médica e bolsas de estudos.

Portanto, desde a década de 1960, o Brasil tem formulado políticas de atração e fixação de profissionais da saúde voltadas para o interior do país. Contudo, nenhuma dessas iniciativas foi capaz de solucionar de forma eficaz o problema. Como afirma Oliveira et al. (2015), apenas com a criação do PMM,

em 2013, o país alocou, em apenas um ano, 14.462 médicos em 3.785 municípios. A grande novidade desse programa foi permitir a contratação de médicos estrangeiros, sobretudo provenientes de Cuba, através de acordos internacionais.

## Mais Médicos: desenho e características

O Brasil possui dimensões territoriais e populacionais peculiares, complexidade que aumenta quando se consideram as desigualdades regionais. Como parte do SUS, a formulação e implementação de um programa nos moldes do Mais Médicos deveria observar o direito à saúde em sua universalidade, integralidade e equidade.

Visando atender às necessidades que motivaram sua criação, o PMM contou com três eixos norteadores, contemplando ações a serem desenvolvidas no curto, médio e longo prazo:

- 1º Eixo - Provimento Emergencial: contratação imediata de médicos. Em 2015, no balanço de dois anos do PMM, o programa possuía 18.240 médicos em 4.058 municípios do país; assim, cobria 73% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, garantindo assistência médica para aproximadamente 63 milhões de brasileiros (Brasil, 2015).
- 2º Eixo - Educação: com a implementação do programa houve uma profunda reestruturação na formação médica do país. A Lei nº 12.871/2013, que criou o PMM, determinou que o Conselho Nacional de Educação passasse a exigir das escolas médicas, até 2015, adequação às novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina<sup>1</sup>, medida esta que veio modificar substancialmente a formação de médicos e especialistas. Esse eixo tem o objetivo de enfrentar de maneira permanente a falta de médicos e resolver definitivamente o *déficit* de profissionais do país. Para isso, dentro do PMM existe um plano de expansão da graduação e da residência médica. Até 2017, o Governo Federal

estabeleceu como meta criar 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência, e até 2015 já tinham sido criadas mais de 5 mil vagas de graduação e outras 5 mil em residência médica (Brasil, 2015).

- 3º Eixo - Infraestrutura: por meio da construção, ampliação e reforma das unidades básicas de saúde. Foram investidos até 2015, mais de R\$ 5 bilhões para o financiamento de 26 mil obras, em aproximadamente 5 mil municípios do país. É importante salientar que 45 dessas obras são de Unidades Básicas de Saúde (UBS) fluviais, ou seja, têm o intuito de fazer chegar médicos em locais onde antes não havia. De toda infraestrutura pretendida, segundo dados oficiais do programa, até 2015, aproximadamente 10,5 mil obras estavam prontas e outras 10 mil encontravam-se em fase de execução (Brasil, 2015).

A partir dos três eixos, pode-se verificar que o PMM visa modificar de forma ampla toda uma estrutura vigente, perpassando pela formação médica no país, pela contratação imediata de profissionais e também pelo fornecimento da infraestrutura necessária para viabilizar a tão almejada universalização do direito à saúde.

Essas medidas se expressam também no ensejo de superação do problema de atração e fixação de médicos nas equipes da ESF, enfrentado com a ABS, a porta preferencial do SUS, por meio da qual se procura garantir aos usuários o acesso aos demais serviços da rede de saúde, estando assim presente em todos os municípios brasileiros (Brasil, 2015, p. 15-16).

Quando o PMM foi formulado, o Brasil possuía uma proporção de médicos por habitantes muito inferior às necessidades do SUS, os profissionais estavam mal distribuídos pelo território nacional, sendo as regiões mais pobres e vulneráveis as que contavam com menos médicos por habitantes. Entre 2002 e 2012, o país formou apenas 65% da demanda por médicos, tendo o *déficit* atingido o patamar de 53 mil profissionais no período. O Quadro 1 apresenta resumidamente esses dados.

<sup>1</sup> As exigências da Lei nº 12.871/2013 para o novo currículo de medicina. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/o-novo-curriculo>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

**Quadro 1 – Distribuição de médicos nas regiões por mil habitantes, Brasil, 2013**

Regiões	População 2012	Total de médicos	Médicos por mil habitantes
Norte	15.945.589	14.394	0,9
Nordeste	54.949.170	59.671	1,1
Distrito Federal	2.741.213	9.494	3,5
Centro-Oeste	11.692.888	16.091	1,4
Sudeste	82.880.900	206.238	2,5
Sul	28.316.533	53.803	1,9
Total	196.526.293	359.691	1,8

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2015, p. 28

Para atingir a meta de 2,7 médicos para cada mil habitantes, prevista para o ano de 2026, o Brasil precisaria ter em 2013 mais 168.424 profissionais formados; ou seja, já havia um problema grave relativo à falta de médicos no país à época da formulação do programa (Brasil, 2015, p. 27).

Para atrair adesão ao PMM, foram lançados vários editais que permitiam a qualquer município participar para receber os recursos do programa, sendo a seleção condicionada por critérios prioritários, como: “áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza; baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombola; locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais; entre outros” (Brasil, 2015, p. 43).

O PMM possui uma lista de prioridades para o recrutamento de profissionais, e os médicos brasileiros com formação e registro no Conselho Regional de Medicina tinham precedência em participar do programa, mas devido ao *déficit* histórico de formados nos cursos de medicina, foi necessário optar por outras alternativas.

É importante destacar que no Programa não podem se inscrever médicos, brasileiros ou estrangeiros, que se formaram ou atuam em países com proporção de médicos por habitantes menor que a do Brasil. Ou seja, o Brasil pratica uma regra de equidade e solidariedade internacional na qual busca atrair médicos somente de países que têm mais profissionais do que ele próprio, não agravando aqueles com média inferior. É por esse

motivo que não podem se inscrever médicos que foram formados ou que atuam em países como a Bolívia, Paraguai, Equador e a maioria dos países vizinhos sul-americanos e centro-americanos. (Brasil, 2015, p. 44-45)

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2015, p. 49-52), apenas atrair profissionais sem ao menos fornecer as condições necessárias para o trabalho não lograria resultados satisfatórios. Assim, ampliaram-se os investimentos em infraestrutura, partindo de R\$ 1,7 bilhão no ano do lançamento do programa para R\$ 4,9 bilhões em 2015. Na ABS nunca foram feitos investimentos de recursos nas dimensões que o PMM vem direcionando, tanto para infraestrutura, quanto para qualificação de profissionais.

A necessidade de contratação imediata de médicos e de melhoria na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde foram itens fundamentais para que o programa pudesse dar respostas aos problemas no curto e médio prazo, enquanto seu segundo eixo, que trata da educação, concentra-se nas medidas de longo prazo, com intuito de minimizar o *déficit* histórico de médicos no país.

A Lei nº 12.871/2013 determinou mudanças importantes na reorientação da formação que deverá ser observada por todas as escolas médicas, novas e já existentes, públicas e privadas, e também mudou a lógica da expansão de vagas de Medicina nas escolas brasileiras. (Brasil, 2015, p. 53)

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2015, p. 54) a lei determinou que o Conselho Nacional de Educação elaborasse novas diretrizes para o curso de medicina. Essas diretrizes tinham o intuito de atualizar a formação médica e dar ao aluno o protagonismo, ensinando-o a “aprender a aprender”, além de aproximar e direcionar a formação para as necessidades da população e do SUS, desenvolvendo profissionais com uma visão mais completa e contemporânea acerca da saúde, dos usuários e da medicina.

Todos os médicos participantes/cooperados do programa são obrigados a participar de atividades de aperfeiçoamento, que visam articular o ensino e o serviço. O tempo de permanência dos profissionais no PMM é de três anos, prorrogáveis por mais três (Brasil, 2015, p. 45-48).

## Números e visões sobre a implementação

Segundo Girardi et al. (2016), foram contratados, entre o início da implementação do PMM até setembro de 2015, 14.256 médicos. A região Norte contou com a maior participação dos médicos do programa, 23,7%, seguida pela região Nordeste, com 18,1%v, portanto, a distribuição dos profissionais foi direcionada para as áreas mais deficitárias.

A participação dos médicos do PMM nos municípios com até 10 mil habitantes foi de 22,2%, como destaca Girardi et al. (2016, p. 2679): “Os municípios de menor porte eram os que mais se organizavam em torno da oferta de médicos de saúde da família, em detrimento das demais especialidades, e eram os mais vulneráveis em termos de assistência à saúde”. O impacto da participação relativa dos médicos do PMM nas cidades com mais de 100 mil habitantes somadas às capitais e regiões metropolitanas é menor, pois os profissionais que atuam na iniciativa privada preenchem essa lacuna, entre os quais estão principalmente clínicos gerais e pediatras.

Além de Girardi et al. (2016), outros autores (Campos; Pereira Junior, 2016; Miranda et al., 2017; Oliveira; Sanchez; Santos, 2016; Oliveira et al., 2015) reforçam que o PMM permitiu à população, sobretudo aquela concentrada nos municípios mais pobres, o acesso à saúde, direito presente na Constituição de 1988 e alicerce da construção do SUS.

Para Silva Junior e Andrade (2016), o eixo educacional permite, além de mudanças na formação médica, o incentivo para a interiorização dos cursos de graduação. Os autores destacam, por exemplo, que no estado do Rio de Janeiro a maioria das vagas foram disponibilizadas por instituições privadas em municípios do interior fluminense. Contudo, como salientam os autores, a privatização do ensino “fragiliza a estabilidade deste processo e a relação necessária destas escolas com a rede pública de serviços de saúde” (Silva Junior; Andrade, 2016, p. 2671). Além disso, a interiorização da residência médica deve avançar ainda mais nos municípios com maiores necessidades.

Ao avaliarem a implementação do PMM em 104 municípios do Mato Grosso, Mota e Barros (2016) afirmam que, mesmo com as inúmeras dificuldades que afligem o estado, como a falta de medicamentos, insumos, equipamentos e a carência na infraestrutura física das unidades de saúde, a contratação de médicos foi decisiva para prestar assistência à aproximadamente 900 mil habitantes, pois diminuiu de forma significativa as desigualdades de acesso aos serviços e ações de saúde. Ainda de acordo com os autores, outro objetivo previsto pelo Mais Médicos foi alcançado em Mato Grosso: a troca de experiência entre os profissionais estrangeiros e os médicos brasileiros, devido ao fato de os primeiros possuírem como característica a humanização do atendimento e a criação de vínculos com seus pacientes, enriquecendo assim as formas de tratamento e execução de ações de promoção e prevenção no âmbito da ABS.

A contribuição do PMM nos municípios mais vulneráveis pode ser observada em Bruna Silva et al. (2016), que aborda a implementação do programa no Vale do Ribeira, área que cobre parte dos estados de São Paulo e Paraná, abrigando 544.042 habitantes, e que possui grande diversidade cultural e socioeconômica, com uma parcela da população em extrema pobreza (7,77%) e vivendo em zona rural (25,94%). Segundo os autores, houve aumento no número de consultas para a população adulta e atendimento aos portadores de DST/Aids, com diminuição das consultas realizadas fora da área de abrangência da ESF, refletindo em um maior acesso dessa população aos serviços e ações da ABS. Nas palavras de Bruna Silva et al. (2016, p. 2902):

“houve uma queda brusca em internações por outras causas, demonstrando a capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população”.

No município de Mossoró, no Rio Grande do Norte, Tiago Silva et al. (2016) realizaram pesquisa qualitativa, entrevistando usuários de UBS que receberam os médicos intercambistas, provenientes de Cuba. Segundo Tiago Silva et al. (2016, p. 2863): “Além da facilidade de acesso, a atenção e o respeito dispensados aos usuários por médicos cubanos foram evidenciados na pesquisa como elementos que contribuem para uma avaliação positiva do projeto”.

Entrevistas realizadas com gestores e beneficiários do Mais Médicos, disponíveis na página eletrônica do programa, ajudam a fazer um balanço sobre as mudanças ocorridas após sua implementação, trazendo elementos importantes que corroboram a visão de Tiago Silva et al. (2016).

Em pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015), 95% dos usuários disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação dos médicos do programa. Os pontos mais citados pelos usuários foram: o “aumento do número de consultas”, “ter agora atendimento médico todos os dias”, “médicos mais atenciosos”, “que passam mais tempo com os pacientes” e que são “capacitados e competentes”. Essas percepções ajudam a complementar qualitativamente a visão sobre um programa cujos números são igualmente expressivos.

## Insulamento e janela de oportunidade: elementos para uma discussão

Como política de Estado, nem mesmo a troca de governos, de Dilma Rousseff (PT) para Michel Temer (PMDB), resultado do ruidoso processo de *impeachment* em 2016, interrompeu o PMM. Houve reajustes nas bolsas e benefícios aos médicos participantes e cooperados. Outra medida importante foi a renovação da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) até 2019, a fim de garantir que os médicos cubanos possam cumprir seus contratos até o final previsto, porém a meta é ampliar a participação de brasileiros nas 4 mil vagas que hoje são preenchidas por meio do acordo internacional.

Apesar de contratemplos, resistências e limitações existentes no PMM, os resultados indicam se tratar de uma política pública bem-sucedida, contrapondo-se a muitos discursos classistas e midiáticos que o acompanham desde o lançamento.

A não interrupção do programa na troca de governantes, mas sim sua ampliação, é também acompanhada por um desempenho que foge ao comum, especialmente quando se considera o ciclo de políticas públicas e os desafios que envolvem os desdobramentos entre as fases de formulação e implementação, isto é, entre o planejado e o realizado (Arretche, 2001, p. 45). No conhecido texto de Arretche (2001) “Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas”, a autora chama a atenção para o fato de que:

Os manuais de avaliação de políticas públicas nos ensinaram que a avaliação da eficácia, da eficiência ou da efetividade de programas públicos deve sistematicamente levar em consideração os objetivos e a estratégia de implementação definidas pelos formuladores destes programas. Entretanto, supor que um programa público possa ser implementado inteiramente de acordo com o desenho e os meios previstos por seus formuladores também implicará uma conclusão negativa acerca de seu desempenho, porque é praticamente impossível que isto ocorra. A distância existente entre o planejado e o realizado é uma contingência da implementação, que pode ser, em grande parte, explicada pelas decisões tomadas por uma cadeia de implementadores, no contexto econômico, político e institucional em que operam. Assim, para superar uma concepção ingênua da avaliação de políticas públicas, que conduziria necessariamente o avaliador a concluir pelo fracasso do programa sob análise, é prudente, sábio e necessário admitir que a implementação modifica as políticas públicas. (Arretche, 2001, p. 45-46)

Os números disponibilizados e os depoimentos de gestores e usuários sobre o programa mostram uma implementação bem-sucedida, com um grau de consonância entre formulação e implementação que destoa das advertências da teoria. Essa constatação de sucesso suscita inquietações perante um cenário, não raro, marcado por frustrações e revisões de

metas de programas públicos. Em outras palavras, o que explicaria o desempenho dessa iniciativa?

Ao analisar a trajetória do Mais Médicos, um primeiro aspecto chama a atenção e surge como possibilidade explicativa: a forma insular de sua formulação. Essa característica se atrela ao conceito de insulamento burocrático, que pode ser definido como uma maneira de proteger instituições técnicas do Estado contra a interferência da política. O insulamento burocrático é considerado um processo tecnocrático associado ao fortalecimento do núcleo técnico da burocracia, visando evitar interferência dos sistemas político e social sobre este. É, assim, um processo marcado por baixo ou nenhum controle político e social, daí ser compreendido como uma disfunção (Xavier, 2006).

Sob a lógica do comando, a opção pelo insulamento encontra motivação no entendimento de que:

qualquer interferência política pode prejudicar a consecução dos objetivos, seja em função da lentidão do processo de negociação ou da preservação do conteúdo racional da política pública. Em consonância com essa lógica, na verdade, o que se busca com o insulamento burocrático é diminuir o escopo de relações e o espaço político da organização pública. (Xavier, 2006, p. 1)

Tal visão, quando colocada no âmbito do ciclo de políticas públicas, revela que os governos estariam buscando, com o insulamento burocrático, limitar:

a gestão das organizações públicas a bases tecnicistas, ao concentrarem, centralizarem e fecharem a tomada de decisões quanto à formulação e implementação de políticas públicas na racionalidade burocrática. [...] Esse escudo invisível criado pelo insulamento em torno das organizações governamentais torna a administração pública completamente imune ao controle da sociedade e ao sistema político, gerando, muitas vezes, questionamentos sobre o próprio sistema democrático. (Xavier, 2006, p. 1-2)

Quando se considera o PMM à luz dessa perspectiva, descontina-se um paradoxo, pois a clara função social do programa incide justamente sobre a

principal crítica em relação ao insulamento no tocante à dimensão democrática: a falta de legitimidade.

A dimensão democratizante ganha reforço quando se considera que a formulação insulada do PMM o tornou assertivo em seus objetivos de rever uma estrutura historicamente arraigada, enfrentando interesses (e desinteresses), incidindo de maneira eficaz sobre um problema de difícil solução e central para a saúde pública: a falta de profissionais nas regiões interioranas do país, pouco atrativas quando comparadas às zonas mais ricas, mas nem por isso alheias a uma visão monopolista de parte representativa da classe médica.

Acrece-se a esses pontos o fato de a implementação não ter desconfigurado a política formulada, ainda que os agentes participantes dessas etapas não sejam os mesmos. Tal constatação adiciona mais um aspecto incomum, pois uma das características marcantes do insulamento é justamente a capacidade de, em casos de maior intensidade, fazer com que agências descentralizadas assumam um único papel de formuladoras e implementadoras, fugindo assim de forma irremediável ao controle social e afastando-se da legitimidade perante a sociedade (Xavier, 2006). Diante desse cenário, a estrutura concebida na formulação fora capaz de criar os mecanismos necessários para que os implementadores – burocratas de linha de frente – executassem a política sem que sua discricionariedade a “pervertisse”.

O processo de formulação, o sucesso da política e seu escopo social trazem elementos instigantes para pensar num aspecto recorrentemente abordado: a existência de um polêmico *trade off* entre eficiência e democracia. Se para uns fica claro que quanto maior participação, menor a eficiência - “ganha-se em agilidade, mas perde-se em democracia”, para outros, em sentido oposto e em defesa de práticas democráticas, não haveria perda de eficiência que justificasse menor participação de atores sociais nos processos públicos.

No caso do Mais Médicos, a menor participação de atores oriunda do caráter diretivo na formulação resultou em um programa eminentemente fincado em valores democráticos e incluidentes. Essa constatação, portanto, acresce aos dois polos mencionados uma terceira possibilidade: a da exclusão com ganho democrático. Exclui-se no processo, mas inclui-se na

materialização da política, salientando-se a qualidade e abrangência dos serviços públicos prestados com a implementação bem-sucedida do PMM.

Tal fato chama ainda mais a atenção quando se considera que:

As políticas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) se desenvolvem em cenários permeados pela ambiguidade, pela incerteza e pelo conflito entre valores e interesses de grupos na escolha pública [...]. As correlações de forças estão presentes na maioria das decisões, em organizações de saúde complexas, nas quais interagem múltiplos atores, com preferências e identidades heterogêneas [...]. Em vista disso, e não por acaso, a opção por processos pactuados em arenas políticas do SUS, ambientados em fóruns deliberativos e consultivos específicos, assumem crescente protagonismo e relevância no processo de democratização das políticas públicas de saúde no Brasil. (Gotttems et al., 2013, p. 511)

Enquanto o programa era formulado de maneira insularizada nos *back offices* burocráticos do governo federal, tendo o Ministério da Saúde assumido a frente, em colaboração com o Ministério da Educação e o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, para a sociedade e para a opinião pública em geral o PMM ainda não existia. Foi somente na segunda metade de 2013 que o Mais Médicos emergiu como programa pronto para ser colocado em ação. Nesse sentido, a característica *top-down* - política definida do topo da pirâmide da administração para baixo -, que determina a formulação, em momento algum pode ser confundida com improviso, fato confirmado por depoimentos como o da médica cubana Tania Sosa. Em entrevista, Sosa apresenta uma visão externa que surpreende quando se considera o desconhecimento da sociedade e a opinião pública nacional sobre o assunto: “Esse programa não é improvisado. Há um ano estamos nos preparando, aprendendo o idioma e estudando as características do Brasil” (Carvalho, 2013). Outra fonte informa que o convênio para importar médicos cubanos tinha sido celebrado antes do anúncio do Mais Médicos, em 26 de abril de 2013, ou seja, quase três meses antes da Medida Provisória que criou o PMM (D’Amorim; Johanna, 2013).

Quando se analisa o contexto brasileiro e o poder político exercido historicamente pelos médicos, seja enquanto classe, seja enquanto indivíduos com larga tradição na ocupação de cargos, eletivos ou não, na vida pública nacional, é possível compreender a lógica oculta que marca a natureza insular no processo de formulação do Mais Médicos. Em outras palavras, não seria preciso nenhum dom especial para antever as enormes resistências que um programa com tais características enfrentaria por parte significativa da classe médica.

Schraiber (1993) aborda a autonomia como aspecto de um intrincado processo que engloba a técnica própria da prática médica (dimensão interior) e sua participação na formulação das políticas de saúde (dimensão exterior). Para a autora, esse processo seria paradoxal, “pois, o pensamento médico participará, como forma de manifestação em prol da autonomia técnica, das formulações políticas de saúde” (p. 171). Seria, portanto, uma estratégia de poder visando “manter para a profissão o que lograram conquistar seus antecessores, ou seja, o controle total sobre o processo de trabalho” (p. 173). A autora explora uma série de aspectos que ajudam a compreender a complexidade que envolve a medicina, afirmando os traços de uma história que a faz, ao mesmo tempo, “tão dividida e tão coesa; diversamente praticada e, não obstante, reunida em um ideal comum” (p. 149). Essa dinâmica se revela na visão segundo a qual

Os médicos não são, na pessoa deste ou daquele, imediata e absolutamente responsáveis, sem que contudo a categoria profissional deixe de sê-lo; mas também não de modo uniforme. Há grande distância entre os médicos-comuns e os intelectuais na participação política e ideológica para a formulação do projeto de organização da medicina. (Schraiber, 1993, p. 174)

Nesse sentido, o olhar crítico aqui empreendido não desconsidera esse universo multifacetado e complexo no qual, sob aspectos comuns e um manto de uniformidade, reside visões divergentes sobre o PMM.

Ao analisarmos o papel dos conselhos de medicina espalhados pelo país, observamos um movimento de resistência ao programa, sobretudo sobre a prerrogativa de médicos estrangeiros trabalharem no Brasil sem a realização de exames de qualificação como o Revalida<sup>2</sup>. Além disso, com a aprovação da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, no Congresso, o CFM, em conjunto com outras instituições médicas brasileiras, entraram com ação no Supremo Tribunal Federal (STF) solicitando a constitucionalidade do PMM (Macedo et al., 2016).

“Falta de comprovação do domínio da língua portuguesa pelos candidatos” forma parte dos argumentos que fundamentam ações judiciais (CFM, 2013), impelindo para a conclusão do caráter corporativista nessas proposições. Para Scheffer (2013), no documento intitulado *Demografia médica do Brasil: cenários e indicadores de distribuição*, uma medida como o PMM seria também desnecessária, pois, de acordo com os dados apresentados pelo documento, o país chegaria ao patamar de médicos estabelecidos pelo programa apenas levando em consideração a razão de médicos formados pelo crescimento populacional, sendo que o estudo faz projeções até o ano de 2050. O único ponto de vista que o documento compartilha com o PMM se refere à desigual distribuição geográfica dos médicos (Scheffer, 2013, p. 163), como indicam alguns trechos:

Pelas projeções, já em 2020 os médicos serão 500 mil, com taxa de 2,41 por 1.000 habitantes. Em 2028 o número de mulheres no mercado passará o de homens, e em 2050 o total de profissionais será superior a 900 mil, com razão de 4,24 médicos por 1.000 habitantes. Pelo menos cinco estados do Norte e Nordeste, no entanto, continuarão com taxas abaixo da razão nacional atual, que é de 2,00. O aumento da taxa nacional médico habitante, por certo, não reduzirá as desigualdades entre regiões e entre os setores público e privado da saúde, caso não sejam adotadas novas políticas de atração e fixação de médicos, e caso não ocorram mudanças

substantivas no funcionamento do sistema de saúde brasileiro. (Scheffer, 2013, p. 164, grifo nosso)

Por fim, como já alertado no primeiro volume deste estudo, fica a certeza de que a presença do médico não pode ser determinada por decisões governamentais unilaterais, nem apenas por gestores do sistema público ou por entidades médicas, muito menos por interesses de mercado. Antes, precisa ser debatida com transparência, informações fundamentadas e participação da sociedade. O diagnóstico precipitado desse problema pode orientar inadequadamente políticas e programas que visam formar ou instalar médicos, resultando até mesmo em danos irreversíveis ao sistema de saúde brasileiro. (Scheffer, 2013, p. 165, grifo nosso)

Esses trechos ajudam a compreender que mesmo antes do lançamento do PMM, em julho de 2013, o relatório, datado de fevereiro do mesmo ano, já apresentava diretrizes contrárias a ações que mais tarde foram completamente incorporadas e enfrentadas pelo programa. Tal visão ratifica as medidas de judicialização no combate ao PMM por parte do CFM e de demais órgãos afins, sendo as ações e os processos propostos derrotados no âmbito do STF (Mandel, 2013).

Uma das iniciativas do PMM, talvez a mais criticada durante a implementação do programa, fora o acordo de cooperação firmado com a Opas, instituição centenária ligada à Organização Mundial da Saúde e que há décadas vêm contribuindo com o Brasil na área da saúde. Para dar sequência ao processo, a Opas firmou um acordo de cooperação com o governo cubano, que se enquadrava nos requisitos estabelecidos pelo PMM e possuía médicos com ampla experiência e formação na ABS.

Para o programa, esses médicos cubanos são designados cooperados, pois não entram individualmente, mas por meio da cooperação Brasil-Opas-Cuba. Para permitir o pleno exercício da medicina dentro do programa, o Ministério da

<sup>2</sup> “O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) foi criado para orientar o reconhecimento de diplomas de medicina emitidos por instituições de educação superior estrangeiras. Para atuar como médico no Brasil, o estudante formado no exterior precisa revalidar o diploma” (Inep, 2017).

Saúde foi autorizado a emitir um Registro Único que visou substituir a revalidação do diploma dos participantes apenas durante a participação no programa (Brasil, 2015, p. 45).

É fato que, em um primeiro momento, houve resistência por parte de alguns setores da sociedade, principalmente em relação aos médicos estrangeiros. À medida que os resultados do programa na vida cotidiana das pessoas foram sentidos, foram sendo superadas as dúvidas e os questionamentos sobre a necessidade de Mais Médicos para a melhoria da assistência à população e para a expansão do atendimento na Atenção Básica, em todo o País. (Brasil, 2015, p. 9)

Devido ao *déficit* histórico de médicos brasileiros e às dificuldades das políticas públicas de saúde em atrair e fixar profissionais nas regiões mais pobres e afastadas do país, do lançamento do PMM até dezembro de 2014, 79% das vagas foram preenchidas por médicos cooperados cubanos. Mas no edital lançado em 2015, pela primeira vez, todas as vagas disponibilizadas foram preenchidas por brasileiros ou estrangeiros formados e com diplomas registrados no país, ou seja, não foi necessária a vinda de médicos estrangeiros ou formados no exterior sem diploma registrado no Brasil para atender às necessidades do PMM (Leal, 2015).

Ao insulamento burocrático como estratégia bem-sucedida na formulação do programa, mantendo-o alheio a pressões e influências externas, soma-se uma segunda característica: a janela de oportunidades que marca seu lançamento enquanto ação pública propriamente dita, para além dos bastidores burocráticos. Tal aspecto é igualmente interessante sob o ponto de vista de um ambiente propício para arrefecer resistências e garantir tanto aprovação no âmbito do Legislativo, quanto o andamento concreto do plano de ação da política.

A ideia de janela de oportunidade se relaciona à tomada de decisão, ação que de fato possibilitará a

uma alternativa formulada se tornar uma política pública. Os estudos de Kingdon (1984) são a referência recorrentemente citada para compreender processos desse tipo. O Modelo dos Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Model*) procura elucidar quando e de que forma um problema entra ou não na agenda decisória de um governo<sup>3</sup>. Em sistematização do modelo de Kingdon aplicado à análise de políticas de saúde, Baptista e Rezende (2015) lembram que a entrada de novos problemas na agenda decisória seria resultado de uma combinação de fluxos independentes que atravessam as estruturas de decisão: o fluxo de problemas (*problem stream*); o fluxo de soluções e alternativas (*policy stream*); e o fluxo da política (*politics stream*). O primeiro remete às condições sociais e à forma como cada condição desperta a necessidade de ação, não sendo a evidência dos problemas capaz de isoladamente influenciar a tomada de decisão, exigindo uma articulação com os demais fluxos. O segundo compreende propostas rotineiramente elaboradas por especialistas, funcionários públicos, grupos de interesse, entre outros. Nesse caso, as alternativas e soluções estariam disponíveis e, quando surgissem os problemas, passariam por um processo competitivo de seleção para a efetiva consideração no processo decisório das políticas (Baptista; Rezende, 2015, p. 230-231). Já o terceiro fluxo:

seria a dimensão da política “propriamente dita”, na qual as coalizões são construídas a partir de barganhas e negociações. Neste fluxo, três elementos exercem influência sobre a agenda governamental: o “clima” ou “humor” nacional (por ex: um momento político favorável a mudanças dado o carisma de um governante ou a conjuntura política, econômica e social); as forças políticas organizadas (grupos de pressão); e mudanças no interior do próprio governo. Para Kingdon, cada um destes fluxos tem vida própria e segue seu caminho de forma relativamente independente, como o

<sup>3</sup> Segundo o modelo de Kingdon, além da agenda decisória ou de governo, que corresponde à lista de problemas que estão sendo considerados e que serão trabalhados nos processos decisórios, existiriam outras duas: a agenda sistêmica ou não governamental - lista de assuntos e problemas do país, colocados na sociedade, que por algum motivo não despertaram a atenção do governo e dos formuladores de política naquele momento e que ficaram aguardando oportunidade e disputando espaço para entrar na agenda governamental; a agenda institucional ou governamental, em que estariam incluídos os problemas que obtêm a atenção do governo, mas ainda não se apresentam na mesa de decisão (Baptista; Rezende, 2015, p. 230).

fluxo ou a corrente de um rio. Porém, em alguns momentos, estes fluxos convergem criando “janelas de oportunidade” (*policy windows*), possibilitando a formação de políticas públicas ou mudanças nas políticas existentes. Ou seja, uma janela de oportunidade apresenta um conjunto de condições favoráveis a alterações nas agendas governamental e de decisão e à entrada de novos temas nestas agendas. (Baptista; Rezende, 2015, p. 233-234)

Considerando o modelo de Kingdon, o Mais Médicos, ainda que estivesse sendo gestado, o momento e mesmo a certeza de seu lançamento, como no caso da maior parte das políticas públicas, seria incerto e dependente de uma confluência de processos. A integração dos três fluxos - problemas, alternativas e política -, resultando na abertura de uma janela de oportunidade, ajuda a entender como uma iniciativa dotada de caráter polêmico e potencial conteúdo gerador de enfrentamento com interesses classistas em sua matriz de origem ganha corpo e é colocada em prática.

Nesse sentido, a ideia de janela de oportunidade parece conter um traço explicativo fundamental sobre as razões que impeliram a passagem do estágio de alternativa para o de política concreta. O desempenho do programa também parece confirmar outra característica passível de identificação: a de uma alternativa que sobrevive e, por ser exitosa, desencadeia um efeito multiplicador, ganha adeptos (“*Bandwagon*”). A manutenção do PMM como agenda política, a despeito da troca de governos no nível federal - processo crítico e cercado de incertezas -, não deixa de confirmar isso.

O governo federal encontrou no clamor das ruas e nas reivindicações das Jornadas de Junho de 2013 a janela de oportunidades perfeita para o lançamento do PMM. Valendo-se do *timing* e de uma estratégia empreendedora, aspecto fundamental para fazer valer qualquer alternativa de política, pode-se dizer que, ao promulgar a Medida Provisória nº 621/2013 (Brasil, 2013a), houve um processo de “desinsulamento burocrático do Mais Médicos”, que, assim, seguiu para o Congresso Nacional, onde foi debatido intensamente pelos parlamentares até se tornar a Lei nº 12.871, sancionada em 22 de outubro de 2013 pela então Presidente da República, Dilma Rousseff (Brasil, 2013b).

O clima nacional (*national mood*), claramente marcado pela insatisfação popular, configurou um cenário favorável para a formação da agenda. De maneira paradoxal, a atmosfera de revolta popular foi capaz de pacificar o ambiente político entre Legislativo e Executivo, a ponto de propiciar um processo rápido e incontestado de aprovação do PMM.

## Considerações finais

Diversas políticas públicas foram criadas visando o fortalecimento da ABS ao longo dos 28 anos do SUS. As implementações da ESF em conjunto com a criação do PMM podem ser consideradas as iniciativas de maior destaque para garantir o direito universal à saúde, princípio basilar da construção do Sistema. Não por acaso, o PMM veio rapidamente consolidando-se como a política mais ambiciosa em âmbito federal, objetivando resolver o *déficit* da mão de obra médica nos municípios mais vulneráveis do país. Os estudos consultados e os documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde demonstram um significativo sucesso no desempenho do programa, refletido na satisfação da população, sobretudo para aqueles que antes eram desassistidos e que raramente - ou nunca - tiveram acesso a profissionais médicos.

Outros dados permitem verificar a melhora da qualidade no atendimento, um aumento no acesso aos serviços de ABS, bem como o desenvolvimento de trocas de experiência e aprendizagem entre os profissionais estrangeiros e brasileiros. No conjunto, os dados e as informações disponibilizadas não deixam dúvidas quanto ao PMM ser uma política pública bem-sucedida. A essas constatações, acresce-se que o programa possui um custo anual de cerca de R\$ 2,8 bilhões (que equivale a aproximadamente 0,05% do PIB de 2017), tendo como beneficiários cerca de 63 milhões de pessoas. Tais números ajudam a dimensionar os recursos investidos no programa e seu significativo impacto social.

A partir de elementos concretos e passíveis de verificação, fica evidente a necessidade de estimular o PMM enquanto política de Estado, orientando o debate para que suas ações sejam ampliadas e perenizem um novo patamar para a saúde pública do país.

Da mesma forma, esses elementos ajudam a compreender que a polêmica gerada em torno do programa envolvendo entidades representativas da classe médica encontram suas motivações em elementos de ordem mais moral que concreta.

## Referências

- ARRETCHE, M. T. S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE, PUC-SP: Cenpec, 2001. p. 43-56.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 221-272.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71-76.
- BRASIL. Secretaria Especial de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. *Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): saúde*. Brasília, DF: Ipea, 2011a. Disponível em: <<https://goo.gl/eUApWw>>. Acesso em: 22 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção 1, p. 48-55.
- BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jul. 2013a. Seção 1, p. 1.
- 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, 23 out. 2013b. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/8Y2tbQ>>. Acesso em: 22 nov. 2017.
- CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.
- CARVALHO, D. Sem registro, cubanos têm agenda 'social'. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 24 set. 2013. Cotidiano, p. 4. Disponível em: <<https://goo.gl/Uja3jD>>. Acesso em: 22 nov. 2017.
- CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM entra com ação civil pública contra a União para suspender o programa Mais Médicos. *Portal Médico*, Brasília, DF, 22 jul. 2013. Disponível em: <<https://www.goo.gl/R7sNZM>>. Acesso em: 22 nov. 2017.
- D'AMORIM, S.; JOHANNA, N. Convênio para importar cubanos foi firmado antes do Mais Médicos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 29 ago. 2013. Cotidiano, p. 6. Disponível em: <<https://goo.gl/GBF5Do>>. Acesso em: 22 nov. 2017.
- GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.
- GOTTEMS, L. B. D. et al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 511-520, 2013.
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI,

M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 43-67.

INEP - INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. *Revalida*: exame nacional de revalidação de diplomas médicos expedidos por instituições de educação superior estrangeira. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/DkUmNv>>. Acesso em: 17 out. 2017.

KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston: Little Brown, 1984.

LEAL, A. Em 2015, Mais Médicos ocupa todas as vagas abertas com brasileiros pela 1ª vez. *Empresa Brasil de Comunicação*, Brasília, DF, 30 dez. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/GDykwD>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

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 EBAPÉ.BR*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 593-618, 2016. Número especial.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social e Preventiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MANDEL, G. Justiça mantém Mais Médicos contra risco de prejuízo. *Consultor Jurídico*, [S.l.], 30 ago. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/Hj4P2x>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 44-50. Disponível em: <<https://goo.gl/rbTcGC>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

MIRANDA, G. M. D. et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos

nos municípios brasileiros. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 131-145, 2017.

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, 2016.

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

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, 2016.

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

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SCHEFFER, M. (Coord.). *Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2. Disponível em: <<https://goo.gl/UqRdXA>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA, B. P. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, 2016.

SILVA JUNIOR, A. G.; ANDRADE, H. S. Formação médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2670-2671, 2016.

SILVA, T. R. B. et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2861-2869, 2016.

XAVIER, R. S. Reformar para legitimar: o caso do insulamento burocrático da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN). *Cadernos EBAPÉ.BR*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 2006. Não paginado.

---

### Contribuição dos autores

O trabalho deriva da vivência entre os pesquisadores, especialmente aquela proporcionada pela participação na disciplina Análise e Avaliação de Políticas Públicas, no âmbito do Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas da Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA – Unicamp), sendo resultado de uma construção coletiva. Gonçalves Junior foi responsável pela concepção do projeto. Gava contribuiu na revisão da literatura. Silva contribuiu com a revisão do manuscrito. Todos os autores contribuíram para a redação do artigo.

Recebido: 27/03/2017

Reapresentado: 18/10/2017

Aprovado: 06/11/2017