

## **PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS TOP-DOWN: UMA REVISÃO SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

**GABRIELLE FONTES MAU**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)

**MARCO AURÉLIO MARQUES FERREIRA**

**GUILHERME DE AVELAR OLIVEIRA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)

Agradecimento à orgão de fomento:

Agradecemos o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, para a realização deste trabalho.

# PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS *TOP-DOWN*: UMA REVISÃO SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

## 1. INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), ficou estipulado que a saúde é um direito fundamental e social do ser humano. Sendo um direito de todos e dever do Estado brasileiro, esta deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Desse modo, ao se tratar da temática da saúde fazem-se presentes diversos campos de sua atuação e políticas destinadas à sua consecução e efetividade. As políticas públicas no contexto da saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI *et al.*, 2004).

No contexto de políticas públicas no Brasil pós CF/88, a institucionalização e implementação dessas políticas representam a incorporação de novidades ao conjunto de processos e procedimentos que conformam a administração pública tradicional (ROCHA, 2004), dado que, quando considerados juntamente, os programas e projetos apontam para a ampliação da cidadania, aliada à busca por maior responsabilização na utilização dos recursos públicos; possibilitada com a introdução da eficiência, enquanto princípio constitucional em 1998 (BRASIL, 1998).

Nesse sentido, tem-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como expressão constitucional de Saúde, enquanto um direito de todos e dever do Estado (PAIM, 2008) e, nos anos seguintes à sua criação, foram reconhecidos significativos investimentos na ampliação do acesso à saúde, incluindo mudanças no cenário da Atenção Básica, como a Portaria 648/GM de 28 de Março de 2006, que tornou pública a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definindo e conceituando fundamentos centrais para a forma como a Atenção Primária à Saúde é organizada no Brasil (RIBAS, 2016).

Através da criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi definido o conceito de Atenção Básica de Saúde, que pode ser entendida como o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população (BRASIL, 2017). Considerando-se que nessa modalidade grande parte dos problemas são resolvidos ou evitados (SAÚDE, 2007), foram elaborados programas e estratégias para o fortalecimento da Atenção Básica de Saúde, visando sua efetividade.

Dentre essas ações destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM), que consiste em uma iniciativa intersetorial e contempla uma série de medidas para o fortalecimento e consolidação da Atenção Básica. Este prevê, além de recursos humanos, investimentos para a melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente das unidades básicas de saúde e de ampliação de vagas e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residências médicas no país, com foco na valorização da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família e das áreas prioritárias para o SUS (SILVA *et al.*, 2016).

Com a criação do PMM, o Ministério da Saúde (MS) passou a ter uma maior interferência na Atenção Básica, competência quase que exclusivamente municipal. O PMM é realizado em articulação com municípios, mas o protagonismo do nível federal é maior em diversas dimensões. Para isso, o MS realizou planejamento nacional, responsabilizando-se pela

execução de grande parte das ações definidas no plano, o que faz com que a política em questão se configure como *top-down* ou modelo de cima para baixo (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Apesar de o PMM manter um contexto de implementação pautado pela realidade econômica, política e social do Brasil, ele comporta uma diversidade de experiências registradas em diferentes realidades urbanas e rurais que dialogam com as políticas e ações nos âmbitos local, estadual, regional e internacional. Compreender o conjunto e a diversidade das experiências produzidas, em suas particularidades e convergências, constitui um passo importante para vislumbrar sua expansão e consolidação no País (OPAS, 2017).

Dessa forma, ao considerar o contexto do Programa Mais Médicos e sua implantação, surge a seguinte questão: Como foi realizado o processo de implementação do Programa Mais Médicos no Brasil, de acordo com as perspectivas federal, estadual e municipal? Desse modo, considerando a existência de poucos trabalhos sobre o tema, esse estudo tem como objetivo central, por meio de uma revisão de literatura, compreender quais os pontos marcantes do processo de implementação do Programa Mais Médicos nas esferas nacional, estadual e municipal, especificando suas particularidades.

## **2. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

O processo de implementação de uma política pública pode ser compreendido como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores. Este processo precisa ser acompanhado, para que seja possível identificar porque muitas coisas dão certo enquanto outras dão errado entre o momento em que uma política é formulada e o seu resultado concreto (RUA, 1997).

No que concerne ao processo de implementação, a teoria aborda dois modelos analíticos: o modelo *top-down* e o *bottom-up*. Na abordagem do tipo *top-down* ou desenho prospecto, a decisão política é definida em um nível central, mais especificamente pelo governo, e a implementação é realizada pela administração, baseada nas normas hierárquicas (CARVALHO; BARBOSA; SOARES, 2010). Esta perspectiva baseia-se na abordagem sequencial, na qual a política pública é vista como uma sequência de etapas distintas e guiadas por lógicas diferentes, onde fica clara a distinção entre decisão e sua operacionalização, que possuem arenas e atores distintos (MULLER; SUREL, 2002; LEITE; ASCENZI, 2013). Nessa abordagem, limitar, regular e controlar a discricionariedade dos implementadores são questões centrais e, regras claras, compreensíveis e específicas visam permitir a difusão do plano e minimizar a discricionariedade, considerada uma distorção da autoridade governamental. Às falhas de comunicação comumente é atribuído o fracasso do processo de implementação, julgado com base no grau de alcance dos objetivos previamente definidos. Uma das limitações apontadas desse modelo é a ideia de que os formuladores das políticas controlam todos os processos e condicionam a implementação (ELMORE, 1996; LEITE; ASCENZI, 2013).

Por outro lado, a abordagem do tipo *bottom-up* ou desenho retrospecto, defende que a discricionariedade dos implementadores é inevitável e pode ser desejável, já que esses atores detêm conhecimento das situações locais e podem adaptar o plano a elas (O'BRIEN; LI, 1999; HILL; HUPE, 2013). Considera-se que a política muda à medida que é executada e a implementação é percebida como um processo iterativo de formulação, implementação e reformulação (MAZMANIAN, SABATIER, 1983; HILL; HUPE, 2013) e as análises são centradas nos atores dos níveis organizacionais responsáveis pela implementação. Assim, o padrão de sucesso é condicional e está relacionado à capacidade limitada dos atores de cada nível de implementação de influenciar o comportamento daqueles dos outros níveis (ELMORE, 1996; LEITE; ASCENZI, 2013). A resolução de problemas requer habilidade e discricionariedade

ocorre por meio da ação dos atores, da implantação de suas estratégias, da gestão de seus conflitos e dos processos de aprendizagem. Dessa forma, a burocracia responsável pela implementação é variável explicativa (LIPSKY, 1980; LEITE; ASCENZI, 2013).

Observa-se que essas teorias não são mutuamente exclusivas, uma vez que ambas fornecem informações úteis sobre o processo de implementação. Para identificar em qual modelo a política escolhida para o estudo se encaixa, é necessário entender sua estrutura, olhando para suas normas. No quadro 1 estão representadas as principais normativas referentes ou que influenciam o Programa Mais Médicos.

Quadro 1 – Resumo das normativas referentes ao Programa Mais Médicos.

Normativa	Ano	Descrição
Lei nº 13.333	12 de setembro de 2016	Prorroga o prazo de dispensa da revalidação do diploma para participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil.
Lei nº 12. 871	22 de outubro de 2013	Institui o Programa Mais Médicos com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369	8 de julho de 2013	Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
Medida provisória nº 621	8 de julho de 2013.	Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.
3º Termo de Ajuste ao 80º TC		Viabiliza o “Programa de Cooperação Técnica da Organização PanAmericana da Saúde para a participação de médicos cubanos no Projeto Mais Médicos para o Brasil”.
80º Termo de Cooperação República Federativa do Brasil (Ministério da Saúde) e Organização PanAmericana da Saúde (Opas)		Desenvolvimento do Projeto “Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde”.

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados da pesquisa.

Após a leitura das normas do Programa, é possível perceber, principalmente na Lei nº 12. 871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o PMM e na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 8 de julho de 2013, que o mesmo possui características de uma política *top-down* em sua essência, demonstrando uma interferência direta do Ministério da Saúde (MS) na implementação do Programa. Dado que a primeira destas dimensões de intervenção direta do MS se referiu ao recrutamento, distribuição, remuneração e formação de médicos, realizados diretamente pelo Ministério, ainda que com algum grau de negociação com os entes federados (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

O Programa Mais Médicos (PMM) é uma iniciativa intersetorial, coordenada pelos Ministérios da Saúde e da Educação em nível nacional, e que em nível estadual e municipal envolve as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as instituições de ensino. No primeiro artigo da lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o PMM são apontados os objetivos do Programa, os quais são:

- a) Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- b) Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país;
- c) Aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- d) Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade de saúde da população brasileira;
- e) Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- f) Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- g) Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL,2013).

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

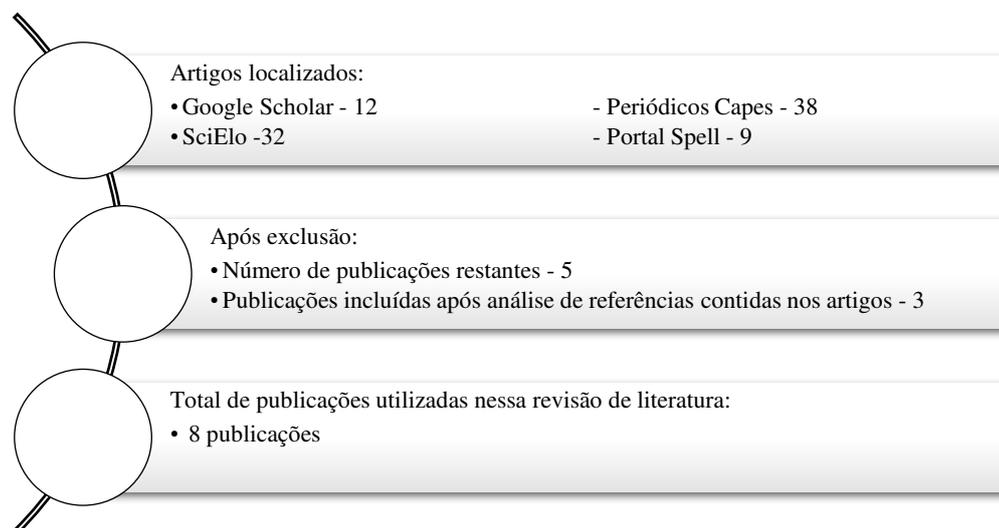
Essa pesquisa caracteriza-se como uma revisão sistemática da bibliografia, que contempla o processo de implementação do Programa Mais Médicos, com a finalidade de fornecer o que está sendo estudado pela literatura em relação ao tema, seguindo a recomendação PRISMA. A revisão bibliográfica, de acordo com Vosgerau e Romanowski (2014), consiste em uma forma de mapear um campo do conhecimento, com a finalidade de compreensão dos movimentos da área, da configuração, das propensões teóricas metodológicas e das análises críticas indicando tendências, recorrências e lacunas.

Sendo assim, a revisão começou com a busca eletrônica nos bancos de dados do Periódicos Capes, SciELO, Spell e Google Scholar, utilizando como descritores os termos ‘Programa Mais Médicos’ e ‘Implementação’. Em seguida, fez-se a busca por outros artigos a partir das referências citadas em estudos selecionados. Essa busca foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2018.

Para a seleção dos trabalhos, foram considerados como critérios de inclusão os estudos, artigos e demais publicações que citam o termo Programa Mais Médicos no título ou que tiveram como foco de estudo a implementação do Programa e que foram publicados entre os anos de 2013 (ano em que foi instituído o PMM) e 2018 (ano deste estudo). No total, foram localizadas 91 publicações, sendo excluídas as publicações duplicadas e artigos que não possuíam equivalência como o objetivo deste estudo, chegando em um total de oito publicações consideradas para esta revisão bibliográfica (Figura 1).

Os textos revisados foram organizados em três partes considerando a implementação no contexto nacional, estadual e municipal, dos quais se tem registro. Apesar de a maioria das publicações apresentarem resultados em mais de uma área ou tema, para fins dessa categorização, foram incluídos em apenas uma delas – implementação- que contempla o objeto deste estudo.

Figura 1. Número de publicações selecionadas neste artigo, a partir da aplicação de critérios de exclusão.



Fonte: Elaborada pela autora.

### 4. RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES

As publicações consideradas para essa revisão de literatura estão sintetizadas no quadro abaixo (Quadro 2) de acordo com o ano de publicação e títulos dos trabalhos. Em seguida, foram dispostas em tópicos, separadas de acordo com o nível da federação, partindo do contexto nacional, avançando para o estadual e finalizando com os trabalhos que abordaram o nível municipal.

Quadro 2: Publicações utilizadas na revisão de literatura

Ano	Autores	Título	Método	Principais resultados
2015	OPAS	Implementação do Programa Mais Médicos em Curitiba Experiências inovadoras e lições aprendidas	Estudo de caso	Experiências referentes à implementação do PMM em Curitiba.
2015	Souza e Paulette	Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial	Estudo de desenho ecológico espacial	Distribuição Espacial dos profissionais; Perfil dos médicos;
2016	Kemper, Mendonça e Sousa	Programa Mais Médicos: panorama da produção científica	Revisão bibliográfica	Análise da implantação do PMM; Efetividade; Mídia; Limitações e críticas; Formação; Análise jurídica/constitucional.
2016	Mota e Barros	O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação	Grupos focais e entrevistas	A experiência foi do PMM no estado é positiva, pois entre outros benefícios, cumpre com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica em MT.
2016	Vargas, Campos e Vargas	O Risco Dos Extremos: Uma Análise Da Implantação Do Programa Mais Médicos Em Um Contexto De Volatilidade Orçamentária	Análise da composição orçamentária do município	A chegada de médicos estrangeiros do PMM promoveu uma reestruturação positiva dos serviços de saúde n o município.
2017	De Jesus, Medina e Prado	Programa Mais Médicos: Análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais	Análise documental	Mapeamento dos eventos críticos nas etapas de formulação de propostas e implementação do programa.
2017	Ribeiro, Pelegrini e Rodrigues	Implementação e prospecções do Programa Mais Médicos no Brasil sob o enfoque do modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon.	Pesquisa documental e bibliográfica	O problema da distribuição dos médicos passou a constar na agenda decisória do governo por meio da insatisfação popular expressa nas manifestações ocorridas entre junho e julho de 2013, que propiciaram a criação do PMM.
2018	Darias et Al.	Programa Más Médicos en el Estado de Pernambuco, a 4 años de implementación. Logros y desafíos	Entrevistas em profundidade; Análise Documental	O processo de implementação do PMM em PE não difere do resto do país. Houve um resultado positivo em relação à Atenção Básica de Saúde no estado.

Fonte: Elaborado pela autora com base na revisão de literatura.

#### 4.1. Implementação do Programa Mais Médicos no contexto nacional

Adentrando ao processo de implementação do PMM, faz-se necessário entender o contexto ao qual ele foi lançado, citando os fatores desencadeantes do Programa, os que trouxeram à tona o debate político, geraram uma janela de oportunidade e se tornaram uma questão social. Os motivos que propiciaram a formulação do Programa foram marcados principalmente pelas mobilizações populares em junho de 2013, a marcha dos prefeitos também naquele ano e a articulação dos tomadores de decisão, no âmbito político e institucional, agindo imbuídos do objetivo de eleger suas alternativas como a solução mais adequada ao problema evidenciado (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016). Assim, o Programa Mais Médicos foi lançado em 08 de julho de 2013, pela Presidente Dilma Rousseff, por meio da Medida Provisória nº 621 (RIBEIRO; PELEGRINI; RODRIGUES, 2017).

O trabalho de Kemper, Mendonça e Sousa (2016), retrata que o processo de implementação do PMM foi permeado por debates e críticas em torno da forma como foi estruturado, da real efetividade e, principalmente, em relação à sustentabilidade, uma vez que se trata de um Programa ancorado ao Ministério da Saúde e de caráter provisório. O processo de implementação sofreu com disputas judiciais e embates ideológicos, tendo sido creditado pelas entidades médicas como uma medida unilateral do Governo Federal, eleitoreira e sem planejamento.

O estudo de De Jesus, Medina e Prado (2017), mostrou que a operacionalização do PMM exigiu uma articulação intersetorial entre as áreas da saúde e educação, dos três níveis de

organização político-administrativa do país, por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e a participação das universidades públicas e privadas. Os critérios para alocação dos médicos e a definição das regiões prioritárias levaram em consideração seis perfis: capital; região metropolitana; G100 (cem municípios > oitenta mil habitantes e alta vulnerabilidade social); perfil de pobreza (municípios com 20% da população ou mais vivendo em pobreza extrema); distritos sanitários especiais indígenas (DSEI); e demais localidades.

A partir desses critérios, os municípios classificados aderiram voluntariamente e assinaram um Termo de Compromisso, que visava garantir aos médicos moradia, alimentação e deslocamento; manter as Unidades Básicas de Saúde (UBS) funcionando em boas condições; implantar ou apoiar os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC); e assegurar aos profissionais o tempo necessário para as atividades de aperfeiçoamento, sendo que somente após firmar o compromisso, as vagas eram solicitadas (DE JESUS; MEDINA; PRADO, 2017).

Em termos numéricos, os trabalhos (DE JESUS; MEDINA; PRADO, 2017; RIBEIRO; PELEGRINI; RODRIGUES, 2017) constataram que a adesão inicial foi de 4.025 municípios (1.878 adesões de municípios prioritários e 2.147 nas demais localidades), com uma demanda de 16.631 médicos. Até o ano de 2017, o PMM pautou a seleção de profissionais em cinco etapas, ultrapassando a marca de 14 mil médicos para a atenção básica de todo o País e contando com 18.240 profissionais distribuídos em 4058 municípios (73% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas). Foram publicados editais de convocação de médicos registrados no Brasil, seguido de convocações de brasileiros formados no exterior, mas sem registro no país, e estrangeiros com registro no exterior, até suprir a maioria das vagas disponíveis (DE JESUS; MEDINA; PRADO, 2017).

No que concerne a possibilidades e potencialidades, o PMM se configura como um projeto transformador efetivo em defesa do SUS, como uma oportunidade de transformar a Atenção Básica de Saúde, contribuindo para a organização e o desenvolvimento das redes de atenção em saúde e a transformação do modelo de atenção. O Programa permite construir uma proposta de regionalização da formação médica fora dos grandes eixos populacionais e se configura como uma estratégia que possibilita novos compartilhamentos à equipe de atenção, podendo gerar um incremento na produção de conhecimento e novas formas de cuidado (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

Já em termos de limitações ao processo de implementação do PMM, o trabalho de Ribeiro, Pelegrini e Rodrigues (2017) traz que os médicos imigrados encontram barreiras culturais muito fortes, bem como rejeição por parte de alguns profissionais de medicina, o que torna difícil sua adaptação à realidade brasileira. Além disso, parte da remuneração dos profissionais cubanos é remetida ao país de origem, o que pode reduzir os incentivos para a adesão de novos profissionais dessa nacionalidade. Os autores verificaram ainda que o Programa Mais Médicos possui falhas, como a falta de fiscalização e a dificuldade de adaptação de alguns profissionais, nacionais ou imigrados, à política e enfatizaram a necessidade de melhorias no processo de implantação do Programa, retratando que os investimentos em infraestrutura e ensino superior na área da saúde encontram-se em fase inicial, o que gera dúvidas acerca do sucesso da política ao final do seu período de duração (RIBEIRO; PELEGRINI; RODRIGUES, 2017).

A partir do contexto geral da implementação do PMM, que é uma iniciativa do governo federal, dado que este foi responsável pelo seu planejamento e influencia diretamente na sua implementação, com diversos atores envolvidos, é possível identificar seu caráter de política *top-down*, mesmo considerando que foi uma ação do governo em resposta à pressão de diversos grupos que compõem a sociedade. Para entender com maior profundidade como se deu o processo de implementação e identificar possíveis características desse modelo *top-down*, faz-

se necessário levar em consideração os contextos estadual e municipal, apresentados nos tópicos seguintes.

#### **4.2. Implementação do PMM no contexto estadual**

Os trabalhos que retratam a implementação do PMM no contexto estadual, descrevem como foi o processo nos estados de Mato Grosso e Pernambuco e é possível observar que, mesmo pertencendo a regiões diferentes do país, existem semelhanças refletidas em razão de ser uma política *top-down*, na qual os implementadores possuem autonomia limitada.

Em Mato Grosso, o trabalho de Mota e Barros (2016) constatou que 104 municípios aderiram ao PMM e a implementação do programa leva a estes locais 224 médicos, sendo que o Programa está prestando assistência médica a aproximadamente 900.000 pessoas em todo o Estado. Já no estado de Pernambuco, o trabalho de Souza e Paulette (2015) constatou que, em 2014, o PMM atingiu a escala de 663 médicos atuando no território do estado, em 143 dos 185 municípios pernambucanos, representando 77,2% deles. Destes 663 médicos, 13 foram lotados no Distrito Sanitário Indígena do estado. Ainda consta que o mapa final da distribuição dos profissionais do PMM em Pernambuco praticamente coincide com a distribuição das equipes de Saúde da Família do estado, presente na quase totalidade dos municípios, incluindo aqueles mais longínquos e de mais difícil acesso e permanência, como os municípios do sertão (SOUZA; PAULETTE, 2015).

No que tange à implementação do PMM em Mato Grosso, foi relatado que, sem robustez e precário alinhamento, o Programa chega aos municípios do estado com falhas na gestão, no processo de trabalho e educação permanente, além de outras fragilidades encontradas pelos médicos em meio a uma rede em processo de estruturação (MOTA; BARROS, 2016). O fato se deu devido ao Ministério da Saúde (MS) imprimir grande velocidade na implementação do PMM, apesar da oposição das instituições representantes da categoria médica, do curto período de planejamento e a falta de infraestrutura adequada. Nesta fase, foi decisivo o apoio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-MT) na articulação com os municípios que aderiram ao programa. Apesar do esforço por parte do governo federal, o planejamento centralizado e as falhas na articulação com o governo estadual acarretaram em precário alinhamento político entre o MS (órgão proponente) e a Secretaria de Estado de Saúde (SES) (órgão implementador) (MOTA; BARROS, 2016).

É papel dos gestores estaduais, conforme estabelece a PNAB, prestar apoio institucional para a implementação, o acompanhamento e a qualificação da atenção básica; disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos para o processo de formação e educação permanente aos profissionais de saúde; além de promover o intercâmbio de experiências para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da atenção básica. No entanto, não houve, por parte deste agente impulsionador, o apoio necessário para adequada implementação desta política. Como possível consequência constata-se que em 30% dos municípios houve apoio restrito ou insuficiente dos gestores aos médicos do programa no estado de Mato Grosso (MOTA; BARROS, 2016).

Já em Pernambuco, durante o processo de implementação do PMM, tem-se que os médicos do Programa foram lotados nos municípios pernambucanos em 5 ciclos, o primeiro iniciando no mês de outubro de 2013 e que, a cada ciclo, os médicos formados no Brasil, apresentaram-se diretamente nos municípios e iniciavam suas atividades, enquanto os intercambistas (individuais e cooperados) passaram por um módulo de acolhimento e avaliação nacional com duração de três semanas e estadual, de uma semana, em que puderam aprofundar conhecimentos sobre o sistema de saúde brasileiro, o processo de trabalho em Saúde da Família e o perfil epidemiológico regional, bem como ter noções básicas de língua portuguesa. Somente após aprovação neste módulo, os médicos intercambistas puderam ser inseridos na Atenção Primária nos municípios (SOUZA; PAULETTE, 2015).

Como limitações ou desafios ao processo de implementação do PMM nos estados são citadas a carência de infraestrutura, as dificuldades encontradas pelos médicos em relação ao processo de trabalho; irregular abastecimento de insumos, medicamentos, equipamentos e deficiente rede de assistência, incluindo fatores geográficos, além da falta de apoio ao PMM e a falta de ordenação e articulação de ações da União para o estado, e deste para os municípios, o que pode provocar a descontinuidade e o enfraquecimento do programa (MOTA; BARROS, 2016). Os autores relatam a necessidade de adequado planejamento e ajustes políticos-institucionais, dado que este alinhamento político, e a integração entre os órgãos proponentes (MS), os implementadores (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), em prol desta política pública, contribuirão para o alcance dos objetivos do PMM (MOTA; BARROS, 2016).

Apesar das dificuldades no início do PMM e dos obstáculos transpostos pelos médicos do Programa, os autores (DARIAS *et al.*, 2018; MOTA; BARROS, 2016; SOUZA; PAULETTE, 2015) concluem que um dos principais objetivos do PMM, o de reduzir as desigualdades no acesso à saúde, vem acontecendo de forma significativa, recebendo grande aceitação por parte da população, gerando ambiente favorável às ações do programa junto às comunidades e o reconhecimento do vínculo humanizado e o foco no cuidado integral da comunidade. Souza e Paulette (2015) e Darias *et al.* (2018) salientam em seus trabalhos que esta situação reforça a importância do Projeto, pelo caráter de provimento emergencial nas áreas de maior carência do profissional, enquanto os demais eixos do Programa Mais Médicos se estabelecem a médio e longo prazos. Concluem que a expansão da cobertura e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde juntamente com a ordenação da formação dos médicos são horizontes imprescindíveis para a consolidação do SUS no país e devem ser tratados como prioridades.

Assim, os trabalhos que realizaram análises sobre a implementação do PMM no contexto estadual demonstraram que o Programa, assim como diz a teoria sobre políticas top-down, conta com falhas de comunicação e articulação dos atores, devido ao fato de ser um processo centralizado.

### **4.3. Implementação do PMM no contexto municipal**

Dando continuidade à revisão sobre a implementação do PMM, é necessário entender como foi o processo de acordo com a perspectiva municipal, para entender qual o papel deste ente federativo no processo. Sendo assim, os trabalhos abordados nesse tópico são relacionados aos municípios de Curitiba e Campos de Goytacazes.

O município de Curitiba, em 2013, tinha uma densidade de médicos por habitantes acima da média nacional e também acima da maioria das capitais nacionais. No entanto, a Secretaria Municipal de Saúde identificou lacunas na cobertura de grupos populacionais que vivem em áreas remotas e em condições de vida precárias, devido à falta de médicos dispostos a preencher as vagas disponíveis ou à alta rotatividade desses profissionais nas Unidades de Saúde em que atendem essas populações. Assim, Curitiba aderiu ao PMM, visando melhorar o acesso da população de baixa renda do município, residentes em áreas em que a Secretaria da Saúde não conseguia lotar médicos e conseguindo manter sua presença nas unidades responsáveis por essas pessoas carentes de atendimento (OPAS, 2015).

Em relação a Campos de Goytacazes, o trabalho de Vargas, Campos e Vargas (2016), retratou que o município possui um histórico de não adesão ou adesão tardia aos programas nacionais, mas que mesmo assim aderiu ao PMM. Seu contexto de adesão se deu após a convocação de apenas três médicos, longe das 55 vagas ofertadas, e de alguns outros profissionais de saúde, quando a ESF começou a ser reorganizada. No entanto, o município começou a apresentar dificuldades em fixar os médicos trabalhando por 40 horas, nos moldes da Atenção Básica, ou mesmo com equipes parametrizadas, de modo que os médicos aprovados e convocados no concurso não tomaram posse de seus cargos, mesmo diante de salários acima

da média nacional, o que acarretou na decisão do município de aderir ao PMM em 2014 (VARGAS; CAMPOS; VARGAS, 2016).

Após a adesão dos municípios ao Programa, este conseguiu viabilizar a ida de 11 médicos cubanos para atuar na ESF do município de Campos dos Goytacazes, que antes estava sem médicos. Ao primeiro ciclo do programa, o município de Campos dos Goytacazes não aderiu. Já no segundo ciclo foi feita a adesão de apenas uma equipe de saúde e, no terceiro ciclo, todas as 11 equipes da modalidade Mais Médicos foram incluídas para avaliação (VARGAS; CAMPOS; VARGAS, 2016). No município de Curitiba, foi constatado que, 31 dos 42 profissionais que atuam no PMM são cubanos e que todos são especialistas em medicina de família, tendo pelo menos uma experiência internacional anterior e mais de oito anos de atuação profissional (OPAS, 2015).

Em relação a desafios apontados pelos trabalhos, tem-se a adaptação dos médicos estrangeiros que servem ao PMM nos municípios, havendo um período inicial de dificuldade de comunicação e decodificação de significados entre os membros das equipes de saúde e os médicos estrangeiros (não é o caso dos médicos brasileiros do Programa).

No contexto municipal é possível observar a existência de maiores resultados positivos, como abordados nos trabalhos analisados, mostrando que a chegada dos médicos do PMM trouxe avanços para os municípios sob vários aspectos, buscando incentivar os gestores e equipes à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Em Curitiba, foi constatado que, como resultado da presença de maior número de médicos na APS, a quantidade de consultas e de cuidados médicos aumentou. Os resultados mostram maior produção de serviços, aumento da produtividade, a necessidade mais elevada de apoio de especialistas e meios de diagnósticos e terapêuticos, mas também maior resolutividade de problemas na AB. Ademais, a igualdade de acesso da população à AB melhorou devido à presença dos médicos nas equipes de saúde em áreas carentes em que a Secretaria Municipal de Saúde tinha grande dificuldade em completar as equipes com médicos e manter a presença nessas localidades. Tem-se que a presença estável facilita o acesso à atenção médica agendada e espontânea, através de Unidades de Saúde anteriormente carentes ou sujeitas à alta rotatividade dos médicos, enquanto melhora a ligação e a continuidade dos cuidados. Observou-se também uma relação horizontal com outros membros da equipe de saúde e um tratamento médico mais próximo e caloroso com os usuários (OPAS, 2015).

Em Campos dos Goytacazes houveram resultados semelhantes aos de Curitiba, sendo que, a partir de uma inserção direta no campo junto às unidades de saúde do município, a adesão ao PMM possibilitou maior acesso da população aos serviços de saúde local, dado o fato de as condições do acesso a estes serviços, por ser uma temática multidimensional e multifacetada, geralmente serem pensadas, a partir de abordagens que levem em consideração o potencial para mudanças na organização do sistema de saúde, diminuição das iniquidades e avanços na formulação e na implementação de políticas públicas. Com a implantação da ESF no município de Campos dos Goytacazes, graças à adesão ao PMM, muitos serviços de saúde passaram a ser também oferecidos nos domicílios e em espaços coletivos, tais como escolas, igrejas e associações de bairro, ampliando a cobertura e o acesso aos serviços de saúde. As equipes realizam atividades com foco na prevenção de doenças, como palestras, campanhas educativas, dentre outros, e também prestam atendimento eficaz a quem necessita recuperar sua saúde, com consultas médicas, de enfermagem e odontológicas (VARGAS; CAMPOS; VARGAS, 2016).

Os autores concluem que o programa trouxe contribuições importantes para os municípios em torno do aumento do acesso, maior procura pelos serviços não apenas médicos, como também de outras categorias, além da aproximação ao território (OPAS, 2015; VARGAS; CAMPOS; VARGAS, 2016). Além disso, propiciou o intercâmbio a partir do contato dos profissionais brasileiros com os médicos cubanos, acostumados com um tipo de medicina mais preventiva e atenção primária (VARGAS; CAMPOS; VARGAS, 2016).

Como resultado, tem-se que após sua implementação, o PMM tem a satisfação dos beneficiários, a aprovação dos gestores municipais e gerentes das Unidades de Saúde em que trabalham profissionais do PMM e a aceitação dos outros membros das equipes de saúde que trabalham na Atenção Básica de Saúde, conseguindo cumprir com seu objetivo principal que é o de fortalecer a Atenção Básica de Saúde.

## 5. CONCLUSÕES

O presente trabalho buscou esclarecer como se deu processo de implementação do Programa Mais Médicos nas diversas localidades do Brasil, porém houveram limitações em relação a dados e ao reduzido número de trabalhos realizados sobre o tema. A partir da revisão de literatura, constatou-se que o PMM sofreu impasses durante sua implementação, mas que mesmo em sua fase inicial, começou a apresentar resultados positivos, de acordo com seus objetivos.

Foi possível observar que o Programa Mais médicos se caracteriza como uma política *top-down*, dada sua formação, estrutura e implementação. As políticas de caráter *top-down* são marcadas pelo risco na implementação. Mesmo que os objetivos estejam claros, os problemas bem delineados e os programas bem planejados, a falta de participação do agente implementador pode provocar impasses no processo de implementação da política, o que é evidenciado pelos resultados desse artigo.

Por ser uma política *top-down*, o Programa Mais Médicos não apresenta muitas diferenças em relação à sua implementação nas diferentes regiões e localidades do território nacional. O que é possível observar em cada trabalho, são as peculiaridades relacionadas à articulação dos atores para que a política seja implementada de forma efetiva de acordo com as disparidades socioeconômicas de cada realidade mencionada.

Tem-se que a implementação do PMM, em um contexto geral, foi marcada por relações assimétricas e conflitos em suas etapas, desde seu anúncio à chegada dos médicos, sobretudo, os cubanos e atualmente a saída destes do Programa. Ademais, como pontos de melhora, percebe-se o difícil alinhamento político entre as três esferas de governo (governo federal, estados e municípios) para gestão do PMM, as resistências das instituições representantes da categoria médica e de instituição formadora, além do insuficiente apoio da gestão estadual da saúde para a implementação efetiva nos municípios.

Em contrapartida, como pontos positivos em geral, o PMM contribuiu para a estruturação da Atenção Básica da Saúde, sobretudo nos municípios de menor porte e com maior vulnerabilidade; fixação de médicos; estímulo à Educação Permanente em Saúde; mudanças no processo de trabalho na APS; e troca de experiências entre os profissionais, a despeito dos problemas estruturais e organizacionais da atenção básica no nível local, melhorou o acesso e a qualidade dos serviços médicos na AB e contribuiu para a diminuição das desigualdades de acesso à saúde, principalmente em áreas com populações vulneráveis.

Ao analisar os resultados, identifica-se também o papel dos burocratas de nível de rua, mais especificamente os médicos, na implementação, dado seu esforço para que o Programa Mais Médicos seja efetivo nas localidades que o adotam. Isso é evidenciado principalmente nos trabalhos que abordam o nível estadual e municipal referentes à implementação do PMM. Assim, aponta a literatura que, embora o processo de representação não seja formalizado, ele pode existir na prática e é construído com a própria interação existente entre os burocratas de nível de rua e os usuários da política.

Cabe ressaltar, que, apesar dos avanços relevantes alcançados pelo PMM na organização da AB, existem alguns desafios para implementação da política de saúde brasileira na conjuntura atual de redução de recursos. No presente contexto, marcado por crise econômica, ajuste fiscal e contingenciamento de recursos orçamentários voltados ao desenvolvimento de políticas sociais, o SUS, mais especificamente a AB, encontra-se em risco, após a aprovação da

Emenda Constitucional n. 95, de 2016, que poderá reduzir os recursos destinados à saúde. Em segundo lugar, é preciso dar atenção ao fato de que os atores responsáveis pela implementação mudam com o tempo e essa mudança insere pontos de descontinuidade e de necessidade de novas e mais negociações.

Portanto, evidencia-se que o contexto do processo de implementação do PMM é contínuo e abre espaço para que novas pesquisas relacionadas à implementação do Programa sejam realizadas, de modo a propiciar o contínuo aprimoramento do PMM e trazer informação sobre as diversas localidades que recebem o Programa.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional n. 19, de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília (DF), 1998.
- BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional n. 95, de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília (DF), 2016.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 23 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*. 8 jul. 2013.
- CARVALHO, M. D. L. D.; BARBOSA, T. R. D. C. G.; SOARES, J. B. Implementação de política pública: uma abordagem teórica e crítica. In: *Coloquio Internacional Sobre Gestión Universitaria En América Del Sur*, Mar del Plata. 2010.
- CAMPOS, G. W. DE S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016.
- DARIAS, M. *et al.* Programa Más Médicos en el Estado de Pernambuco, a 4 años de implementación. Logros y desafíos. 2018.
- DE JESUS, R. A.; MEDINA, M. G.; PRADO, N. M. DE B. L. Programa Mais Médicos: Análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 21, n. c, p. 1241–1255, 2017.
- ELMORE, R. F. Diseño retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones políticas. In: VAN METER, D. S.; VAN HORN, C. E.; REIN, M.; RABINOVITZ, F. F. & ELMORE, R. (dirs.). *La implementación de las políticas*. México: Miguel Angel Porrúa. 1996.
- HILL, P.; HUPE, A. Implementation Public Policy. *Journal of Chemical Information and Modeling*, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2013.
- KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. DE. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2785–2796, 2016.
- LEITE, L.; ASCENZI, L. D. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS :

- PERSPECTIVAS ANALÍTICAS. *REVISTA DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA*, v. 21, n. 48, p. 101–110, 2013.
- LIPSKY, M. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage. 1980.
- LUCCHESI, P. T. R. (ORG) *et al.* Políticas públicas em Saúde Pública. p. 90, 2004.
- MAZMANIAN, D. A.; SABATIER, P. A. *Implementation and Public Policy*. Glenview: Scott Foresman. 1983.
- MOTA, R. G. DA; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2879–2888, 2016.
- MULLER P.; SUREL Y. *A análise das políticas públicas*. Pelotas: Educat. 2002
- O'BRIEN, K. J.; LI L. Selective Policy Implementation in Rural China. *Comparative Politics*, New York, v. 31, n. 2, p. 167-186, Jan. 1999.
- OPAS. *Implementação do Programa Mais Médicos em Curitiba Experiências inovadoras e lições aprendidas*. [S.l: s.n.], 2015.
- OPAS. *Mais médicos na atenção primária no Brasil: metassíntese dos estudos de caso sobre o PMM*. 2017.
- PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- RIBAS, A. N. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas. *Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional (PPGDSCI)*, p. 1–119, 2016.
- RIBEIRO, D. D.; PELEGRINI, T.; RODRIGUES, C. T. Implementação e prospecções do Programa Mais Médicos no Brasil sob o enfoque do modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon. *Espacios*, n. 2003, 2017.
- ROCHA, R. A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. *Cadernos EBAPE.BR*, v. 2, n. 1, p. 12, 2004.
- RUA, M. D. G. *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. Manuscrito, elaborado para el Programa de Apoyo a la Gerencia Social en Brasil. Banco Interamericano de Desarrollo: INDES.1997.
- SAÚDE, Ministério da. **Entendendo O Sus**. Brasil, 2007.
- SILVA, B. P. DA *et al.* Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2899–2906, 2016.
- SOUZA, B. P. A.; PAULETTE, A. C. DE. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. *Tempus, actas de saúde coletiva*, v. 9, n. 4, p. 11–34, 2015.
- VARGAS, A. DE F. M.; CAMPOS, M. M.; VARGAS, D. D. S. O Risco Dos Extremos: Uma Análise Da Implantação Do Programa Mais Médicos Em Um Contexto De Volatilidade Orçamentária. *Gestão e Sociedade*, v. 10, n. 26, p. 1313, 2016.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.** 2014; 14(41):165-189.